

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra pedagogiky a psychologie

**Sexuální výchova osob s mentálním postižením
v ústavní péči**

Bakalářská práce

Obor Psychologie

České Budějovice 2010

Vypracovala:
Veronika Kocihová

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

dne

.....
podpis

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za čas a trpělivost, kterou mi věnovala. Také chci poděkovat vedoucí pracoviště CSS Empatie Mgr. Daně Pokorné za možnost provedení praktické části bakalářské práce, za rady a informace, které mi byly nápomocné ve zpracování teoretické i výzkumné části.

Abstrakt

Práce shrnuje dosavadní poznatky v oblasti sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením.

Cílem bakalářské práce je zjistit názory a postoje poskytovatelů služeb CSS Empatie a rodičů uživatelů služeb CSS Empatie k sexualitě a sexuální výchově osob s mentálním postižením. Hlavním cílem je pak porovnání těchto názorů a postojů k sexualitě a sexuální výchově u jedinců s mentálním postižením.

Práci lze rozdělit na teoretickou a výzkumnou část, kdy se teoretická část zabývá aspekty mentální retardace, sexuality, sexuální výchovy a také službami sociální péče o osoby s mentálním postižením. Ve výzkumné části jsou popsány zjištěné postoje a názory rodičů osob s mentálním postižením a pracovníků CSS Empatie a jejich porovnání.

Abstract

Paper summarizes the current knowledge on sexuality and sexual education of persons with mental disabilities.

The work is to ascertain the views and attitudes of service providers CSS Empathy and parents of users of CSS Empathy to sexuality and sexual education of persons with mental disabilities. The main objective is the comparison of these views and attitudes toward sexuality and sex education for individuals with mental disabilities.

The work is divided into theoretical and research component, where the theoretical part deals with aspects of mental retardation, sexuality, sexual education and services for social care for people with mental disabilities. In the research section describes identified attitudes and beliefs of parents of persons with intellectual disabilities and workers CSS Empathy and their comparison.

Úvod.....	6
1. Mentální retardace.....	8
1.1. Vymezení pojmu	8
1.2. Klasifikace mentální retardace	9
1.2.1. Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)	10
1.2.2. Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)	11
1.2.3. Těžká mentální retardace (IQ 20-34)	11
1.2.4. Hluboká mentální retardace (IQ 20 a méně)	12
1.2.5. Jiná mentální retardace.....	12
1.2.6. Nespecifická mentální retardace	12
1.3. Etiologie mentální retardace	12
1.4. Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací	14
1.4.1. Myšlení.....	14
1.4.2. Řeč	15
1.4.3. Paměť	16
1.4.4. Emoce.....	16
1.5. Vývoj jedince s mentální retardací.....	17
1.5.1. Novorozenecké období	18
1.5.2. Kojenecké období.....	18
1.5.3. Období batolete	19
1.5.4. Předškolní věk.....	19
1.5.5. Školní věk	19
1.5.6. Adolescence, dospělost	20
2. Sexualita	21
2.1. Sexuální identifikace	22
2.2. Sexuální vývoj.....	22
2.3. Sexuální chování	23
2.3.1. Osoby s lehkou mentální retardací.....	24
2.3.2. Osoby se středně těžkou mentální retardací.....	24
2.3.3. Osoby s těžkou mentální retardací	24
2.3.4. Osoby s hlubokou mentální retardací.....	24
2.4 Sexualita u osob s mentálním postižením	25

3. Sexuální výchova	26
3.1. Vzdělávání osob s mentálním postižením.....	27
3.2. Protokol sexuality	28
3.3. Sexuální výchova intaktní populace.....	30
3.4. Sexuální výchova osob s mentálním postižením (v České republice)	31
3.5. Sexuální výchova osob s mentálním postižením v jiných zemích Evropy	33
4. Sociální péče o osoby s mentálním postižením	35
4.1. Služby sociální péče	35
4.1.1. Denní stacionáře.....	36
4.1.2. Týdenní stacionáře	36
4.1.3. Chráněné bydlení	37
4.2. Koedukovaná versus nekoedukovaná zařízení.....	38
4.3. Problémy při realizaci sexuální výchovy	38
5. Výzkum	40
5.1. Užité metody	40
5.2. Dotazníkové šetření.....	41
5.2.1. Cíle první části	42
5.2.2. Výzkumné otázky.....	42
5.2.3. Výsledky šetření a jejich interpretace	42
5.2.4. Závěry z dotazníkového šetření a jejich interpretace	62
5.3. Rozhovory s pracovníky	64
5.3.1. Cíle v druhé části.....	64
5.3.2. Výzkumné otázky.....	64
5.3.3. Struktura rozhovoru	65
5.3.4. Výsledky šetření a jejich interpretace	65
5.3.5. Závěry, zodpovězení výzkumných otázek	70
5.4. Výsledky výzkumného šetření –hlavní cíl	72
Závěr.....	76
Seznam použité literatury	79
Přílohy:.....	83

Úvod

Jelikož se označování osob, u kterých je určena diagnóza mentální retardace, v průběhu času měnilo a ze studia odborné literatury byla zjištěna tato skutečnost, tak jsem upravila název bakalářské práce, který zněl původně v zadání: Sexuální výchova mentálně postižených v ústavní péči a byl upraven, na název: Sexuální výchova *osob s mentálním postižením* v ústavní péči. Je tedy zdůrazňováno, že osoba s mentálním postižením je především člověk a až na druhém místě je handicapovaná v oblasti kognice a adaptace.

Již třetím rokem jsem dobrovolníkem v CSS Empatie, kde pracuji s osobami s mentálním postižením v mnou vytvořeném zájmovém kroužku. Měla jsem také možnost být v CSS Empatii na praxi a vidět tak průběh a organizaci dne v tomto zařízení. Při kontaktu s uživateli služeb jsem si všímala jejich projevů, které vyplývaly ze sexuality a vztahů mezi nimi. Uživatelé například řešili problémy „chození“, bylo možné vysledovat žárlivost, „zamilovanost“ do pracovníků či jiných klientů, projevy sexuální potřeby v kresbě apod. Jeden obrázek, vytvořený klientem s mentálním postižením, jsem v mé práci umístila do příloh (příloha č.3). Právě tento obrázek mě začal více motivovat k tomu, abych se sexualitou osob s mentálním postižením zabývala. Zadání pro kresbu bylo pouze: „Co dělám ráno, když vstanu.“ Uživatel (muž) s lehkým stupněm postižení nakreslil sebe a svou dívku. Oba jedinci byli nazí a bylo zajímavé především ztvárnění obou jedinců, kteří měli zvýrazněné sekundární pohlavní znaky. Žena byla bez rukou, oči prázdné, bez dalších detailů v obličeji. Klient, který kresbu vytvořil, byl však oproti postavě ženy detailně vykreslen.

V České republice se této problematice věnují organizace, o kterých lze najít informace na webových stránkách a zjistit také důležité informace ohledně sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením. Mohou zde najít odbornou pomoc jak rodiče osob s mentálním postižením, tak také lidé pracující s osobami s mentálním postižením. Mezi tyto organizace patří například: občanské sdružení Duha (www.spolecnostduha.cz), sdružení pro pomoc mentálně postiženým občanům Modrý klíč (www.modry-klic.cz), občanské sdružení Orfeus (www.Orfeus-cr.cz) a Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (www.planovanirodiny.cz).

Sexualita je jeden ze základních motivů člověka. Člověk se rodí jako sexuální bytost a jeho sexualita (identita, chování, emoce) jej provází po celý život.

Lidská sexualita byla dříve tabuizovaným tématem a to zejména sexualita osob s mentálním postižením. Nyní se začíná fakt, že lidé s mentálním postižením jsou také sexuální bytosti a mají stejná práva a potřeby jako intaktní populace, rozšiřovat mezi pracovníky sociálních služeb, terapeuty a psychology i v České republice. V západním světě se problematika sexuality osob s mentálním postižením začala řešit již dříve.

Rodiče, kterým se narodí dítě s postižením, zažívají šok, který má své fáze a každý jedinec (rodič) tyto fáze prožívá individuálně a trvá mu různě dlouhou dobu, než se s touto skutečností vyrovná. U rodičů stejně handicapovaných jako je postižení narozeného dítěte je toto prožívání trochu odlišné, jelikož počítají s možnou vadou a ví, jak s takto postiženým jedincem pracovat (např. s postižením sluchu). V začátcích života jedince je podle posledních poznatků důležitý každý pozitivní okamžik, který je doprovázený láskou, něžností a bez negativních pocitů rodičů (stres, deprese). U postižených jedinců pak rodiče zažívají různé negativní a rozporuplné pocity, které se mohou projevit i v prožívání dítěte. V tomto kontextu mě zaujala slova Heinricha Berna, která byla směřovaná rodičům dětí s mentálním postižením a jsou citovaná v knize od Kracíka (1992). „...*Jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání i počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší.*“ (Kracík 1992)

Má práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části se budu zabývat jak vymezením pojmu mentální retardace, tak také psychickými zvláštnostmi osob s mentálním postižením a jejich vývojem. Dále se zmíním o sexualitě, zvláště pak o sexualitě osob s mentálním postižením. Jelikož má každý jedinec stejná práva, tak i jedinec s mentální retardací má právo na sexuální výchovu a osvětu v oblastech sexuality, které se mu dříve nedostávalo a mohlo tak docházet v důsledku neinformovanosti k nepříjemným situacím nejen pro osoby s mentálním postižením. Proto se v této práci, jak již z názvu vyplývá, budu zabývat sexuální výchovou (intaktní populace, osob s mentálním postižením) a zmíním se také o situaci v jiných evropských zemích v oblastech sexuální výchovy. Má výzkumná část se týká převážně sexuální výchovy v ústavním zařízení, proto se v teoretické části ještě krátce zmiňuji o sociálních službách, které jsou poskytovány osobám s mentálním postižením. Označení pro ústavy sociální péče se legislativně mění – např. zařízení sociálních služeb atd. Ovšem stále ještě v České republice existují ústavy sociální péče a myslím si, že toto označení nemá pejorativní význam, jelikož v těchto zařízeních dochází k ústavní péči. Proto i v mém názvu je ponecháno označení *ústavní péče*.

Výzkumná část je pak realizována v konkrétním zařízení sociálních služeb – v Centru sociálních služeb Empatie, kde tedy působím jako dobrovolník. Centrum sociálních služeb právě vytváří Protokol o vztazích a sexualitě, kdy by jim má výzkumná část mohla přinést cenné informace pro vytváření tohoto protokolu. Cílem mé výzkumné části je zjistit názory a postoje týkající se sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením, a to jak pracovníků v přímé péči, tak také rodičů (opatrovníků) uživatelů těchto služeb a následně tyto názory a postoje porovnat.

1. Mentální retardace

1.1. Vymezení pojmu

Současná psychopedie nerozlišuje mezi pojmy: jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací, avšak někteří autoři považují mentální postižení za širší pojem (Černá a kol., 2008). Dříve byli zařazováni mezi osoby s mentálním postižením i jedinci s hraničním pásmem inteligence, tedy nižším než 84 IQ a vyšším než 70 IQ (Franiok 2008). V odborné literatuře se setkáváme z hlediska historického i s dalšími pojmy (např. slabomyslnost, duševní zaostalost...) a z hlediska doby vzniku s pojmy oligofrenie a demence. Oligofrenie se používá, když se jedinec s mentální retardací narodí a demence je termín, který se užívá pokud jedinec ztrácí určitou dosaženou intelektovou úroveň. Z medicínského hlediska lze označit tímto termínem jedince, u kterého vznikla mentální retardace až po druhém roce života. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch má zahrnut kritérium C, které uvádí, že mentální postižení vzniká do 18 let věku jedince (Černá a kol., 2008).

V dnešní době je tendence v terminologii dávat na první místo jedince a až na místo druhé, jeho postižení. Jde především o zdůraznění jedinečnosti, proto se užívá označení jedinec s mentálním postižením (Černá a kol., 2008).

Definice mentální retardace nalezneme velké množství a je důležité, aby se vytvořila pouze jedna definice, která by sloužila interdisciplinárně. V roce 2002 byla vytvořena definice AAMR (American Association for Mental Retardation): „*Mentální retardace je snížená schopnost (=disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*“ (Luckasson et al. 2002 in Černá a kol. 2008). Psychologický slovník charakterizuje mentální retardaci jako „... *stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u*

většiny; zpomalení, zpoždění duš. vývoje jedince, někdy soc. zanedbáním, někdy v důsledku somatického onemocnění; r.m. se projevuje v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázena nižší schopností orientovat se v životním, zvl. soc. prostředí, jedinec zaostává za vrstevníky v učení, soc. a pracovních dovednostech i v citovém životě...“ (Hartl, Hartlová 2000).

1.2. Klasifikace mentální retardace

Kategorizace mentální retardace se mění v průběhu času, tedy z hlediska historického. V současné době je spíše snaha o to, aby se kategorie nevytvářely a vždy se hledal pouze individuální přístup, při kterém nám pomáhá psychopedická diagnostika. Cílem není zaškatulkování, ale hledání individuálních a specifických potřeb jedince, kdy se zkoumají silné stránky, které může jedinec dále rozvíjet. Ovšem prospěšnost klasifikace je pro pedagogiku a i jiné obory, které pracují s těmito jedinci, v tom, aby bylo možné vytvořit správný přístup, výchovu a vzdělávání (Černá a kol. 2008).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 (MKN-10, The International Classification Diseases 10th edition) se dělí oligofrenie na tato pásma:

- F 70 lehká mentální retardace
- F 71 středně těžká mentální retardace
- F 72 těžká mentální retardace
- F 73 hluboká mentální retardace
- F 78 jiná mentální retardace
- F 79 nespecifická mentální retardace

(Langer 1996).

„Jiný klasifikační systém, který se používá převážně v USA, ale například také ve Španělsku, je *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který vydala Americká psychiatrická asociace*“ (Černá a kol. 2008, str.103). Toto dělení do hloubky je velmi podobné Mezinárodní klasifikaci nemocí.

- 317 lehká mentální retardace
- 318 středně těžká mentální retardace
- 318.1 těžká mentální retardace
- 318.2 hluboká mentální retardace
- 319 mentální retardace, hloubka nespecifikovaná

(Černá a kol. 2008).

Při diagnostice inteligence osob s opožděným kognitivním vývojem se většinou používá inteligenční test Weschler (dětská verze) nebo Stanford-Binetova zkouška. Zjišťuje se také míra adaptivního chování a to Vinelandskou škálou sociální zralosti. Důležité je testovat vícekrát a užívat více metod jak testových, tak i klinických. U dětí do 2-3 let (mentálního věku) se neužívá inteligenčních testů, ale vývojových škál. Při diagnostice ovšem není účelem zjistit přesné číslo IQ, ale přibližné pásmo mentální retardace. Důležité pro další práci (zvláště pro výchovu a vzdělávání) jsou především individuální specifické zvláštnosti jedince. Je potřeba zjistit v čem lze jedince dále rozvíjet, v čem vyniká a na tomto základě začít stavět jeho další rozvoj (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová 2001).

V předškolním věku ještě nebývají všechny děti s mentální retardací rozpoznány (což samozřejmě neplatí u těžce a hluboce mentálně retardovaných dětí). Stává se, že v dospělosti se již osoby s lehkou mentální retardací mohou vyrovnávat s běžnou populací, nebo spíše splývat. A to především u osob, které se úspěšně zařadili do sociálních vztahů, kde bylo výchovné působení úspěšné (Švarcová 2006).

1.2.1. Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

Někdy se nazývá také jako „famiální“. Mezi jejími příčinami velmi často najdeme i špatné sociokulturní prostředí pro vývoj dítěte. Je to jedna z mnoha možných příčin, ke kterým ještě patří genetická transmise, nedostatek stimulace, psychická deprivace nebo také ekonomické strádání. U narůstajícího počtu je zjišťována organická etiologie, avšak stále zůstávají u mnoha jedinců příčiny neodhaleny (Pipeková 2006).

Většina jedinců s lehkou mentální retardací dosáhne samostatnosti v osobní péči, což znamená zvláště v hygieně, jídle, oblékání apod. Jsou schopni účelně užívat řeč a téměř všichni na horní hranici lehké mentální retardace mohou být zaměstnání, a to v oborech praktických (Pipeková 2006). Nezvládají totiž teoretické a logické zaměstnání. Ve škole mívají problémy v teoretické části. Jejich myšlení je konkrétní, nedokáží uvažovat abstraktně, což je důležité pro logické myšlení.

Jsou sociálně a emočně nezralí, což se projevuje hlavně v obtížném přizpůsobování se normám a tradicím. Nejsou schopni se vyrovnat s požadavky manželství nebo výchovy dětí a zvláště proto, že nedokáží samostatně řešit náhle vzniklé krizové životní situace. Jsou impulzivní, mají nízkou sebekontrolu, jsou sugestibilní a spontánní. Mezi jedinci jsou v citové oblasti velké individuální rozdíly, někteří jsou plačtiví a zakřiknutí a jiní jsou naopak upovídaní a sebevědomí (Švarcová, 2006).

V populaci osob s mentálním postižením je stupeň lehké mentální retardace zastoupen nejvíce a to z 80% (Vítková, 2004).

1.2.2. Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

U těchto jedinců je etiologie většinou organická. Příčinami mohou být chromozomální aberace, infekce centrálního nervového systému nebo metabolické choroby. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění. Vývoj dítěte bývá opožděn. V 6 letech je dítě na vývojové úrovni 3letého dítěte (Pipeková, Švančarová 2006).

Užívání řeči je výrazně opožděno, někdy užívají pouze gestikulaci, což vede ke stížení při komunikaci s okolím. Někteří jedinci jsou však schopni jednoduché konverzace. Mnoho má problémy domluvit se o základních potřebách. Řeč je agramatická a dyslálie trvá až do dospělosti. Je opožděna schopnost starat se sám o sebe a v dospělosti bývají závislí na pomoci jiné osoby. Většinou si osvojí jednoduchou manuální práci (výpomoc v kuchyni, v zahradnictví, výpomoc ve skladě...) a to v případech jsou-li přesně instruováni a mají-li dohled jiné osoby (Švančarová 2006).

Myšlení je ulpívavé a to na nepodstatných, ale nápadných charakteristikách věcí. Mají problémy ve svém emocionálním životě a díky tomu i při styku s okolím. Bývají výbušní, citově labilní, negativističtí. Charakteristický bývá, u tohoto stupně mentální retardace, infantilismus (Pipeková 2006).

„Výskyt v populaci mentálně retardovaných je asi 12%.“ (Vítková 2004, str.299)

1.2.3. Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Tento stupeň mentální retardace může vzniknout z hlediska etiologického jak na genetickém podkladě, tak i negenetickém, a to poškozením zárodečné buňky, embrya, plodu či novorozence. Příčinou může být také infekce (syfilis...) nebo malformace centrálního nervového systému (mikrocefalie...) (Pipeková 2006).

„I když možnost výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečná kvalifikovaná rehabilitační výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností...“ (Švančarová 2006). Lze tedy říci, že vždy je možné určité zlepšení kvality života i těžce mentálně retardovaných jedinců. Důležité je však odborné vedení a trpělivost, jelikož postupné zlepšení většinou ani nebývá vidět, protože bývá pomalé.

Tito jedinci jsou celoživotně závislí na jiné osobě. Poznávají své blízké. Návuk hygienických a samoobslužných činností je dlouhý a většinou se po úspěšném návuku povede pouze částečně. Někteří však nejsou schopni udržovat svou tělesnou čistotu. Řeč často není vůbec vytvořena a v lepším případě lidé s mentálním postižením užívají jednotlivá slova nebo vydávají skřeky. Charakteristická bývá impulzivita, rychlé střídání nálad, infantilismus a egocentrismus (Pipeková 2006).

Těžká mentální retardace se vyskytuje v populaci lidí s mentálním postižením asi v 1% (Vítková 2004).

1.2.4. Hluboká mentální retardace (IQ 20 a méně)

Etiologie je většinou organická. Velmi často je doprovázena špatnou hybností, která může být způsobena neurologickým či tělesným postižením. Bývá poškozen i zrak a sluch. Typické bývají pervazivní vývojové poruchy, zvláště atypický autismus. Automatické a stereotypní kývavé pohyby (Pipeková 2006).

Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou zcela závislí na jiné pečující osobě. Svě okolí a blízké nepoznávají. Nejsou schopni pečovat o své základní potřeby. Bývají inkontinentní a imobilní. Lze u nich dosáhnout základních zrakově prostorových orientačních dovedností. Tito jedinci většinou nejsou schopni ani neverbální komunikace, avšak někteří dosáhnou rudimentární neverbální komunikace (Švančarová 2006).

1.2.5. Jiná mentální retardace

Takto jsou diagnostikováni jedinci, u kterých nelze zjistit stupeň mentální retardace pomocí běžných diagnostických metod a to zvláště kvůli přidruženému sensorickému či somatickému postižení (nevidící, neslyšící...). A také u osob s těžkými poruchami chování či s autismem.

1.2.6. Nespecifická mentální retardace

U těchto jedinců bývá mentální retardace prokázána, ale pro nedostatek informací nelze rozumově handicapovaného zařadit do žádné z kategorií, která jsou uvedena výše.

1.3. Etiologie mentální retardace

V mnoha odborných publikacích lze nalézt více rozdělení etiologie mentální retardace a ne vždy se podaří zjistit příčina vzniku mentální retardace daného jedince. Mnohdy bývá součtem více vlivů, které působí na jedince v průběhu jeho života již od počtí.

Příčiny bývají kategorizovány podle různých hledisek vzniku. Například podle endogenních (dědičných) a exogenních vlivů (vliv prostředí), píše se o vrozené (před porodem a během porodu) a získané (sociální, během života) mentální retardaci, o pseudooligofrenii (zdánlivá mentální retardace, získaná díky špatnému sociálnímu prostředí a nesprávné stimulaci). Velmi známá je také kategorizace etiologie mentální retardace podle doby vzniku, tedy podle časového hlediska:

- **Prenatální** (tedy v období od početí po období před porodem)

Mezi vlivy, které mohou působit v době těhotenství, patří hlavně *hereditární vlivy*. Mohou to být nemoci zděděné po předcích, které vedou k mentální retardaci v průběhu života. Nebo dítě zdědí nízkou schopnost vykonávat určité činnosti (nedostatek vloh).

Faktorem, který bývá častý pro vznik mentální retardace, jsou *genetické příčiny*, kdy dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů a to pod různým vlivem vnějších faktorů (záření, chemické vlivy...). Nejznámější je trizomie chromozomu, kdy má chromozom místo jednoho páru, tedy dvou vláken, tři. Děje se tak například u Downova syndromu, který vzniká trizomií 21 chromozomu. Nebo u trizomie pohlavních chromozomů (Valenta, Müller 2003).

Vlivy, které mohou způsobit mentální retardaci v období prenatálním, jsou také vlivy *enviromentální*, mezi které patří onemocnění matky toxoplazmózou, otravou olovem, zarděnkami či alkoholismem matky během těhotenství, kdy může u dítěte nastat fetální alkoholový syndrom. Vliv má špatný životní styl matky. „*Na vznik mentální retardace může mít i vliv nedostatek plodové vody – oligohydromnion, dále vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie).*“ (Valenta, Müller 2003, str.52)

- **Perinatální** (jde o období jedince při porodu a těsně po narození)

K mentálnímu postižení může také dojít při porodu, kdy může dojít ke zmáčknutí hlavy dítěte kleštěmi, při prodlužovaném porodu či porodu kdy je mechanicky poškozen mozek. Mezi další příčiny můžeme řadit nedostatek kyslíku, tedy afixii nebo hypofixii. Také předčasný porod a nízká porodní váha mohou být jednou z dalších příčin (Valenta, Müller 2003).

Mentální retardaci může též způsobit těžká novorozenecká žloutenka neboli hyperbilirubinémie, která většinou nastává pokud má plod a matka odlišný Rh faktor a matka je Rh negativní. Bilirubin působí v jedinci toxicky na nervovou soustavu, jelikož neodchází z těla (Valenta, Müller 2003.)

- **Postnatální** (období po narození až do stáří)

Během života na nás působí mnoho vlivů a některé z nich mohou (a to hlavně v raném dětství) způsobit handicap. Většinou se jedná o nějaké poškození nervové soustavy a to hlavně úrazy hlavy či onemocnění mozku. Například černý kašel, plané neštovice, spalničky a záněty mozku způsobené meningitidou, klíšťovou encefalitidou atd. (Valenta, Müller 2003).

Další příčinou mohou být mozkové léze při nádorovém onemocnění mozku či krvácení do mozku. V pozdějším věku může docházet ke snížení inteligence deteriorizací vedoucí k demenci. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholová demence, schizofrenie...

Je mnoho příčin, které mohou způsobit mentální retardaci, avšak stále u jedné třetiny jedinců není věda schopna určit pravou příčinu vzniku (Švarcová 2006).

1.4. Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací

Každý jedinec je individuální, specifická osobnost, která má určité charakteristiky, rysy a vlastnosti. Můžeme však říci, že u jedinců s mentální retardací se objevují znaky, které jim jsou společné. To, jak moc se bude psychická vlastnost osobnosti projevovat, záleží na hloubce a druhu postižení, na výskytu jiné nemoci, na výchovném a vzdělávacím působení. Nepříznivě například může působit nadměrné ochraňování a úzkostná výchova ze strany rodičů. Dítěti jde například manipulace s předměty pomaleji a tak mu předměty podávají. Dalším důležitým faktorem, při rozvoji psychických vlastností, jsou vrstevníci z intaktní populace. Ti mu ovšem velmi často dávají podřadné úkoly, ignorují jej, posmívají se mu a dítě tak ztrácí další významný činitel pro rozvoj psychických funkcí (Švarcová 2006).

Bylo zjištěno, že psychika jedince se vytváří u všech, a tedy i při nejtěžších stupních mentální retardace, proto je jí potřeba věnovat pozornost. Tyto zvláštnosti je důležité vědět pro práci s osobami s mentálním postižením a pro jejich výchovu a vzdělávání.

1.4.1. Myšlení

„Je to vnitřní mentální děj, který nelze přímo pozorovat. V širokém slova smyslu ho lze definovat jako proces zpracování a využívání informací. Myšlení úzce souvisí s inteligencí, což je (v tradičním pojetí) poznávací schopnost, jež určuje úroveň a kvalitu myšlení daného jedince“ (Plháková 2004, str.262). Myšlení je tedy velmi důležité při poznávání světa a je spojeno s řečí. Je důležité při vyvozování závěrů, při řešení problémů, pro získávání nových poznatků atd.

V různých vývojových obdobích našeho života se myšlení formuje a vyvíjí. Nejdříve se musí vytvořit řeč, abychom mohli přemýšlet o jiných věcech a o sobě. Myslí se tím i vnitřní řeč. U jedinců s těžkou mentální retardací je tedy myšlení na velmi nízké úrovni. Myšlení můžeme rozdělit na tři základní druhy a to na konkrétní, názorné a abstraktní (Plháková 2004). Kdy konkrétní myšlení se vytváří u dítěte nejdříve (a to kolem 6 roku) a abstraktně začíná myslet až ve starším školním věku. Jedinci s mentálním postižením většinou stále zůstávají na konkrétní úrovni myšlení a podle toho by se měli i vzdělávat. Nedokáží si přestavit abstraktní pojmy, takže by se mělo postupovat od konkrétních věcí a nechat děti, aby si je mohly sensoricky osahat.

Jedinci s mentálním postižením mají nedostatek názorných a sluchových představ. Problémem také většinou bývá zobecňování, avšak u některých jedinců (zvláště u lehčích forem) se může myšlení dostat za hranice konkrétnosti. Myšlení se u nich omezuje pouze na konkrétní situace a souvislosti mezi předměty, které zažili. Dítě tedy spíše vzpomíná než přemýšlí o věcech. Jelikož je jejich zobecňování omezeno, většinou nejsou schopni si osvojit pravidla a pojmy. Specifická je i nekritičnost myšlení, která vyúsťuje až v nepromyšlení situace. Nepředpokládají, že by jejich jednání mohlo být špatné a nepochybují o správnosti svých myšlenek (Švarcová 2001).

1.4.2. Řeč

Je „*schopnost člověka vyjádřit členěnými zvuky obsah vědomí*“ (Hartl, Hartlová 2000 str.519). Řeč je spojena s komunikací jedince a to ať verbální, neverbální, psanou, tak i vnitřní. Myšlení je důležité pro poznávání světa a řeč je důležitým nástrojem pro navázání kontaktu se světem, pro sdělení svých přání, potřeb a myšlenek.

Vývoj řeči u dětí začíná přibližně v jednom roce, kdy dítě užívá pouze jednotlivá slova, která ještě nemusí mít správný význam. Děti pak označují např. slovem: „baba“ téměř všechny předměty a až později si začínají uvědomovat jejich význam. Jedinci, kteří nemají v pořádku mluvní orgány se mohou dorozumívat posunkovou řečí. Někdy se tímto způsobem dorozumívají i mentálně postižení.

U lehké mentální retardace je řeč opožděna ve svém vývoji. Slovník takto handicapovaných jedinců je ochuzen o abstraktní pojmy, které jsou důležité pro myšlení. Jejich řeč bývá agramatická a často dyslálická. S hloubkou mentální retardace se také zhoršuje vývoj řeči. Postupně je jedinec schopen komunikovat pouze neverbálně a to především u těžké mentální retardace, kdy může být řeč omezena na pouhé skřeky.

Při hluboké mentální retardaci nebývá většinou řeč vytvořena a pokud ano, tak pouze ve formě rudimentární (základní) neverbální komunikace (Pipeková 2006).

1.4.3. Paměť

Paměť je předpokladem pro učení. „*Bez paměti by se život skládal z momentálních epizod, které by k sobě neměly žádný vztah. Nemohli bychom ani reflektovat svou existenci, protože vývoj sebepojetí souvisí s kontinuitou vzpomínek a zážitků*“ (Plháková 2007, str.193). Pokud si uvědomíme, že zvláště těžce a hluboce mentálně postižení mají velmi pomalé tempo nervových procesů, zřejmě si tedy nejsou schopni uvědomovat vlastní existenci.

Paměť má tři fáze a to zakódování, podržení v paměti (zapamatování) a uchování v paměti, tedy i vybavování si představ z paměti. U mentálně postižených probíhá zakódování většinou mechanicky, jelikož logická paměť není většinou rozvinuta. Zapamatování bývá oproti intaktní populaci slabší a také zapomínání je u mentálně postižených intenzivnější. Poslední fáze paměti (uchování představ) probíhá dlouho a často i s chybami. Velmi často dítě s mentálním postižením nedovede využít v praxi získané vědomosti a dovednosti (Pipeková 2006).

Příčinou pomalého a ne příliš kvalitního osvojování vědomostí, dovedností a návyků je slabost spojovací funkce mozkové kůry. Tedy špatná funkce nervové soustavy, kdy se spoje vytváří pomalu a bývají nepevné. Také zapomnětlivost je podmíněna vyhasínáním spojů či špatnou funkcí korové činnosti. Nízká úroveň myšlení má také vliv na paměť. Lidé s mentálním postižením si lépe pamatují vnější znaky a nedokáží vyčlenit důležité a podstatné vlastnosti. Pro učení je důležité vědět, že děti s mentálním postižením si nepamatují abstraktní výklad a velmi špatně jej chápou (Švarcová 2001).

1.4.4. Emoce

Významnou složkou osobnosti, která ovlivňuje výrazným způsobem lidské prožívání a chování, jsou právě emoce. Ve většině případů jsou lidé s mentálním postižením emočně nevyzrálí a jejich prožívání a chování neodpovídá jejich fyziologickému věku. Je proto vhodné odhadnout emoční zralost daného jedince a podle toho s ním jednat. Jejich reakcí, na cizí prostředí a na neúměrně náročné úkoly, bývá při většině případů úzkost a strach (Švarcová 2001). Jedinci mají tendenci vyhýbat se novému a neznámému a je pro ně tedy uklidňující určitý řád a stereotyp.

Své emoce většinou nedokáží řídit intelektem. Tato nízká úroveň řízení citů má za následky opožděné a obtížně se vytvářející vyšší city: svědomí, pocit odpovědnosti,

soucít atd. U mentálně postižených se častěji než u intaktní populace vyskytují patologické citové projevy jako jsou epizodické poruchy nálad, euforie, apatie či velká vznětlivost na nepatrný podnět (Pipeková 2006, Švarcová 2001).

Ráda bych se také zmínila o emoční deprivaci, která se týká dětí vyrůstajících v ústavech, dětských domovech, ale také dětí vyrůstajících v nefunkčních rodinách. Bylo zjištěno, že zvláště děti, které jsou intelektově podprůměrné, jsou citlivější ve svém duševním vývoji na situace podmiňující citovou deprivaci a to oproti dětem s průměrným až nadprůměrným intelektem (Švarcová 2001). Podle zkušeností těch, kteří pracují s lidmi s mentální retardací, a i podle své zkušenosti, je mi známo, že lidé s mentální retardací jsou citliví vůči emocím druhých a pokud se s nimi jedná vlídně a laskavě, potom většinou oplácejí svůj dík přátelským chováním a velkou snahou pomoci.

1.5. Vývoj jedince s mentální retardací

Činiteli psychického vývoje jedince jsou dědičnost, vlivy prostředí a především jeho vlastní aktivita. Během vývoje každého jedince dochází v životě k určitým zákonitostem (např. plynulosti, posloupnosti atd.).

Tento vývoj se řídí jak změnami plynulými, tak i vývojovými skoky. Jednotlivá období na sebe navazují, nelze některé přeskočit. Tato vývojová stadia se liší svým tempem, kdy se v každém z nich rozvíjejí určité oblasti psychiky různě rychle. Za normálních okolností nedochází k regresi. Regrese nastává v patologických případech (Pipeková 2006).

Proto je velmi důležité znát běžný vývoj jedince, abychom mohli rozeznat určité patologie ve vývoji. Diagnostika je pak otázkou spolupráce lékařů, rodičů, psychologů, speciálních pedagogů atd. (Černá a kol. 2008).

Vývojová psychologie rozděluje vývoj člověka do různých stádií, která se projevují svými specifickými rysy. V každém vývojovém období lze pozorovat proměny v oblastech lidské psychiky. V odborných publikacích jsem se setkala s vícero rozdělením vývojových období podle různých autorů. Já použiji rozdělení vývojových stádií podle knih Marie Vágnerové, Vývojová psychologie I.,II. (2005, 2007)

- Prenatální období
- Novorozenecké období
- Kojenecké období

- Batolecí věk
- Předškolní období
- Školní věk – raný školní věk, střední školní věk, starší školní věk
- Období dospívání – adolescence
- Dospělost – raná dospělost, střední dospělost, starší dospělost
- Stáří – období raného stáří, období pravého stáří

Někteří autoři zařazují zvlášť ještě perinatální období, což je období porodu. U jiných autorů se můžeme setkat ještě s vývojovým stupněm: kmetský věk, který je na konci všech vývojových stádií.

Jelikož se vývoj řídí určitými zákonitostmi, tak i vývoj jedince s mentálním postižením má svá specifika, která se liší podle stupně a druhu postižení. Ne všichni jedinci s mentálním postižením jsou takto handicapováni již od prenatálního vývoje, někteří mohou onemocnět i během postnatálního období. Například Rettův syndrom, kterým onemocní zvláště ženy, je pervazivní porucha, která se začíná projevovat až po 1.roce života dítěte. Do 1.roku bývá vývoj jedince v normě (Černá 2008).

Nyní bych chtěla zachytit některé projevy, které se u mentálně postiženým projevují v různých obdobích života.

1.5.1. Novorozenecké období

Novorozenecké období se vymezuje od narození a trvá přibližně jeden měsíc. V tomto období je obtížné diagnostikovat mentální retardaci, pokud nejsou výrazné vnější znaky či se nejedná o těžší stupeň mentální retardace, kde je viditelné zvláště postižení motorického vývoje. Určité odchylky lze diagnostikovat na základě chromozomální aberace, hydrocefalu atd. (Černá 2008, Pipeková 2006).

1.5.2. Kojenecké období

Je věkově vymezeno od konce novorozeneckého věku do jednoho roku života dítěte. „Čím dříve je postižení závažnější, tím dříve se ve vývoji dítěte projeví. Děti s těžkou a hlubokou mentální retardací je možno diagnostikovat již v tomto období“ (Pipeková 2006, str.69). Nápadná bývá porucha senzomotorických funkcí, kdy dítě občas podává málo odezvy na sociální kontakt, je klidné a málo aktivní, nejeví mnoho zájmu o okolí, oproti dětem z intaktní populace (Pipeková 2006, Černá 2008).

1.5.3. Období batolete

Toto období začíná prvním rokem života a končí přibližně ve třetím roce života jedince. Dítě v tomto věku začíná chodit, zajímá se o předměty kolem sebe, začíná se u něj rozvíjet symbolické uvažování. Tomuto věku se také říká „období vzdoru“, kdy se dítě začíná vzdalovat a přibližovat svým blízkým, zkouší hranice a také si začíná uvědomovat vlastní oddělenost od pečující osoby, většinou matky (Vágnerová 2005).

Děti v pásmu lehké mentální retardace jsou většinou opožděny přibližně o rok až rok a půl od běžné populace. Jedinci mohou zaostávat v řeči nebo například také v hygienických návycích. U těžkých forem mentální retardace můžeme pozorovat velmi malé pokroky ve vývoji. Občas se může zdát, jakoby se děti vůbec nerozvíjely, i když jsou vhodně stimulovány (Černá 2008, Pipeková 2006).

1.5.4. Předškolní věk

Toto vývojové období trvá od tří až do šesti (sedmi) let. Do šesti let nemusí být rozdílné viditelné znaky mezi běžnou populací a jedincem s lehkou mentální retardací (zvláště v horním pásmu). Může se objevovat pouze mírné zaostávání v senzomotorice. U těžších forem mentální retardace se setkáváme se slabým sociálním uvědoměním, s opožděným motorickým vývojem, minimálním používáním řeči, problémy v sebeobsluze a s hygienickými návyky atd. (Černá a kol. 2008).

V tomto období je již vhodné stanovit diagnózu a prognózu, která bude nápomocna v další práci s dětmi s mentálním postižením. Samozřejmě je známo, že čím dříve se tento handicap odhalí, tím lépe. Doporučuje se, aby bylo dítě i rodina v rukou odborníků (například ve střediscích rané péče) (Pipeková 2006).

1.5.5. Školní věk

U intaktní populace trvá toto období přibližně do 15 let a dělí se na mladší školní věk a starší školní věk. Toto období je u mentálně postižených jedinců delší v závislosti na druhu a stupni postižení. Děti s mentální retardací potřebují podporu v oblasti adaptivního chování, znalosti trivia a sociálních dovedností. Děti mohou být zařazováni do běžných škol, do škol praktických, speciálních či do základních škol určených pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení, formou integrace. Zařazení do škol je závislé na míře a hloubce postižení a především na rozhodnutí rodičů či opatrovníků (Pipeková 2006).

„V této době jsou rodiče naplno konfrontováni s projevy mentálního postižení. Přidávají se obavy z budoucnosti, z možností jeho studijního a později pracovního

uplatnění“ (Černá a kol. 2008, str.153). U intaktní populace dochází v období dospívání k odpoutávání se od rodiny, avšak u mentálního postižení k odpoutání od rodiny nedochází a čím bývá postižení těžší, tím je vazba silnější a závislejší. Problémem bývá také nesoulad mezi fyzickým zráním a sociální nezralostí, kdy dítě ještě není připraveno osvojit si určité sociální role. V tomto věku je důležitý rozvoj takových vědomostí, dovedností, návyků a schopností, které pomohou jedinci v co možná největší a úspěšné integraci (Pipeková 2006).

1.5.6. Adolescence, dospělost

Konec tohoto období (adolescence) bývá charakterizován jako rozvoj fyzických i duševních sil a schopností jedince, který je předstupněm do dospělosti. Období adolescence trvá přibližně od 15 do 20 (22) let, kdy horní hranice je individuální. Vymezení dospělosti je totiž složitější a vědci si stále kladou otázky, kdy je člověk dospělý? Většinou však bývá charakterizována jako ukončení vzdělání, uzavření sňatku, získání zaměstnání, založení rodiny, možností volit atd. (Pipeková 2006). V tomto okamžiku mě napadá otázka, **jak je to tedy s přechodem do dospělosti mentálně postižených?** Ne všichni mentálně handicapovaní mají možnost získat zaměstnání. A založit si rodinu? Mentálně postižených párů (zvláště těžší formy), kteří mají rodinu není mnoho, proto se mi stále nabízí otázka, kdy jsou tedy mentálně postižení dospělí? Zda vůbec kdy vývojového stupně dospělosti plně dosáhnou. U lehké mentální retardace se uvádí, že jedinec s tímto postižením dosáhne mentálního věku maximálně kolem 12.let, kdy se u intaktní populace toto vývojové období označuje pojmem „puberta“, „adolescence.“ *„Kritickým obdobím jedince s mentálním postižením je přechod ze vzdělávací instituce do zaměstnání“* (Černá a kol., 2008, str. 180).

Stává se, že lidé s mentálním postižením se jen těžko „chytají“ na trhu práce a tím ztrácí motivaci k dalšímu hledání a také nabyté dovednosti ze škol. I přesto, že může mít jedinec s mentálním postižením jen částečný úvazek a i třeba málo placené místo, je to pro něj velmi důležitý okamžik, kdy již není plně závislý na jiné osobě a umožní mu to tak přechod do „dospělosti“ a dostává se mu status dospělého (Černá a kol., 2008). Pokud jedinec kvůli své hloubce postižení není schopen se uchytit na trhu práce, jsou pro něj vytvořeny tzv. chráněné dílny, kde může dělat práci, na kterou stačí a která přispívá k závěrečnému „výrobku“ a tím i k uspokojení základní potřeby seberealizace.

2. Sexualita

„Sexualita představuje jeden ze základních individuálních i interpersonálních motivů v životě každého jedince. Člověk se rodí jako tvor sexuální a pohlavnost ho provází v podstatě po celý život. Ovlivňuje jeho osobnost i mezilidské vztahy a zpětně je jimi ovlivňována. Je specifickou formou komunikace, zdrojem hlubokých emocí, faktorem organizujícím lidské chování a prožívání“ (Weiss 2002, str.9). Tuto „definici“ sexuality lze najít ve více publikacích, které se týkají sexuality, sexuálních deviací apod. Autorem je klinický psycholog a sexoterapeut Petr Weiss. Podle výše uvedeného je zřejmé, že sexualita v životě jedince hraje důležitou roli a každý ji prožívá zcela individuálně a to ať jedinec intaktní populace či člověk s mentálním postižením. Jak bylo uvedeno, tak nás sexualita provází od narození, kdy je její součástí také určení pohlaví jedince a jeho následná identifikace k mužskému či ženskému pohlaví, což nemusí být v souladu. Lze uvést například intersexualitu a transsexualitu.

„Za základní determinanty psychosexuálního vývoje lze považovat vývoj sexuální identifikace, sexuální role, sexuální preference a sexuálního chování“ (Weiss 2006, str.284). V učebním textu od Žahourkové (2002) se uvádí, že komponenty sexuální motivace jsou sexuální identifikace, sexuální emoce, sexuální orientace (preference) a sexuální chování. Psychosexuální vývoj bývá v porovnání se somatosexuálním vývojem opožděn, kdy jsou již jedinci vybaveni sekundárními pohlavními znaky, avšak schopnosti pro život ve dvou (v partnerském vztahu) se u nich teprve vytvářejí. Psychosexuální vývoj je vytvářen jak vrozenými dispozicemi, tak také výchovou a učením (Weiss 2006).

Láska a přátelství jsou dva důležité aspekty života jedince a pokud si představíme, že bychom neměli přátele a nebyli by zde osoby, které bychom mohli milovat a ony by milovali nás, byl by zřejmě náš život velmi chudý, doprovázený pesimistickými myšlenkami. *„Láska je síla šíření a zmnožení kladných mezilidských vztahů. V ní člověk vychází ze sebe, slouží a pomáhá druhým, a tak vytváří společenství“* (Pšenička 1995, str.26).

Sexualita je pojem, který neznamena to samé co pohlavnost (tělesná stránka) či erotika. Pohlavnost a erotika jsou pojmy podřazené pojmu sexualita (Kracík 1992). Do pojmu sexualita lze zařadit pojmy osobnost, hodnoty, emoce, kognice, komunikace apod., jelikož se odráží ve všech těchto oblastech života jedince. Společnost má vůči sexualitě osob s mentálním postižením určité předsudky a mylné představy, což výrazným způsobem ovlivňuje sebehodnocení jedinců s mentálním postižením. Zvláště

ovlivňují sebehodnocení postoje jim nejbližších osob (rodičů, opatrovníků, zákonných zástupců).

Během života si dle Baštecké (in Mellan 2004) každý z nás vytváří tzv. Mapu lásky díky tomu, co zažívá.

2.1. Sexuální identifikace

Sexuální identifikací se rozumí vnitřní pocit (ztotožnění) příslušnosti k danému pohlaví. Většinou nebývá fyziologická a psychická identifikace k určitému pohlaví v rozporu. Tato identifikace se začíná vyvíjet v druhém trimestru prenatálního vývoje vlivem hormonů na CNS a poté bývá formována také vnějším prostředím v postnatálním období (Žourková 2002). Sexuální identifikace také souvisí s gender rolí a sexuální rolí obecně. Někdy se může stát, že sexuální identifikace a sexuální role mohou být v rozporu (transsexualita, intersexualita). Chlapec se může fyziologicky identifikovat jako dívka, avšak společnost vytváří tlak na gender roli a tedy na chování se jako chlapec. Dochází tak k intrapsychickému konfliktu. „*Pro vytvoření pohlavní identity je pravděpodobně rozhodující věk do 18 měsíců*“ (Money a Ehrhardt 1972 in Weiss 2002 str. 158).

2.2. Sexuální vývoj

Sexualita nás provází celý život již od početí. V prenatálním období na CNS působí pohlavní hormony, které určují naše pozdější fyziologické pohlaví a také sexuální identifikaci. Již při narození bývají první slova porodníka: „Je to ... (chlapeček, holčička).“ „*Přestože začínáme pohlavně dozrávat až v pubertě, základ naší sexuální identity je položen už v děloze*“ (Atkinson 2003, str.368). Mezi 2-3 rokem života jedince si začíná dítě pomalu uvědomovat příslušnost k určitému pohlaví zejména na základě vnějších znaků. Sexuální vývoj lze rozdělit na raný sexuální vývoj a na dospělou sexualitu. Pokud dítě získá pocit základní důvěry a náklonnosti od pečující osoby (většinou matky), má předpoklad pro uspokojivé vztahy s ostatními lidmi a také s vrstevníky. Což pokládá základ pro intimitu v dospělosti, která je potřebná pro uspokojivé sexuální vztahy (Atkinson, 2003).

U osob s lehkou mentální retardací se vývoj zpožďuje a tak tomu je i z hlediska sexuálního vývoje, avšak lze vyzorovat také situace, kdy se vlivem prostředí naopak zrychluje. „*Absolventi zvláštních základních škol běžně uzavírají manželství a zakládají si rodiny*“ (Prevendárová 2002). Avšak zůstává zde otázka, jak moc jsou tito jedinci schopni partnerského soužití, řešení konfliktů a rodičovství, které s sebou nese velkou

míru zodpovědnosti. Jistě záleží tedy na osvětě zvláště u osob s lehkým stupněm mentálního postižení, které se zatím ve většině vzdělávacích institucí v České republice nedostává nebo dostává pouze okrajově.

2.3. Sexuální chování

„Sexuální pud je podmíněn automatickým mechanismem přežití a člověk je tímto biologickým atributem vybaven bez ohledu na stupeň své mentální úrovně“ (Uzel 2004). Toto sexuální chování není řízeno pouze pudově, ale i sociálním učením. A to i u zvířat, kdy krysy, které experimentálně žily od narození pouze mezi jedinci stejného pohlaví, pak byly v dospělosti při kontaktu s opačným pohlavím bezradné. Takovéto experimenty nelze provádět na lidech, ale lze tento fakt vidět jako riziko u osob, které žijí v nekoedukovaných zařízeních (tj. v zařízeních, kde žijí pouze jedinci stejného pohlaví) (Mellan 2004).

Do sexuálního chování lze zařadit autostimulaci – masturbaci, onanii. Kdy dochází k uspokojování sexuální potřeby a vzrušení stimulací vlastního těla (Žourková 2002). V dnešní době je již masturbace považována za normální projev lidské sexuality, oproti dřívější době. U osob s mentálním postižením však může mít masturbace jinou příčinu než uspokojení sexuální potřeby jedince. Příčinou může být nuda či silné emoční napětí. Onanie, která pramení z nouze, z nemožnosti realizovat pohlavní styk se nazývá „*notoonanie*“ (Kracík 1992). Masturbace je zcela intimní záležitostí, avšak osoby s mentálním postižením většinou nemají soustavnou sexuální výchovu, a proto se často v zařízeních sociálních služeb stává, že uživatelé služeb masturbují na veřejnosti či proti nesprávnému objektu. Proto je důležitá právě systematická sexuální výchova, která je poskytována podle potřeb klienta.

Dle Šedé je **potřeba získat partnera** další formou lidské sexuality. Je také výrazem citové potřeby a seberealizace (in Mellan 2005). Veškeré lidské chování je také řízeno motivací, která je souhrnem intrapsychických sil, které „*aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“ (Plháková 2007, str. 319). Motivace a emoce spolu těsně souvisejí a tvoří motivačně-emocionální systém. Maslowova pyramida potřeb (in Kasin 2007) má na svém vrcholu právě onu zmíněnou potřebu seberealizace. Podle Maslowa je právě potřeba seberealizace potřebou nejvyšší. Mezi další stupně pyramidy patří vyšší nedostatkové potřeby, kterými jsou potřeba uznání a potřeba lásky a náklonnosti.

Uspokojení právě těchto dvou zmíněných nedostatkových potřeb vede u člověka k duševní pohodě a může zajišťovat také rozvoj osobnosti jedince (Plháková 2007).

Motivy lidského chování lze rozdělit na sebezáchovné, stimulační, sociální a individuální intrapsychické motivy (Plháková 2007). Kdy podle mého názoru zasahuje sexualita všechny čtyři zmíněné motivy lidského chování. K sebezáchovným motivům se řadí také sexuální chování, které zajišťuje přežití druhu. Stimulační motivy zajišťují duševní pohodu díky tomu, že člověk potřebuje vyváženou kombinaci jak tělesných, tak také psychických aktivit, což se může uplatňovat při navazování vztahů, při snižování sexuálního napětí apod. K sociálním motivům pak můžeme řadit potřebu po mezilidských vztazích, potřebu lásky (milovat a být milován) atd. A k psychickým motivům pak patří potřeba sebeurčení, možnost svobodné vůle, kdy je *„možnost autonomního rozhodování důležitou pohnutkou lidského chování“* (Plháková 2007, str.385). Což se může v oblasti sexuality odrazit ve svobodném rozhodnutí k možnosti sexuálně žít.

2.3.1. Osoby s lehkou mentální retardací

Lidé, u kterých je diagnostikována lehká mentální retardace jsou většinou schopni adaptivního chování. Pokud získají tito jedinci dostatečnou osvětu v oblasti sexuality a mají možnost konzultací s odborníky, pak jsou schopni se sexuálně chovat v rámci norem společnosti (Štěrbová 2009).

2.3.2. Osoby se středně těžkou mentální retardací

Jedinci s diagnostikou tohoto stupně jsou většinou orientováni odměnou a trestem. Lze jejich chování ovlivňovat oceněním a nějakou jim přijatelnou odměnou. Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou značně impulzivní a citlivé. Vyznačují se také neschopností se správně rozhodnout (Štěrbová 2009).

2.3.3. Osoby s těžkou mentální retardací

Osoby, u kterých byla odborníky diagnostikována těžká mentální retardace, nedokáží své chování samy přizpůsobit normám společnosti (Štěrbová 2009). Je tedy nutná sexuální výchova a osvěta, která je poskytována na jejich mentální úrovni, například za pomoci obrázků a neustálého opakování.

2.3.4. Osoby s hlubokou mentální retardací

„Osoby s hlubokou mentální retardací mají adaptivní chování na velmi nízké úrovni. Nejsou schopny předvídat následky doteků a sexuálního chování“ (Štěrbová

2009, str. 54). Vhodným vedením lze osoby s tímto typem postižení naučit základním sebeobslužným činnostem a základním hygienickým návykům. V sexuální výchově je zařazena také výchova a vzdělávání v otázkách hygieny. Také díky tomu lze usoudit, že i těžce mentálně handicapovaní jsou vychovatelní v oblastech sexuality.

2.4 Sexualita u osob s mentálním postižením

Jelikož vývoj osoby s postižením probíhá bez větších rozdílů stejně jako u intaktní populace, není žádná specifická sexualita postiženého. „*Potřeba postiženého člověka po navázání partnerského vztahu je obdobná jako u zdravých a ani potřeba sexuální aktivity není většinou snížena*“ (Kracík 1992, str.10). Což nasvědčují například výzkumy z Německa. Avšak společnost stále nahlíží na lidi s postižením jako na asexuální bytosti, jako na bezmocné „děti“ a tak je v očích veřejnosti sexuální život postižených považován za nežádoucí. U mentálního postižení je pak sexuální chování jedinců nejvíce tabuizováno (Kracík 1992).

Je potřeba respektovat sexualitu každého konkrétního jedince, pokud není v rozporu se sexualitou jiného jedince a neomezuje tak svobodu a práva druhého. Aby mohlo být právo na prožití vlastní sexuality u osob s mentálním postižením dostatečně realizováno je potřeba osvěty klientů, opatrovníků či rodičů a v neposlední řadě vzdělávání zaměstnanců sociálních služeb.

Deklarace práv duševně postižených OSN byla přijata roku 1971, kdy došlo ke sjednocení a ujasnění si jaká práva mají osoby s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením mají stejná lidská a občanská práva jako ostatní populace. Z oblasti sexuality byla přijata tato práva:

- „*Právo na prožití vlastní sexuality.*
- *Právo na řádnou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality*
- *Právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání.*“

(Vykydalová 2006)

Poskytovatelé sociálních služeb by pak měli umožnit klientům (uživatelům) prožít jejich sexualitu a umožnit jim sexuální osvětu takovou, jakou si sami uživatelé služeb zvolí. Avšak musí být brán také ohled na ostatní jedince, kdy nesmí tento způsob nějakým způsobem omezovat a poškozovat druhé.

Pracovníci v přímé péči by měli mít srovnány vlastní postoje k sexualitě a hodnoty proto, aby mohli porozumět klientům a poskytnout jim kvalitní péči. Z toho tedy

vyplývá, že by v oblastech sexuality osob s mentálním postižením měli být alespoň částečně proškoleni všichni zaměstnanci v přímé péči (Štěrbová 2006).

Je potřeba, aby bylo respektováno právo osob s mentálním postižením na sebeurčení, což s sebou přináší také možnost svobodně se rozhodnout o vlastním rodičovství a možnosti prožít si jak intimní, tak také neintimní (přátelské) vztahy (Štěrbová 2009). Rodičovství osob s mentálním postižením bývá mnohdy diskutovaným tématem jak mezi odborníky, tak také mezi rodiči. Při studiu odborné literatury lze zjistit, že většinový názor je negativní, tedy převládá nesouhlas s možným rodičovstvím osob s mentálním postižením.

Problematická je zvláště otázka souhlasu se sexuálním vyjádřením. V zahraničí zatím nejsou jednotná kritéria, která by stanovovala možný souhlas k sexuální aktivitě. Pro tento účel byla vytvořena škála – the Sexual Consent and Education Assessment (SCEA), která je rozdělena do dvou škál:

K-Scale posuzující znalost lidské sexuality, používají se obrázky, popřípadě loutky. Zjišťuje se zda jedinec určí základní části těla, určí vlastní pohlaví, umí rozlišovat mezi pohlavím, pozná mužské a ženské genitálie (z obrázku), demonstruje porozumění a znalosti masturbace a funkce pohlavních orgánů, demonstruje pohlavní styk, rozpozná významné důsledky sexuální aktivity, znalost regulace porodnosti, prokáže znalost sexuálně přenosných nemocí, má představu o nezákonné sexuální aktivitě.

Všechny položky na **S-Scale** jsou důležité pro posouzení schopnosti dát souhlas k sexuální aktivitě. Týkají se bezpečnosti. Mezi položky patří zda jedinec demonstruje preferenci některých lidí před jinými, je schopen dělat volby založené na preferencích, je schopný efektivní osobní bezpečnostní praxe, je schopný efektivně sdělit další osobě (i autoritě), že se nechce účastnit aktivity a je schopný odmítnout nechtěné nabídky nebo dotěrnosti (Kennedy, 1999 in Kennedy 2003 in Štěrbová 2006). V České republice zatím žádné zařízení systematicky nepraktikuje toto posouzení avšak v některých zemích v zahraničí se toto posouzení, zda je klient schopen sexuálního chování a umí se ubránit možnému sexuálnímu zneužívání, provádí 1x ročně (Štěrbová 2006).

3. Sexuální výchova

Z lásky mateřské se rozvíjí láska k jiným lidem. Tím, že je dítě milované, dokáže také později milovat. Právě tím, že své dítě na počátku rodiče milují, vytváří mu tak

dobrý základ pro budoucí vztahy a dá se říct, že tím tedy provádí také sexuální výchovu (Šilerová 2003). Sexuální výchova má tedy začínat již na samém počátku života dítěte.

Ve výchově (v případě výchovy osob s mentálním postižením) jsou hlavními činiteli: speciální pedagog, osoba s mentálním postižením a výchovný obsah. Výchovný proces se pak mění v závislosti na stupni postižení a cílem pro všechny stupně je v co největší možné míře socializace osob do společnosti. Metody, které se užívají při edukaci osob s mentálním postižením, jsou léčebně-rehabilitační, pedagogicko-rehabilitační a sociálně-rehabilitační (Valenta, Müller 2004).

Valenta a Müller uvádí pojem **výchovná dramika**. Jde o druh výchovy a také vzdělávání, který je vytvořen na základě hraní rolí. Tato technika využívá situací z běžného života a improvizace. Je určena zvláště osobám s lehkým stupněm mentálního postižení a u těžších forem postižení je použitelná formou dílčích cvičení. Pomáhá jedinci individuálně prožít životní situace a motivovat tak zájem o okolí, učí schopnosti komunikovat a vycházet s ostatními lidmi a vytvářet tak postoje jedince (Valenta, Müller 2004). Myslím, že tato metoda by mohla být také vhodná pro jedince v některých otázkách sexuální výchovy – přátelství, partnerství, sexuální obtěžování, komunikace apod.

3.1. Vzdělávání osob s mentálním postižením

Vzdělávání je celoživotní proces a to nejen u intaktní populace. Péče o osoby s mentálním postižením a o jejich rodinu je zajišťována v České republice již od doby zjištění tohoto handicapu. Stejně jako u intaktní populace, začíná vzdělávání v předškolním věku, což je zajišťováno, vedle rodinného prostředí, institucionálně - mateřskými školami. Jde o období mezi 3-6(7) lety dítěte. Děti s mentálním postižením mohou být vzdělávané (vychované) v běžné mateřské škole, v integrovaných třídách běžné mateřské školy či ve speciálních mateřských školách. Mateřské školy směřují k rozvoji osobnosti a podporují jak tělesný rozvoj dítěte, tak i jeho psychickou pohodu a pomáhají dítěti chápat okolní svět (Švarcová, 2006). Speciální mateřské školy většinou poskytují dětem se specifickými vzdělávacími potřebami různou formu terapií např. canisterapii, ergoterapii, hipoterapii, arteterapii atd. Pro děti s těžkou a hlubokou mentální retardací jsou ještě zařazeny programy vodoléčby, masáže, fyzioterapie, aromaterapii apod. (Černá a kol., 2008).

Dalším vývojovým stupněm jedince je školní věk. Je to významný a náročný přechod dítěte na základní školu. Pro dítě to znamená také značnou míru odpovědnosti a

je kladen důraz na schopnost udržet pozornost, dodržování pravidel. Při diagnostice jsou také stanoveny individuální potřeby dítěte z hlediska vzdělávání a bývají vypracovávány individuální vzdělávací plány, na které mají jedinci s mentálním postižením právo. Právo na vzdělávání má každý jedinec a musí být vzděláván s ohledem na individuální zvláštnosti. Pro děti s hlubokým mentálním postižením se také vytváří struktura odpovídajícího vzdělávání a rodiče mají povinnost dítě s hlubokým stupněm mentálního postižení přihlásit na krajský úřad a ten stanoví odpovídající vzdělávání ve spolupráci s poradnou a lékařem. V tomto plánu může pak být ukotvena odpovídající sexuální výchova. Jedinci s lehkým stupněm mentálního postižení bývají vzdělávány buď v běžných základních školách či školách praktických. Jedinci se středním a těžkým stupněm mentálního postižení bývají vzdělávání běžně ve speciálních (pomocných) školách. Ve speciálních i praktických školách bývá snížený počet žáků na třídu (vyučovací hodinu). Po skončení povinné základní docházky mohou jedinci s mentálním postižením pokračovat ve svém vzdělávání na středních odborných školách ukončených výučním listem či ve středních školách praktických (Černá a kol. 2008). Jedinci navštěvující praktickou školu mají lehkou mentální retardaci či jsou rozumově opožděni díky sociálnímu prostředí. Na Slovensku je v učebních osnovách zařazen předmět Výchova k manželství a rodičovství. V České republice pak pod názvem Sexuální výchova (Sopková 2009).

V praktických školách v České republice a na speciálních základních školách pro žáky s mentálním postižením na Slovensku (jde o stejné formy vzdělávání akorát s jiným názvem) byli provedeny výzkumy k zjištění informovanosti žáků 7-9. tříd v otázkách sexuality a tím byla zjištěna také přibližná úroveň sexuální výchovy v těchto školách, i když jedinci mohou informace týkající se sexuality získávat z jiných zdrojů (rodina, časopisy, kamarádi, televize apod.) (Sopková 2009). Z těchto výzkumů byla zjištěna nutnost systematické sexuální výchovy a zabráněním tak nechtěnému otěhotnění (na Slovensku učitelé uvedli až v 54%, že se setkali s těhotnou žákyní základní školy), snížení sexuálního obtěžování osvětou jedinců, minimalizace pohlavně přenosných chorob atd. (Hornák, 2009, Sopková 2009).

3.2. Protokol sexuality

Jelikož jsou různé typy zařízení sociálních služeb, která mají vlastní řád a pravidla, proto je vhodné, aby si každé toto zařízení vytvořilo protokol sexuality podle své vlastní filozofie. Domnívám se, že pomoc jiného odborníka, který se specializuje právě na

problematiku sexuality a vztahů osob s mentálním postižením, je vhodnou variantou pro poradenství. Nejenže s odborníkem může zařízení sociálních služeb konzultovat případné nejasnosti, ale ten mu poskytne též pohled z druhé strany (externě). V zahraničí se začaly protokoly vytvářet již dříve, kdy se zjistila jejich účinnost a nyní se jimi inspiroují i odborníci z České republiky. Postupně se s osvětou ředitelů a pracovníků služeb sociální péče začínají vytvářet protokoly o vztazích a sexualitě v zařízeních sociálních služeb, které poskytují služby osobám s mentálním postižením.

V knize (Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením), jejíž autorkou je Štěrbová (2009) lze nalézt modelový protokol, podle kterého si může zařízení vytvořit vlastní protokol s ohledem na potřeby uživatelů a poskytovatelů služeb daného zařízení. Tento protokol vychází z Regional Residential Services Society (Štěrbová 2009). Protokoly o vztazích a sexualitě by se měly dotknout jak vztahů, hygieny, slovníku pro označování pohlavních orgánů, sexuálního chování v daném zařízení, osvěty, zneužívání, ale také prevence nežádoucích jevů. Já jsem měla možnost vidět Protokol o vztazích a sexualitě, který vypracovává Centrum sociálních služeb Empatie, kde probíhala také výzkumná část této práce. Protokol je již téměř hotový. Tento dokument konzultovalo zařízení s doktorkou Venglářovou. Protokol je zpracovaný na základě filozofie daného zařízení a v souladu s dokumenty, které zabezpečují práva osob s mentálním postižením. Jsou zde zahrnuta základní ustanovení, kde jsou zmíněny hodnoty, které zařízení zastává. V zařízení jsou umístěni jedinci, kteří jsou fyzicky mobilní. V protokolu se ustanovuje:

- co je v daném zařízení respektováno (formy vztahů – kamarádství, přátelství, partnerství, možnost soužití uživatelů apod.),
- jak by se měli řešit případné problémy vzniklé ze sexuality
- jaké jsou respektované kontakty mezi pracovníky a klienty
- otázky řešící prevenci před otěhotněním, sexuálně přenosnými chorobami a otázky řešící prevenci před sexuálním zneužitím a postup při vzniklém problému
- jakým způsobem bude vedena osvěta (rodičů a uživatelů) a vzdělávání pracovníků
- jaké jsou přístupné formy tělesných a sexuálních prožitků (týkající se masturbace, pohlavního styku, líbání, sexuální dysfunkce)

3.3. Sexuální výchova intaktní populace

Sexuální výchova, která probíhá ve školských zařízeních či jiných institucích, které se zabývají výchovou a vzděláváním, „*chápe sexualitu a sexuální chování jako součást komplexních mezilidských vztahů, kultury, dokáže propojit biologické i psychosociální aspekty*“ (Šulová 2009). Z toho tedy vyplývá, že sexuální výchova je široký pojem, který se nezaměřuje pouze na uspokojení sexuální potřeby, ale také na oblasti týkající se hygieny, přátelství, partnerství, manželství, rodičovství, znalosti fyziologické stavby těla muže a ženy, ale také psychických rozdílů mezi oběma pohlavími, homosexuality, sexuálního zneužívání, sexuální dysfunkce atd.

Sexuální výchova by však měla probíhat zejména v rodině, jelikož je pro ni nejpřirozenějším prostředím. Důvodem může být blízkost a intimita, důvěra, hodnoty, vznik přirozených situací atd. Pokud budou rodiče schopni hovořit se svými dětmi o sexualitě zcela upřímně, potom budou tito jedinci vyrůstat v otevřené komunikaci a budou schopni, ve svém budoucím partnerském a rodičovském životě, na tato témata hovořit se svými partnery i dětmi. Je však potřeba vytvořit si s dětmi určité hranice, které se nepřekračují. Každý má právo na své soukromí (např.: klepat před vstupem do koupelny, ložnice apod.) (Šilerová 2003). Je jisté, že se v životě jedince vyskytnou problémové situace, které budou vyžadovat komunikaci mezi dvěma lidmi a budou se týkat lidské sexuality. Děti vyrůstající v prostředí otevřené komunikace, pak budou na tyto situace lépe připraveny.

Koncepce sexuální výchovy v České republice je v současné době rozdělena z hlediska různých přístupů – přístup církevní, přístup medicínský, pedagogický a psychologický (Šulová 2009). Sexuální výchovu můžeme pojímat také jako prevenci sociální patologie, kterou lze nejvíce pozorovat v období dospívání. Šulová (2009) uvádí, že sexuální výchova by měla probíhat v první řadě ve funkční rodině a škola by měla v případě potřeby suplovat nefunkční působení rodičů v oblasti sexuální výchovy (Šulová 2009).

Nejen u rodičů osob s mentálním postižením lze vysledovat určitý ostych z předávání informací svým potomkům, které se týkají sexuálního života jedince. Avšak většina rodičů osob s mentálním postižením považuje své děti za asexuální bytosti (zde jde spíše o tabuizaci tohoto tématu), oproti rodičům dětí intaktní populace.

Jak se vyvíjí lidská sexualita, tak se mění i sexuální vývoj jedince. Jak již bylo zmíněno, tak se člověk sexuální bytostí rodí a s přibývajícím věkem se zajímá o různá témata týkající se sexuality. Sexuální výchova by měla být vedena ještě před obdobím

otázek ohledně sexuality. Mnoho rodičů se domnívá, že pokud se dítě neptá, není potřeba o těchto intimních věcech hovořit (Šilerová 2003). Dle Šedé (2004) by měla sexuální výchova začít hned po narození dítěte a to láskyplným přístupem k dítěti, přirozeností a jeho přijetím, jelikož se z lásky mateřské může v dítěti rozvíjet láska k ostatním lidem.

V dnešní době se urychluje nástup puberty (pohlavního zrání), i když mezi jedinci existují rozdíly v nástupu tohoto vývojového období v rozmezí až 7 let a aktuálním problémem bývá předčasná puberta u intaktní populace, kdy se biologické hodiny „ozvou“ dříve, než je na to psychika dítěte připravena. Stejný problém lze pozorovat u osob s mentálním postižením, kdy biologicky už je jedinec připraven na sexuální život, avšak není schopen nést zodpovědnost za možné důsledky pohlavního styku. Společnost klade na každého jedince právě odpovědnost nezačínat s pohlavním životem dokud není schopen nést možné důsledky. Je tedy potřeba včasné osvěty (sexuální výchovy) v otázkách lidské sexuality. Pokud jedinec i přesto chce zahájit pohlavní život, měl by se chránit a dodržovat pravidla bezpečného sexu (Mellan 2004). „*To představuje nesporně velké nároky na rozumové, zejména volní schopnosti*“ (Mellan 2004, str.13).

3.4. Sexuální výchova osob s mentálním postižením (v České republice)

I když se v odborných publikacích vznikajících v současnosti setkáváme s tím, že sexuální výchova osob s mentálním postižením je v České republice trend a odtabuizování tohoto tématu začíná až nyní, tak lze v knize od Kvapilíka a Černé z roku 1990 (Zdravý způsob života mentálně postižených) najít zmínky o nutnosti sexuální výchovy u osob s mentálním postižením, o individuálním přístupu v těchto otázkách, o osvětě rodičů osob s mentálním postižením, o sexuální výchově osob s mentálním postižením od dětství atd. (Kvapilík, Černá 1990). Zdá se tedy, že pro změnu názoru široké veřejnosti ohledně sexuální výchovy osob s mentálním postižením nestačilo ani 20 let. Stále se v odborných publikacích píše, že je nutná osvěta v této oblasti, jak odborníků, tak rodičů jedinců s mentálním postižením a také veřejnosti.

Dítě s mentálním postižením potřebuje více času, důslednost a řád ve výchově, ale také dostatečný pocit, že nám na dítěti záleží a že je milováno (Marková, Středová 1987). Při sexuální výchově osob s mentálním postižením je potřeba brát ohled na individuální zvláštnosti jedince. A to především s ohledem na kognitivní úroveň jednotlivce, tedy schopnost přijímat informace (Štěrbová 2006).

Důležitost je kladena zvláště na rodinné prostředí, kde jsou uspokojovány psychické potřeby. Jedinec se v dětství identifikuje s jedním z rodičů, malé dítě pak nekriticky přejímá veškeré názory rodičů. Jak bude tedy dítě později úspěšné ve společnosti závisí také na rodinné výchově. Každý z nás a to i jedinec s mentálním postižením je neopakovatelnou bytostí, se svými přáními a potřebami. Je tedy potřeba „*porozumět jeho stavu a jeho potřebám, poznat dítě samotné a až pak lze aplikovat obecné poznatky*“ (Marková, Středová, 1987, str.81).

Pokud je dítě s mentálním postižením již v dětství vedeno k tomu, aby se samostatně rozhodovalo a umělo vyjádřit své přání, tak pak i v dospělosti nemá problém s rozhodnutím se a umí také odmítnout jiného člověka pokud se to neslučuje s jeho přáním. Je pak schopné respektovat přání druhého člověka a nemusí se tak pak nevědomě dopustit protiprávního jednání (Štěrbová 2006).

Tím, že se poskytne vzdělávání v oblasti sexuální výchovy osobám s mentálním postižením, může být snížena možnost sexuálního zneužití a jedinec tak získá potřebné vědomosti, jak se sexuálnímu zneužití ubránit (Štěrbová 2009). Uvádí se, že sexuální zneužívání právě osob s mentálním postižením je velmi časté, a proto je nutná osvěta osob s mentálním postižením. Měla by probíhat v rodině, v zařízeních sociální péče, ve školách atd. Lidé s mentálním postižením mohou dostat totiž zkreslené informace v oblastech sexuálního života nejen od svých vrstevníků, ale také z televize.

V České republice existuje vzdělávací animovaný film „O sexu“ (od Petra Eisnera), který je vytvořen pro osoby s mentálním postižením jako vyprávění Petra a Evy (animované postavy, také s mentálním postižením), kteří vypráví svůj příběh. Ten má pak výchovné a vzdělávací působení na osoby s mentálním postižením. Je určen především pro zařízení a instituce, které se zabývají péčí o osoby s mentálním postižením (Vochocová, Mikulcová 2009). Film jsem měla možnost vidět v dokumentu, který se týkal sexuality osob s mentálním postižením na veřejnoprávní televizi. Film je tvořen hravě, vše je dostatečně konkrétní vzhledem k cílové skupině diváků a zachycuje běžné (možné) situace a problémy osob s mentálním postižením, což může být cílové skupině blízké a tím také více vzdělávací a výchovné. Film se týká vztahů, partnerství versus přátelství, manželství, složitosti rodičovství, znalosti lidského těla, pohlavního styku a ochrany před nežádoucím otěhotněním či pohlavně přenosnými nemocemi.

3.5. Sexuální výchova osob s mentálním postižením v jiných zemích Evropy

V dnešní době již panuje ve většině zemí názor o potřebnosti sexuální výchovy. Filozofie sexuality lidí s mentálním postižením v zahraničí se pomalu začíná stávat základem přístupu k tomuto tématu i v České republice. Tato filozofie dle Štěrbové (2006) zdůrazňuje:

- *„Respektování práv dospělých s mentálním postižením, obzvláště právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny (rodičovství).*
- *Uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektů štěstí a wellbeing.*
- *Připustit, že dospělí s mentálním postižením v zařízeních poskytujících sociální služby zažívají významné vztahy intimity.*
- *Respektování a podpora intimních a neintimních vztahů – míní se tedy i vtahy přátelské.“*

(Štěrbová 2006, online)

Tato filozofie je dle mého názoru vhodná pro přístup k osobám s mentálním postižením i v České republice. Ovšem dle mých zkušeností bude potřeba ještě delší doby pro uznání této filozofie u většiny pracovníků v přímé péči a zvláště pak je potřeba se věnovat osvětě rodičů osob s mentálním postižením.

V zahraničí existují tzv. výbory sexuality, které jsou sestaveny z odborníků, kteří mají absolvovaný výcvik, jak v oblastech lidské sexuality, tak také v oblastech mentální retardace. Tento výbor se nazývá the Sexuality Review Committee. I v České republice se doporučuje vytvoření těchto výborů pro každý kraj (Štěrbová 2006).

V západních zemích se místo pojmu sexuální výchova začíná užívat pojmu „paranthood education.“ Například ve Švédsku byla sexuální výchova přejmenována na „*výchovu k sexuálnímu a lidským vztahům.*“ V Norsku se pak ve školách jmenuje předmět, který se zabývá také sexuální výchovou, „*Učit se společně žít*“ (Kracík 1992).

Poradenství, které se postupně uplatňuje i v našich podmínkách je postaveno na modelu P-LI-SS-IT, což je čtyřstupňová intervence a tento model by měl odlišit problémy se sexualitou osob s mentálním postižením, které lze vyřešit osvětou od problémů, které potřebují intenzivní terapii. S úrovní intervence také roste náročnost na vzdělanost a odbornost pracovníků v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Například na první úrovni nemusí mít ten, který intervencuje žádné speciální školení, ale

musí znát hodnoty a normy daného zařízení, kde intervenci provádí. Na čtvrté úrovni pak může intervenovat pouze odborník (sexuální terapeut, psychoterapeut apod.), který má poznatky jak z oblasti sexuality, tak z oblasti problematiky osob s mentálním postižením. Z každé intervence by měl pak existovat záznam (Štěrbová 2006).

V Německu mají partneři s mentálním postižením možnost se zasnoubit za předpokladu, že spolu delší dobu chodí. Švédsko připouští možnost pohlavního života osob s mentálním postižením v domovech, pokud jejich vztah nemá negativní vliv na personál a ostatní obyvatele. V Dánsku pak podle určitých podmínek spolu mohou dva lidé s mentálním postižením bydlet a pohlavně žít (Prevendárová 2002). N. E. Bank Mikkelsen se pak zasloužil o zlepšení podmínek osob s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb. V Dánsku (na naše hodnoty a normy nemyslitelné) pak mohou uživatelé služeb užít služeb prostitutky a pracovníci (vychovatelé, průvodci) mohou v případě potřeby pomoci osobám s postižením při masturbaci.

„Šest Bankových příkázání

- 1. Povinnost zařizovat bydlení v bytech i v ústavech tak, aby byl klientům umožněn sexuální život;*
- 2. povinnost poskytovat rodinné poradenství a pomoc při sňatku;*
- 3. povinnost poskytovat více a kvalitněji sexuální poradenství než je nutno poskytovat lidem bez postižení;*
- 4. povinnost poskytovat sexuální vzdělávání o ochranných pomůckách stejně jako o antikoncepci a doporučovat sterilizaci, je-li indikována;*
- 5. povinnost poskytovat vzdělávání v oblasti sexuálních praktik;*
- 6. povinnost ovlivňovat veřejné mínění v oblasti lidských práv postižených“*

(Vojtová in Pipeková, Vítková 1996, s. 107 in Škorpíková 2007 str. 50).

Každá ze zemí je na tom v oblastech sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením na jiné úrovni. Někde jsou teprve na začátku a jinde mají vytvořený propracovaný systém, jakým způsobem jedincům s mentálním postižením poskytovat osvětu v oblastech lidské sexuality. Velmi rozdílná pak bude například situace v Dánsku a v „křesťanském“ Polsku.

Proč je sexuální výchova chápána v různých zemích různě je otázkou politických, kulturních i sociálních předpokladů (Zvěřina 1992).

4. Sociální péče o osoby s mentálním postižením

Sociální péče je poskytována osobám mající sníženou soběstačnost z důvodu věku, z důvodu chronického onemocnění, zdravotního postižení a duševního onemocnění a osobám potřebující pomoc jiné fyzické osoby. Osobám, které jsou v sociálně znevýhodněné situaci. Zajišťuje pomoc při začleňování do společnosti či provádí prevenci před sociálním vyloučením. Nejen toto je upraveno v Zákoně 108/2006 sb. o sociálních službách, kdy poslední novelizace byla přijata v roce 2009.

Třetí část zákona se zabývá sociálními službami, kde jsou zmíněné druhy sociálních služeb a také úhrada za poskytování sociálních služeb. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Pro poskytování sociálních služeb jsou zřizována zařízení, která se také starají o osoby s mentálním postižením. Jsou jimi například centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, chráněné bydlení, pracoviště rané péče, centra sociálně rehabilitačních služeb apod. Základní činnosti, které jsou poskytovány sociální službou jsou například pomoc při úkonech péče o vlastní tělo, při zajišťování stravy, ubytování, při zajišťování chodu domácnosti, zajišťují také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv apod. (Zákon lze nalézt na internetu <http://www.theia.cz/zakony-paragrafy/zakon-o-socialnich-sluzbach.htm>)

Sociální péče je zajišťována ambulantně, pobytově či jako terénní služba. Pomáhá jedincům zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost. Cílem péče je zapojení jedinců do běžného života v co možná největší možné míře, pokud to nelze, tak jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. „*Zařízení musí dodržovat všechny právní aspekty naší republiky, stejně jako se musí držet listin a dokumentů hájících obecně práva osob i osob s mentálním postižením*“ (Štěrbová 2009, str. 29).

4.1. Služby sociální péče

Osobám s mentálním postižením (se zdravotním postižením a sníženou soběstačností) jsou v České republice podle Zákona 108/2006 sb. o sociálních službách zajišťovány tyto služby (terénní i ambulantní) – osobní asistence, pečovatelská služba, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, raná péče, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, podpora samostatného bydlení. CSS Empatie, ve které probíhá ústavní péče, je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Krajský úřad. Zařízení

je zřízeno pro poskytování služeb osobám s mentálním postižením. V tomto zařízení probíhala praktická část této práce. Empatie poskytuje tyto sociální služby - denní stacionář, týdenní stacionář a chráněné bydlení. Jak již bylo uvedeno sociálních služeb, které jsou poskytovány lidem s mentálním postižením, je mnoho. V této práci bych se podrobně zmínila právě o službách, které nabízí CSS Empatie.

4.1.1. Denní stacionáře

„V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách). CSS Empatie zajišťuje osobám s mentálním postižením tyto služby:

- Pomoc při zvládnání péče o vlastní tělo
- Stravu
- Pomoc při osobní hygieně či podmínky pro osobní hygienu
- Výchovné a vzdělávací aktivity
- Zprostředkovává kontakt se společností
- Pomoc při uplatňování práv
- Sociálně terapeutické činnosti

Do denního stacionáře uživatelé služeb dochází každý den (kromě víkendu) a odpoledne odchází do rodinného prostředí. Empatie má tedy každodenní kontakt s rodiči uživatelů služeb. *„Denní ústavy (stacionáře) pečují o děti, mládež i dospělé v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání...V péči o dospělé tato zařízení suplují činnost chráněných pracovišť...“* (Švarcová 2000, str. 137). Já sama sympatizuji s touto formou sociální péče o osoby s mentálním postižením, kdy dochází ke „každodenní“ odborné péči a také ke každodennímu kontaktu s rodinou.

4.1.2. Týdenní stacionáře

Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách definuje poskytované služby stejně jako u denních stacionářů, kdy ještě přibývá poskytnutí ubytování. Služby jsou pobytové oproti denním stacionářům, kde jsou služby pouze ambulantní. *„Týdenní zařízení představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí“* (Švarcová 2000, str. 137). Uživatelé služeb jsou v zařízeních sociálních služeb přes týden, kde bydlí v pokojích po dvou až třech. V každém pokoji jsou uživatelé stejného pohlaví. Záleží také na tom, zda jsou zařízení koedukovaná či nekoedukovaná a zda má zařízení vytvoření protokol

sexuality, který upravuje bydlení osob stejného či rozdílného pohlaví. V CSS Empatii pak Protokol o vztazích a sexualitě umožňuje partnerskému páru společné bydlení, avšak je důležité, aby spolu jedinci „chodili“ již delší dobu. Doba, která je potřebná pro to, aby spolu partneři mohli bydlet je také uvedena v protokolu. Je jí minimálně jeden rok a partneři by měli ovládat vědomosti a dovednosti v oblasti sebeobsluhy, hospodaření, úklidu, řešení partnerských konfliktů sami či pod vedením jejich klíčových pracovníků.

4.1.3. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení a jeho projekty se začaly vytvářet po 2. světové válce a to jak v západní Evropě, tak také v Americe. V České republice se myšlenka chráněného bydlení začala objevovat po roce 1989 se stoupající kvalitou péče o osoby s mentálním postižením. Jehož filozofií (chráněného bydlení) je: v největší možné míře poskytnout takové možnosti a podmínky, aby jedinci mohli žít (individuální) běžný život jako intaktní populace (Pipeková 2006).

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby“ (Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách). Je umožňováno formou skupinovou či individuální. Je poskytováno osobám s mentálním postižením, s tělesným postižením, osobám s psychickým onemocněním a osobám s autismem (Pipeková 2006). Jde o celoroční pobyt jedince v zařízení, kdy jde ovšem někdy o nutnost umístění jedinců v zařízení sociálních služeb s celoročním pobytem, jelikož výchova jedince s mentálním postižením může značně zatěžovat rodinu a rodinné vztahy v ní. Lze rozlišit dva pojmy a to podporované bydlení a chráněné bydlení. Při podporovaném bydlení žijí osoby s mentálním postižením ve vlastní domácnosti a zde je mu poskytována podpora. Chráněné bydlení je pak bydlení v domácnosti, kterou vlastní zařízení a poskytuje osobám s mentálním postižením jak bydlení, tak i podporu (Černá 2008). Služby, které chráněné bydlení poskytuje, jsou ukotveny v Zákonu 108/2006 sb. o sociálních službách. Je jimi například poskytnutí stravy a ubytování, výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc se zajištěním chodu domácnosti, sociálně terapeutické činnosti či také pomoc při uplatňování svých práv.

V CSS Empatie jsou uživatelé služby chráněného bydlení ubytováni v jedno až dvoulůžkových pokojích. *„Budovy chráněného bydlení jsou umístěny v areálu*

pracoviště Empatie a na pracovišti ve čtvrti Kněžské Dvory“ (<http://www.empatie.cz/html/stacBydleni2.html>). Služby chráněného bydlení jsou poskytovány osobám od 18 let. Uživatelé se zde za pomoci pracovníků učí soběstačnosti, prát, vařit jednoduchá jídla, kultivují partnerské vztahy, nabízejí se jim volnočasové aktivity a snaží se začleňovat uživatele služeb do pracovního života. Vše s ohledem na individuální schopnosti a dovednosti jedince. I v tomto případě žijí v bytech rozdělení podle pohlaví. Stejně jako v případě týdenního stacionáře, mohou spolu uživatelé služeb rozdílného pohlaví bydlet, pokud splňují požadavky uvedené v Protokolu o vztazích a sexualitě (tedy délka vztahu, potřebné vědomosti a dovednosti).

4.2. Koedukovaná versus nekoedukovaná zařízení

Koedukované zařízení je takové zařízení, které poskytuje sociální péči osobám obou pohlaví. V tomto zařízení se „pohybují“ společně jak muži, tak také ženy. V nekoedukovaném zařízení se tedy péče specializuje na osoby jednoho pohlaví. V současnosti je snaha o koedukovanost zařízení oproti minulosti, avšak stále v České republice existují nekoedukovaná zařízení poskytující sociální služby. U pracovníků těchto zařízení jsou mylně vytvořena přesvědčení a obavy, že by soužití osob s mentálním postižením (obou pohlaví) přineslo nečekané problémy související s narušením dne atd. Avšak frustrace a citová deprivace lidí, kteří žijí celý život pouze s osobami stejného pohlaví může směřovat až k homosexuálním praktikám a agresi. (To lze pozorovat i u intaktní populace např. ve vězení). S filozofií normalizace a socializace je pak přirozenější prostředí pro výchovu jedinců s mentálním postižením koedukované zařízení. V nekoedukovaných typech zařízení většinou není vůbec sexuální výchova řešena. Pokud by byla prováděna, pak by bylo nutné zprostředkovat kontakt s druhým pohlavím, aby mohla být umožněna realizace této osvěty (např. jak se chovat k druhému pohlaví) (Kozáková 2004).

Je tedy jisté, že k dnešní filozofii normalizace a vzhledem k právům všech osob, by měla být zařízení sociální péče koedukovaného typu, aby mohla být realizována sexuální výchova a osvěta. Dosáhne se tak zkvalitnění života osob s mentálním postižením.

4.3. Problémy při realizaci sexuální výchovy

Problémy při realizaci nemusí být zapříčiněny pouze ústavním zařízením, ale také především postoji a názory v oblasti sexuality osob s mentálním postižením u

pracovníků, vychovatelů, terapeutů, vedoucích sociálních služeb, rodičů, opatrovníků a také široké veřejnosti. Každý z těchto zmíněných lidí má vliv na jedince s mentálním postižením. Má také vliv na utváření jeho hodnot a na jedincovo sebehodnocení. Například někteří rodiče mohou svým dětem s mentálním postižením říci, že pohlavní styk mohou mít až po svatbě a jelikož jsou postižení nemohou se vdát (oženit) a tím je pro rodiče tato otázka vyřešena. To je ale pohodlné pouze pro ně a jistě to nemusí mít pozitivní vliv na psychickou pohodu jedince. „*Jsem postižený, nemám právo na pohlavní život, lásku, partnera, rodinu...*“ (Chudá, Šmehlíková, Rýdlo 2009, str.105). Je snad správné v jedincích vzbuzovat tyto pocity? Svá práva mohou tito jedinci zjistit při systematické osvětě v sexuální výchově.

Některé jevy, které mohou působit problémy při realizaci sexuální výchovy v ústavním zařízení jsou:

- Nekoedukovanost zařízení
- Nedostatečné soukromí z hlediska velikosti ústavního zařízení
- Institucionální výchova (celoroční) – nejsou vzory z rodiny
- Nejednotnost v názorech na partnerství a sexualitu u pracovníků
- Nestačí pouze výklad, je nutná konkrétnost, názornost a trénink sociálních dovedností
- Představy osob s mentálním postižením o kontaktu s opačným pohlavím bývají nereálné, idealistické (též vlivem televize)
- Jedinci s mentálním postižením si mnohdy nedokáží prosadit svá práva
- Ostych pracovníků hovořit o tématech sexuality jak s jedinci, tak také s rodiči uživatelů služeb (při případných problémech)
- Nedostatečná příprava pracovníků v oblastech sexuality osob s mentálním postižením
- Nesoulad přání zařízení a rodičů
- Není spolupráce s rodinou, kdy o těchto tématech rodina nechce slyšet
- Hodnocení druhého podle sebe
- Přehánění či naopak podceňování problematiky sexuální osvěty osob s mentálním postižením
- Oddělování sexuality od celistvosti jedince

(Kozáková 2004)

5. Výzkum

Výzkum v této práci je jak kvalitativní (rozhovory s pracovníky), tak také kvantitativní (dotazníkové šetření mezi rodiči).

Výzkumné šetření v rámci mé bakalářské práce lze rozdělit na dvě části, kdy první částí je dotazníkové šetření, které je zaměřeno na rodiče dětí s mentálním postižením. Druhá část se zaměřuje na pracovníky v přímé péči v CSS Empatie. Závěrem bude zjištění názorů a postojů k sexualitě a sexuální výchově u lidí s mentálním postižením a to jak z pohledu rodičů lidí s mentálním postižením, tak také z pohledu zprostředkovatelů služeb. Hlavním cílem bude v závěru porovnání názorů a postojů na problematiku sexuality a sexuální výchovy rodičů a pracovníků v přímé péči.

Časový harmonogram výzkumu

5/2009 – 8/2009 – studium dostupné literatury

9/2009 – 11/2009 – teoretická část

11/2009 - 12/2009 – první část výzkumu – dotazníkové šetření

12/2009 – 01/2010 – druhá část výzkumu – rozhovory s pracovníky

01/2010 – 02/2010 – analýza výsledků výzkumu

5.1. Užití metody

Testová metoda, která byla použita pro zjištění názorů a postojů zákonných zástupců či opatrovníků (rodičů) osob s mentálním postižením k sexualitě a sexuální výchově jejich dětí, byla **dotazník**.

- Dotazník

Jako každá výzkumná metoda, tak i tato má své výhody a nevýhody. Mezi výhody lze zařadit úsporu času výzkumníka, analýza odpovědí je více objektivní než při rozhovoru, odpovědi lze snáze kvantifikovat. Mezi nevýhody dotazníku patří například to, že proband nemusí otázce porozumět, nemůže si ujasnit smysl odpovědí přes výzkumníka, obvykle nižší věrohodnost dat kvůli sociální žádoucnosti vypadat v lepším světle (Kebza, Pechačová, 2001). Lze vytvořit vlastní dotazník či použít již standardizovaného dotazníku, kdy validita a spolehlivost bývají známy. Důležité je znění otázek a forma odpovědí v dotazníku.

Klinická metoda, která byla použita v tomto výzkumu, byla **rozhovor** s pracovníky v přímé péči CSS Empatie

- Rozhovor

Rozhovor lze užít při práci s probandem, s jeho rodinnými příslušníky či spolupracovníky. Bývá součástí téměř každého psychologického vyšetření, kdy lze získat informace týkající se probanda, jeho okolí či konkrétního problému. Rozhovor může být buď standardizovaný nebo volný (Kebza, Pechačová, 2001). Já jsem užila standardizovaného (strukturovaného) rozhovoru, který jsem vedla s pracovníky. Otázka nesmí být sugestibilní a neměla by nutit probanda k určité odpovědi. Doporučuje se odpovědi probanda průběžně zaznamenávat a těsně po skončení rozhovoru ještě doplnit o některé informace.

5.2. Dotazníkové šetření

Zájmem mého zkoumání byli rodiče, kteří využívají služeb Centra sociálních služeb Empatie. Centrum sociálních služeb právě nyní vytváří protokol sexuality, který si může organizace vytvořit sama. Protokol o vztazích a sexualitě naplňuje filozofii daného pracoviště, řídí se legislativou a naplňuje práva osob s mentálním postižením. Při vytváření protokolu je samozřejmě důležitý také názor rodičů klientů, kteří služeb centra využívají, na problematiku sexuality a sexuální výchovy.

Dotazník, který byl použit je umístěn na stránkách občanského sdružení Orfeus - <http://www.orfeus-cr.cz/?q=cs/diskusni-forum>. V příloze (Příloha č.1) je umístěn elektronický souhlas ředitele organizace Orfeus s použitím dotazníku. Ten byl poprvé použit Bc. Hanou Plesnikovou, kdy se vrátilo 170 dotazníků. Dotazník byl také použit v diplomové práci Bc. Pavlína Kovářové (Masarykova univerzita, pedagogická fakulta, Brno, 2006). Výsledky těchto výzkumů lze tedy porovnat s následujícím výzkumným šetřením viz níže.

V Empatii byly dotazníky rozdány či odeslány všem rodičům. Těm, kteří mají své děti umístěny v chráněném bydlení, byly dotazníky odeslány. Rodičům, kteří využívají služeb denního a týdenního stacionáře, byly dotazníky rozdány vedoucími pracovníky daného pracoviště, kteří s rodiči a jejich dětmi přicházejí do styku. Rozdání a rozeslání dotazníků probíhalo v týdnu od 26. – 30.10. 2009. V úvodu dotazníku pak bylo uvedeno, že dotazníky se mají zaslat či donést do Centra sociálních služeb Empatie do 30. listopadu 2009. Dotazníky byly v obálkách a klientům bylo při předání oznámeno, kam mají vyplněné dotazníky donést zalepené. Ukázkový dotazník je přidán v přílohách (Příloha č.2).

V Empatii je vytvořena tzv. schránka důvěry pro rodiče uživatelů služeb. Do této schránky mohli respondenti vyplněné dotazníky vhadzovat. Díky tomu byla zajištěna vyšší anonymita rodičů, než kdyby rodiče dávali vyplněné dotazníky přímo do rukou vedoucích pracovníků.

Bylo rozdáno 75 dotazníků a z tohoto počtu se jich vrátilo 25. Nízkou návratnost dotazníků přisuzují intimnímu tématu, které bylo zvoleno a také malé osvětě rodičů v oblastech sexuality a sexuální výchovy.

5.2.1. Cíle první části

Cílem první výzkumné části mé bakalářské práce bylo:

1. Analyzovat postoje rodičů k problematice a právu na prožití vlastní sexuality u jedinců s mentálním postižením, kteří navštěvují Centrum sociálních služeb Empatie.
2. Zjistit postoje rodičů osob s mentálním postižením, kteří navštěvují Centrum sociálních služeb Empatie, k partnerství, manželství, k možnosti mít děti a na užívání antikoncepce u jejich dětí s mentálním handicapem.
3. Analyzovat problémová témata ohledně sexuality, o kterých je pro rodiče obtížné hovořit, jak se svými handicapovanými dětmi, tak také s odborníky.

5.2.2. Výzkumné otázky

Otázka č.1: Jaký bude postoj rodičů k tomu, aby jejich syn či dcera s mentálním postižením měl/a vlastní dítě?

Otázka č.2: Jak se staví rodiče jedinců s mentálním postižením k užívání antikoncepce u svých handicapovaných dětí?

Otázka č.3: O kterých tématech bude pro rodiče těžké hovořit se svými dětmi s mentálním postižením?

5.2.3. Výsledky šetření a jejich interpretace

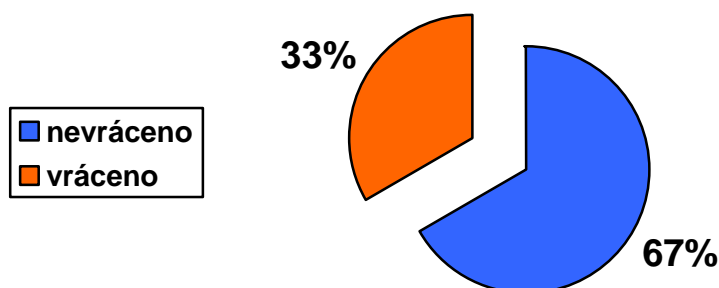
Zkoumaný vzorek a jeho charakteristika

Rodiče či opatrovníci bývají většinou pro každého jedince identifikačním vzorem podle něhož se pak jedinec určitým způsobem chová. Proto je při vytváření protokolu důležité vědět, jak se rodiče jedinců s mentálním postižením staví k otázkách sexuality, které jsou důležitým aspektem v životě každého jedince.

Tabulka č.1.: Návratnost dotazníků

	Počet dotazníků	Procentuální podíl
Nevráceno	50	67%
Vráceno	25	33%
Celkem	75	100%

Graf č. 1.: Návratnost dotazníků



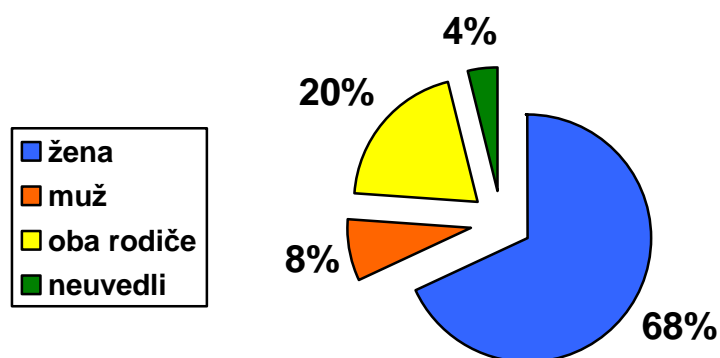
Nízkou návratnost dotazníků přisuzují zvolenému tématu, které je intimní a také především díky malé osvětě rodičů. Respondenti měli měsíc na vyplnění dotazníků a mohli dotazníky odnést či zaslat do Centra sociálních služeb. V Empatii je vytvořena tzv. schránka důvěry pro rodiče. Do této schránky mohli respondenti vyplněné dotazníky vhadzovat. Díky tomu byla zajištěna větší anonymita rodičů.

Na začátku dotazníku respondenti uvedli své osobní údaje, tedy pohlaví a rodinný stav. Jeden z respondentů neuvedl své pohlaví a také svůj rodinný stav.

Tabulka č.2.: Pohlaví respondentů

	počet	Procentuální podíl
Žena	17	68%
Muž	2	8%
Oba rodiče	5	20%
Celkem	24	100%

Graf č. 2.: Pohlaví respondentů

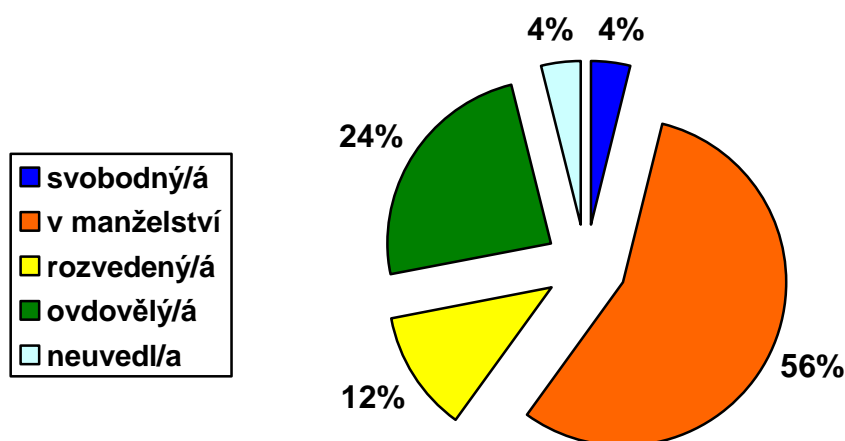


Více než polovinu dotazníků vyplňovaly ženy, procentuálně 68%. Oba rodiče se zúčastnili výzkumného šetření z 20%. 4% dotazovaných neuedli své pohlaví.

Tabulka č.3.: Rodinný stav respondentů

	Počet	Procentuální podíl
Svobodný/á	1	4%
V manželství	14	56%
Rozvedený/á	3	12%
Ovdovělý/á	6	24%
Celkem	24	100%

Graf č.3.: Rodinný stav respondentů



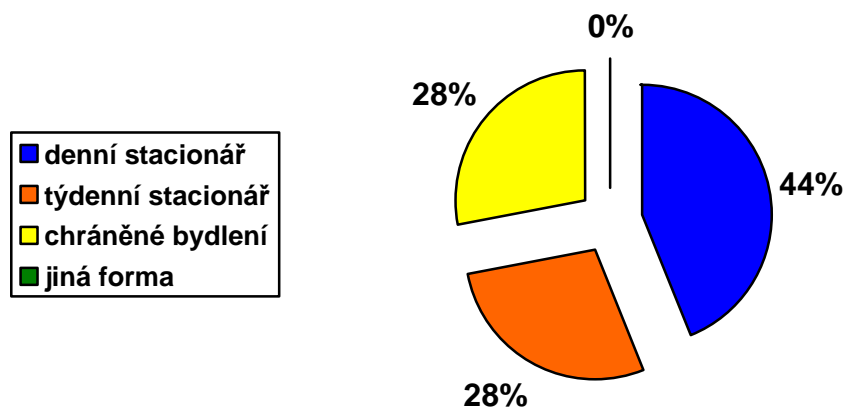
Z celkového počtu respondentů bylo 56%, kteří uvedli, že žijí v manželství. Jeden respondent uvedl, že je svobodný, což jsou 4% z celkového počtu dotazovaných. 24% dotazovaných byli ovdovělí.

Další čtyři otázky se týkaly **osobních údajů** mentálně handicapovaných, tedy konkrétních jedinců. Zjišťovaly do jakého stacionáře Empatie jedinec s mentálním postižením dochází, jeho pohlaví, věk a poslední z těchto otázek byla zaměřena na stupeň mentálního postižení. Tato poslední otázka byla dobrovolná, kdy některé údaje byly nepřesné např. DMO ve 3 měsících věku či LMD. Proto počet respondentů odpovídajících na tuto otázku vyjádřím pouze procentuálně.

Tabulka č.4.: Mentálně postižený užívá služby v Centru sociálních služeb Empatie

	Počet	Procentuální podíl
Denní stacionář	11	44%
Týdenní stacionář	7	28%
Chráněné bydlení	7	28%
Celkem	25	100%

Graf č.4.: Mentálně postižený užívá služby v Centru sociálních služeb Empatie



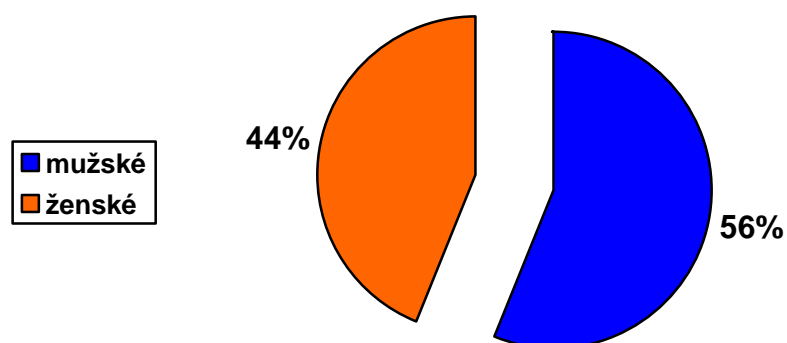
Z tabulky a grafu vyplývá, že největší návratnost dotazníků byla od rodičů, kteří využívají pro své děti služeb denního stacionáře. Počet vrácených dotazníků z týdenního stacionáře a chráněného bydlení byl pak stejný.

Další otázkou byl věk dítěte, který se pohyboval od 16 let až do věku 59 let. Jelikož byla návratnost nízká, nemohla jsem vyhodnotit pouze dotazníky, které se týkají dospívajících. Průměrný věk handicapovaných byl 37 let, z čeho vyplývá, že odpovídali rodiče, kteří již mají děti v dospělém věku.

Tabulka č.5.: Pohlaví mentálně handicapovaných

	Počet	Procentuální podíl
Mužské	14	56%
Ženské	11	44%
Celkem	25	100%

Graf č.5.: Pohlaví mentálně handicapovaných



Tabulka č.6.: Počet odpovídajících na otázku týkající se stupně handicapu

	Počet	Procentuální podíl
Odpovědělo	19	76%
Neodpovědělo	6	24%
Celkem	25	100%

76% respondentů odpovědělo na otázku, která byla dobrovolná (tj. respondenti se mohli rozhodnout, zda na tuto otázku odpoví) a týkala se stupně postižení. Otázkou by také bylo, zda rodiče ví, o jaký stupeň se u jejich handicapovaných dětí jedná, jelikož odpovědělo pouze 19 z 25 dotazovaných a některé odpovědi na stupeň postižení byly nepřesné a nejasné – DMO, LMD apod. Z toho lze usoudit, že by bylo vhodné kvalitnější komunikace od odborníků směrem k rodičům.

Analýza odpovědí týkajících se sexuality (dotazníkové položky 7.-18.)

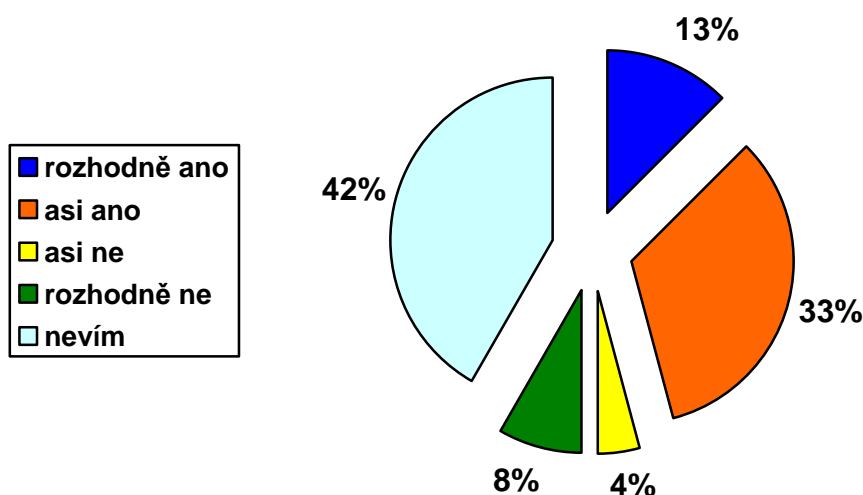
Další část dotazníku se týkala názorů a postojů, které se dotýkají obecné problematiky sexuality u jedinců s mentálním postižením a otázek, které se ptají na konkrétního jedince z pohledu rodičů.

První otázkou pak bylo právo na prožití vlastní sexuality v obecné rovině.

Tabulka č.7.: Právo na prožití vlastní sexuality

	Počet	Procentuální podíl
Rozhodně ano	3	13%
Asi ano	8	33%
Asi ne	1	4%
Rozhodně ne	2	8%
Nevím, nedokáži posoudit	10	42%
Celkem	24	100%

Graf č.6.: Právo na prožití vlastní sexuality



Jeden respondent neoznačil žádnou z možných odpovědí, ale odpověděl vedle nabízených možností souvislou větou: „Právo mají, ale nedokáží zodpovědně nést následky, pak je právo zpochybněno.“ Další proband pak označil odpověď „asi ano“ a vedle dopsal: „podle stupně postižení“. V jednom dotazníku se objevila u této otázky odpověď nevím, nedokáží posoudit s doplněním věty vedle textu: „V našem případě

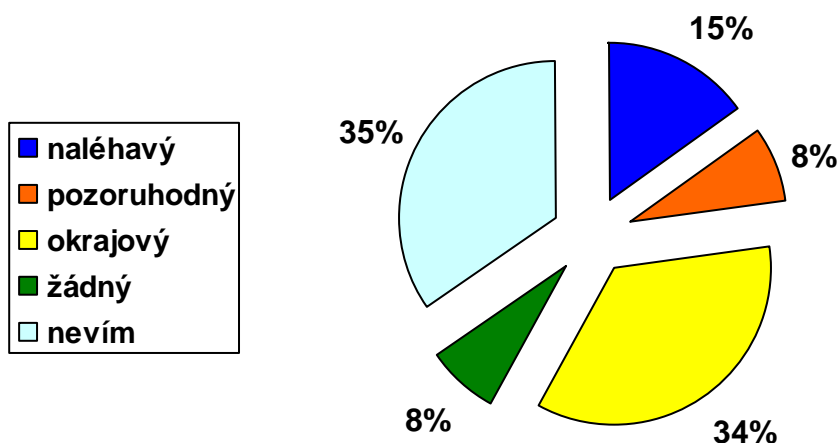
nepřichází v úvahu.“ 42% respondentů uvedlo, že neví či nedokáží posoudit tuto otázku. Ve 46 % pak rodiče označili kladnou odpověď, kdy tedy spíše souhlasili s právem na prožití vlastní sexuality.

Další otázka dotazníku se týkala pohledu rodičů na problém sexuality u jedinců s mentálním postižením. Zda považují sexualitu za problémové téma či nikoliv.

Tabulka č.8.: Problematiku sexuality u jedinců s mentálním postižením považují rodiče za problém

	Počet	Procentuální podíl
Naléhavý	4	15%
Pozoruhodný	2	8%
Okrajový	8	34%
Žádný	2	8%
Nevím, nedokáží posoudit	9	35%
Celkem	25	100%

Graf č.7.: Problematiku sexuality u jedinců s mentálním postižením považují rodiče za problém



Z tabulky a grafu lze usuzovat, že 69% rodičů, kteří mají mentálně handicapované dítě a vyplňovali dotazník, považují problém sexuality za okrajový či nedokázali na tuto otázku odpovědět. 15% rodičů považuje problém sexuality mentálně postižených za

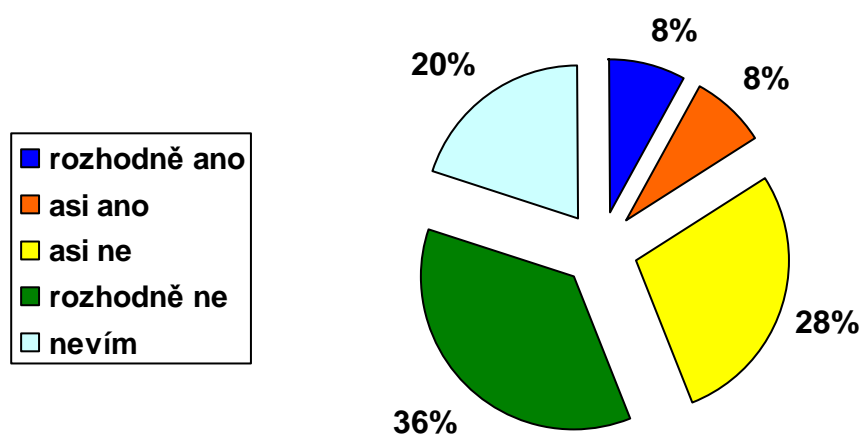
naléhavý. 8% respondentů pak uvedlo, že sexualita lidí s mentálním postižením není problém.

Další otázky se týkají možnosti žít v partnerském vztahu, žít v manželství a mít děti u mentálně postižených jedinců. Tyto otázky se zaměřují na konkrétní jedince, tedy děti respondentů.

Tabulka č.9.: Možnost žít v partnerském vztahu

	Počet	Procentuální podíl
Rozhodně ano	2	8%
Asi ano	2	8%
Asi ne	7	28%
Rozhodně ne	9	36%
Nevím, nedokáži posoudit	5	20%
Celkem	25	100%

Graf č.8.: Možnost žít v partnerském vztahu

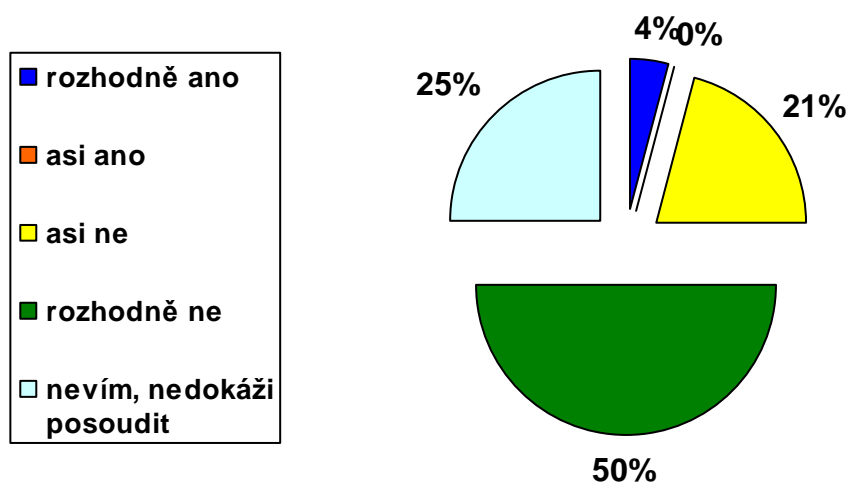


64% respondentů si myslí, že by jejich dítě s mentálním postižením nemělo mít možnost žít v partnerském vztahu. 16% rodičů se vyjádřilo k této otázce kladně.

Tabulka č.10.: Možnost žít v manželství

	Počet	Procentuální podíl
Rozhodně ano	0	0%
Asi ano	2	4%
Asi ne	5	21%
Rozhodně ne	12	50%
Nevím, nedokáži posoudit	6	25%
Celkem	25	100%

Graf č.9.: Možnost žít v manželství

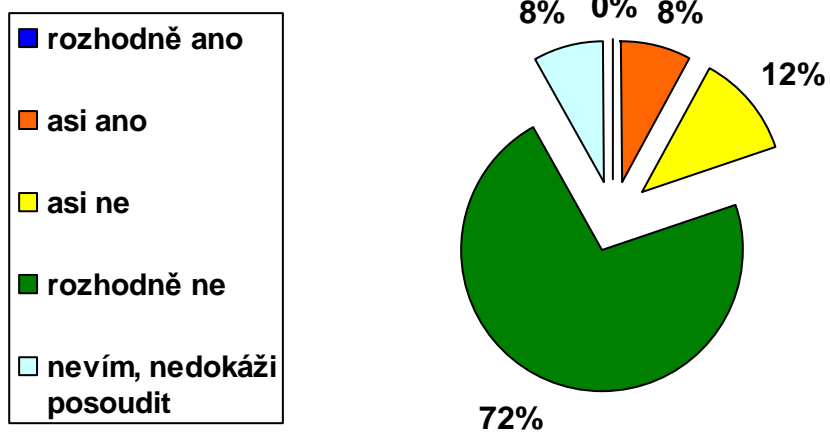


71% respondentů si myslí, že by jejich dítě s mentálním handicapem nemělo mít možnost žít v manželství. 4%, tedy dva respondenti, se vyjádřili k této otázce kladně.

Tabulka č.11.: Možnost mít děti

	Počet	Procentuální podíl
Rozhodně ano	0	0%
Asi ano	2	8%
Asi ne	3	12%
Rozhodně ne	18	72%
Nevím, nedokáži posoudit	2	8%
Celkem	25	100%

Graf č. 10.: Možnost mít děti

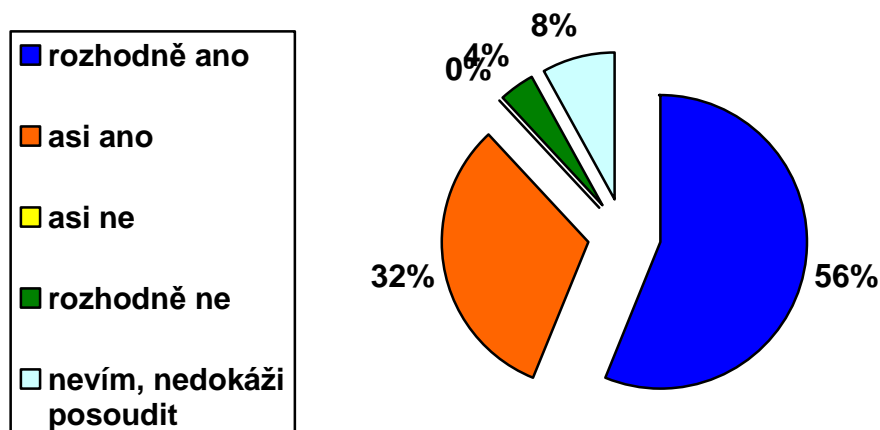


84% rodičů se domnívá, že by jejich dítě s mentálním postižením nemělo mít možnost vychovávat vlastní děti.

Tabulka č. 12.: Užívání antikoncepce u jedinců s mentálním postižením

	Počet	Procentuální podíl
Rozhodně ano	14	56%
Asi ano	8	32%
Asi ne	0	0%
Rozhodně ne	1	4%
Nevím, nedokáži posoudit	2	8%
Celkem	25	100%

Graf č. 11.: Užívání antikoncepce u jedinců s mentálním postižením



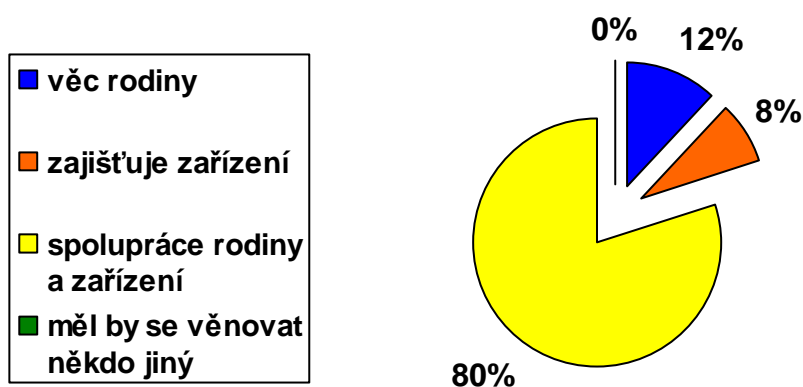
V této otázce se většina respondentů shodla v tom, že užívání antikoncepce u osob s mentálním handicapem je potřeba. Kladně odpovědělo 88%. Pouhá 4% dotazovaných byla zásadně proti užívání antikoncepce.

Další otázka se týkala sexuální výchovy jedinců s mentálním postižením.

Tabulka č.13.: Sexuální výchovu by měl/a zajišťovat

	Počet	Procentuální podíl
Rodina	3	12%
Pouze zařízení	2	8%
Rodina ve spolupráci se zařízením	20	80%
Někdo jiný	0	0%
Celkem	25	100%

Graf č.12.: Sexuální výchovu by měl/a zajišťovat



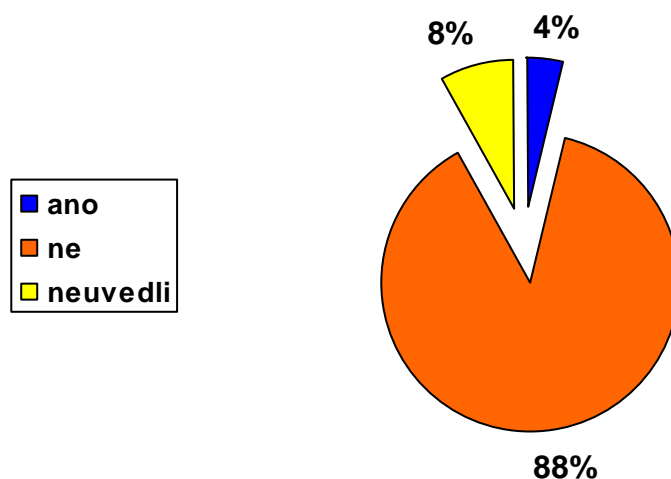
80% respondentů si myslí, že nejúčinnější sexuální výchova je pokud spolupracuje rodina a zařízení, do kterého klient dochází. 8% rodičů uvedlo, že o sexuální výchovu by se mělo starat pouze zařízení a 12% rodičů se domnívá, že sexuální výchova je zcela věcí rodiny.

Další otázka se ptala na konkrétní zkušenosti, které jsou spojené s problémem vyplývajícím ze sexuality jedince s mentálním postižením. První část se týkala toho, zda se probandi setkali s nějakým problémem. Další část se odvíjela z předchozí odpovědi. Pokud rodiče zaškrtnli ano, tak měli napsat konkrétní problém, s kterým se setkali.

Tabulka č.14.: Četnost setkání se s problémem vyplývajícím ze sexuality jedinců s mentálním postižením

	Počet	Procentuální podíl
Ano	1	4%
Ne	22	88%
Neodpověděli	2	8%
Celkem	25	100%

Graf č. 13.: Četnost setkání se s problémem vyplývajícím ze sexuality jedinců s mentálním postižením



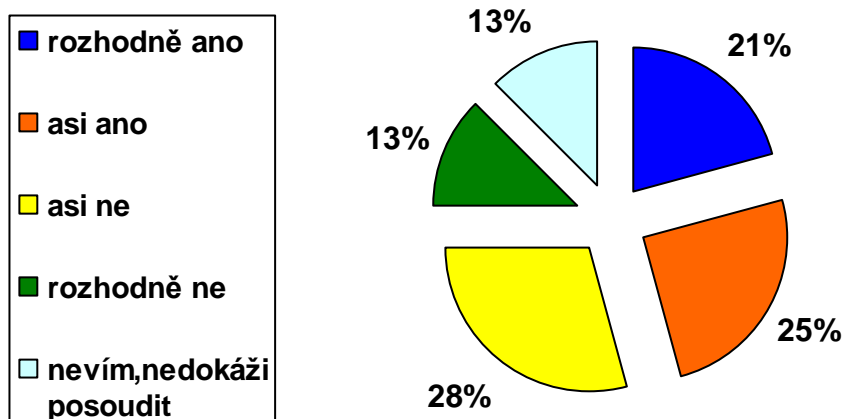
Jeden proband uvedl, že se setkal s problémem, který vyplýval ze sexuality jeho dítěte s mentálním postižením. Do volné odpovědi pak uvedl : „*Někdy onanuje.*“ Celých 88% rodičů uvádí, že se s problémem, který by vyplýval ze sexuality jejich dětí, nikdy nesetkali.

Další otázka se týkala toho, zda mají rodiče pocit, že jejich děti získávají dostatek informací pro svůj sexuální život. Otázka volně navazuje na předchozí otázku.

Tabulka č.15.: Informace z rodiny pro sexuální život jedinců s mentálním postižením

	Počet	Procentuální podíl
Rozhodně ano	5	21%
Asi ano	6	25%
Asi ne	7	28%
Rozhodně ne	3	13%
Nevím, nedokáži posoudit	3	13%
Celkem	24	100%

Graf č. 14.: Informace z rodiny pro sexuální život jedinců s mentálním postižením



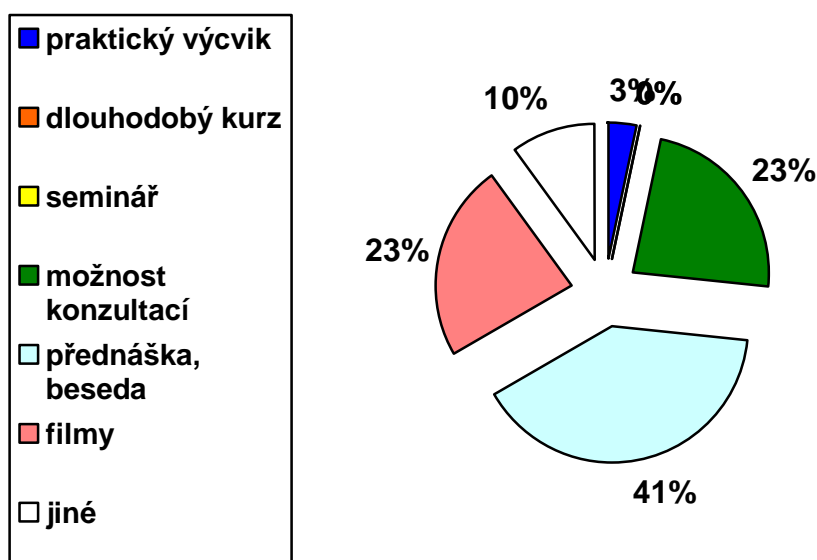
Na tuto otázku odpovědělo 24 respondentů, kdy 25. respondent odpověděl volně vedle této otázky: „Nemluvím o tom“. Z této odpovědi však nelze vyvodit, jak se respondent vyjadřuje k informovanosti pro sexuální život svého dítěte. 46% rodičů považuje informovanost z rodiny pro sexuální život jako dostačující. 41 % rodičů pak uvádí, že jejich děti s mentálním postižením nedostávají informace z rodiny pro svůj sexuální život. Dalších 13% uvedlo možnost nevím, nedokáži posoudit.

V dotazníku se také objevila otázka, která zjišťovala, jaký způsob osvěty v problematice sexuální výchovy u jedinců s mentálním postižením by rodiče upřednostňovali. V této otázce mohli rodiče zvolit více z nabízených možností.

Tabulka č. 16.: Osvěta sexuální výchovy

	Počet	Procentuální podíl
Praktický výcvik	1	3%
Dlouhodobý kurz	0	0%
Seminář	0	0%
Možnost konzultací	7	23%
Přednáška, beseda	12	41%
Filmy	7	23%
Jiné	3	10%
Celkem	30	100%

Graf č. 15.: Osvěta sexuální výchovy



Z odpovědí rodičů lze předpokládat, že by upřednostňovali přednášky, besedy z 41% a z 23% dávají přednost filmům či možnostem konzultací. V některých dotaznících se vyskytl souvislý komentář, z něhož lze usuzovat, že rodiče pochopili otázku tím způsobem, že se ptá na osvětu osob s mentálním handicapem, a ne na osvětu

v sexuální výchově rodičů a opatrovníků. Nyní bych uvedla komentáře, které se vyskytly u této otázky:

„To asi záleží na každém jedinci, podle míry jeho postižení.“

„Nenavádět – nehovořit.“

„ Každý člověk s mentálním postižením sexualitu chápe méně, nebo vůbec. Myslím, že někdy neví vůbec o čem je řeč. A proto si myslím, pokud nemá zájem a nevyhledává sám druhý protějšek to vůbec neřešit.“

Jelikož u ostatních dotazníků nelze zjistit, jak rodiče otázku pochopili, nelze usuzovat, zda by opravdu rodiče upřednostňovali uvedené možnosti pro vlastní osvětu v sexuální výchově svých dětí s mentálním handicapem či pro osvětu a vzdělávání svých dětí s mentálním postižením.

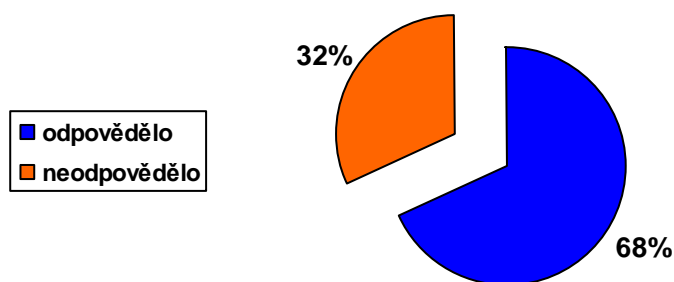
Další dvě otázky (č.16 a č.17) v dotazníku byly otevřené. Zde mohli dotazovaní vyjádřit vlastní názor svými slovy. Otázky se týkaly témat v oblasti sexuality, o kterých je pro rodiče těžké hovořit. První se týkala témat, o kterých je těžké hovořit s jejich dítětem a proč. Na tuto otázku navazovala další, která se ptala na témata, o kterých je těžké hovořit s terapeuty, lékaři, zaměstnanci sociálních služeb atd. a proč.

Na tyto otázky odpověděla více jak polovina rodičů. Pokud rodiče odpověděli na první otázku, většinou odpověděli i na to zda je obtížné na některá témata hovořit s odborníky. Když rodiče neodpověděli na otázku týkající se témat, o kterých je obtížné hovořit s jejich dětmi, potom neodpověděli ani na následující otázku. Nyní bych uvedla tabulku a graf, kdy bude zjištěno, kolik respondentů odpovědělo alespoň na jednu z daných otevřených otázek.

Tabulka č.17.: Frekvence odpovědí na otevřené otázky týkající se obtížných témat sexuality

	Počet	Procentuální podíl
Odpověděl	17	68%
Neodpověděl	8	32%
Celkem	25	100%

Graf č.16.: Frekvence odpovědí na otevřené otázky týkající se obtížných témat sexuality

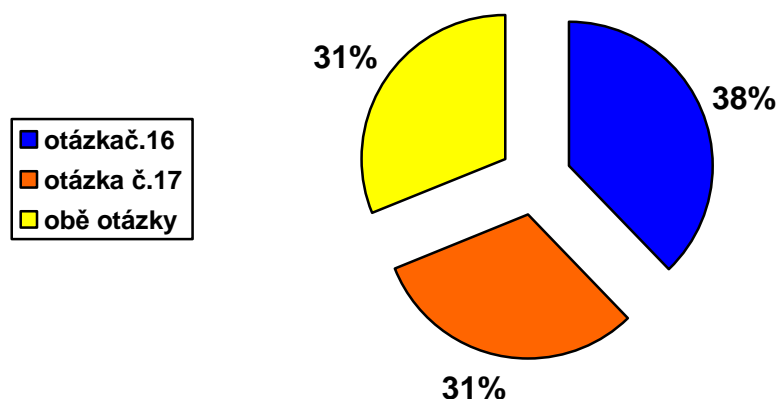


Respondenti na otázky odpověděli z 68%. V následující tabulce a grafu uvádím, jak časté byly odpovědi na první a druhou otázku zvlášť a jak časté byly odpovědi na obě otázky současně. Jak jsem již uváděla, pokud respondenti odpověděli na první otázku, tak ve většině případů odpověděli i na následující. Pokud nebylo na otázku, která se týkala témat, o kterých je těžké hovořit s odborníky, potom nebyla uvedena odpověď ani na otázku, která se týkala témat, o kterých je těžké hovořit s jedinci s mentálním postižením.

Tabulka č.18.: Četnost odpovědí na otázky

	Počet	Procentuální podíl
Otázka č.16	17	38%
Otázka č.17	14	31%
Obě otázky	14	31%
Celkem odpovědělo	17	100%

Graf č.19.: Četnost odpovědí na otázky



V mnoha odpovědích se respondenti shodovali, tzn. že většinou uváděli podobné odpovědi. Na otázku č. 16, která zněla: „O kterých tématech v oblasti sexuality je pro Vás obtížné s Vaším dítětem hovořit? Proč?“ reagovali rodiče často shodně. Uváděli, že není obtížné o tématech sexuality hovořit nebo že o tom nehovoří, jelikož to mentálně handicapované dítě nechápe atd. V některých případech se však vyskytovaly odpovědi, že je těžké hovořit o veškerých tématech či byla uvedena konkrétní témata, která jsou pro rodiče obtížná. Následně bych uvedla odpovědi respondentů na tuto otázku. Každý dotazník jsem očíslovala, proto lze porovnat odpovědi jednotlivých respondentů v obou otázkách. (dotazníky jsou očíslované)

Respondent č. 1: „Nikdy jsme o sexualitě nemluvili.“

Respondent č. 2: „Vzhledem k jeho momentální rozumové schopnosti ví co je sex, ale nedokáže zvážit možné následky, zatím není schopen se pořádně postarat sám o sebe!“

Respondent č. 3: „X je na úrovni dítěte, či opožděné dospívání. Vztahy k dívce považuje za přátelství, ne sexuálního podtextu.“

Respondent č. 4: „Vzhledem k charakteru postižení o všem.“

Respondent č. 5: „Nerozumí tomu, doma o tom spolu nemluvíme.“

Respondent č. 6: „Zatím jsem neměla důvod něco řešit.“

Respondent č. 7: „Nehovořím – myslím že onanuje.“

Respondent č. 8: Sexuální potřeby nemá.“

Respondent č. 9: „Mohu hovořit o všem.“

Respondent č. 10: „Nikdy jsme to nepotřebovali.“

Respondent č. 11: „Není.“

Respondent č. 12: „Není problém o sexualitě hovořit.“

Respondent č. 13: „Sex – nepochopí.“

Respondent č. 14: „X je člověk klidný, nikdy neprojevovala zájem o sexuální život. Jako již starší jsem jí pověděla vše, co její rozum chápal.“

Respondent č. 15: „Intimní život mezi partnery – těžko se vysvětluje.“

Respondent č. 16: „Protože je to chlap a já už jsem bez manžela tak o tom nemluvíme.“

Respondent č. 17: „O veškerých tématech, nereaguje, je zbaven svéprávnosti.“

V otázce č. 17, která zněla: „O kterých tématech je pro vás obtížné hovořit s terapeutem, lékaři, zaměstnanci sociálních služeb, učiteli atd.? Proč?“, často respondenti uváděli, že nejsou žádná témata ohledně sexuality jejich mentálně postižených dětí, která by byla problematická či pokud jsou nějaká témata ohledně sexuality rozumově handicapovaných, tak není obtížné o nich s odborníky hovořit.

Respondent č. 1: „Nevím.“

Respondent č. 2: „Není problém hovořit o čemkoli.“

Respondent č. 3: „Nemluvili jsme.“

Respondent č. 4: „Není obtížné, vzhledem k postižení dítěte však zatím neaktuální.“

Respondent č. 5: „Nemám žádné obtížné tématy které bych mohla terapeutem a lékaři hovořit.“

Respondent č. 6: „Nemám problém, mohu hovořit podle potřeby o všem.“

Respondent č. 7: „Nehovořím.“

Respondent č. 8: „Otec je lékař, kdyby bylo zapotřebí nevyhneme se žádným tématům.“

Respondent č. 9: „O žádných.“

Respondent č. 10: „Není mi to obtížné.“

Respondent č. 11: „Není.“

Respondent č. 12: „Myslím, že se dá hovořit o všem.“

Respondent č. 13: „Do jeho já nevidím. Má svůj život.“

Respondent č. 14: „Co potřebuji vědět se sama zeptám nebo se poradím, jinak žádný problém s tím nemám.“

5.2.4. Závěry z dotazníkového šetření a jejich interpretace

Nízkou návratnost dotazníků přisuzuji „zavírání“ očí rodičů osob s mentálním postižením, kteří mají dle výzkumů stále mnoho zakořeněných předsudků a odmítají se často na toto téma jakýmkoliv způsobem vyjadřovat. Lze tedy vyvodit, že bude nutná především vhodná osvěta rodičů a opatrovníků osob s mentálním postižením. Osvětlit rodičům osob s mentálním postižením práva jejich dětí v oblastech sexuality vedením přednášek a besed, o které projeví rodiče v dotazníkovém šetření zájem. Bude potřeba individuálního přístupu a postupného vyčleňování předsudků ohledně sexuality jejich dětí z aktuálních postojů k danému tématu. Například i k otázce partnerství osob s mentálním postižením se rodiče uživatelů vyjádřili překvapivě negativně. Ve výzkumu Plesnikové vyjádřili rodiče naopak většinový souhlas s možností partnerství osob s mentálním postižením. Problematiku sexuality osob s mentálním postižením pak rodiče hodnotí spíše jako okrajový problém 8 z 25 dotazovaných či neví a nedokáží tuto problematiku posoudit a to 9 z 25 dotazovaných. Vlastní osvětu či osvětu dětí v oblasti sexuální výchovy však zřejmě považují za žádoucí, jelikož všichni u této otázky uvedli některou z nabízených možností či přidali vlastní komentář.

Rodiče se v některých otázkách paradoxně rozcházel, kdy na otázku sexuálních projevů většina rodičů odpovídala tak, že se s projevy sexuality u svého dítěte nesetkala, nepřipouští partnerství vlastního dítěte, avšak antikoncepci u osob s mentálním postižením považuje za žádoucí až 88 % dotazovaných. A také někteří připouští, že je pro ně obtížné hovořit se svými dětmi o otázkách sexuality. Až 41% rodičů osob s mentálním postižením se domnívá, že jejich dítě nedostává dostatečné informace ohledně sexuality z rodiny, které by byly potřebné pro jejich život.

Otázka č.1: Jaký bude postoj rodičů k tomu, aby jejich syn či dcera s mentálním postižením měl/a vlastní dítě?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nadpoloviční většina rodičů osob s mentálním postižením, kteří vyplňovali dotazník, nesouhlasí s tím, aby jejich děti s mentálním postižením měly vlastní děti. Procentuálně je to 84% respondentů. Ve výzkumu Bc. Plesnikové odpovědělo na tuto otázku 173 respondentů, kdy 11 z nich souhlasí s tím, aby jejich děti měly vlastní děti. Lze tedy říci, že 94% dotazovaných ve výzkumu Bc. Plesnikové bylo proti tomu, aby jejich děti s mentálním postižením měly někdy vlastní děti. Podobný výzkum byl prováděn i Bc. Pavlínou Kovářovou, kdy z 69 dotazovaných uvedlo 88%, že by jedinci s mentálním postižením neměli mít a vychovávat vlastní děti. Lze tedy usuzovat, že v této otázce se rodiče z České republiky nerozcházejí a celkový postoj k možnosti osob s mentálním postižením mít vlastní děti je negativní.

Otázka č.2: Jak se staví rodiče jedinců s mentálním postižením k užívání antikoncepce u svých handicapovaných dětí?

Až 88% rodičů považuje užívání antikoncepce u osob s mentálním postižením za potřebné. V této otázce se tedy většina rodičů shoduje, avšak je paradoxní, že rodiče zároveň uvádějí, že jejich děti s mentálním postižením nemají sexuální potřebu, vztahy považují za přátelské - ne sexuálního podtextu, podle rodičů není důvod hovořit o otázkách sexuality, neprojevují zájem o sexuální život apod.

Otázka č.3: O kterých tématech bude pro rodiče těžké hovořit se svými dětmi s mentálním postižením?

Témata, o kterých je pro rodiče těžké hovořit se svými dětmi s mentálním postižením, jsou různá. Někteří rodiče (3) uvádějí, že nejsou témata, o kterých by se svými dětmi nemohli mluvit, avšak na druhé straně jsou rodiče (4), kteří uvádějí, že je pro ně těžké hovořit o jakýchkoli tématech, které se týkají lidské sexuality. Rodiče některých uživatelů odpovídali, že se svými dětmi o tomto tématu nemluví buď vzhledem k postižení či z hlediska pohlaví dítěte („Protože je to chlap a já už jsem bez manžela tak o tom nemluvíme.“) početně to bylo 6 ze 17 rodičů. Témata, která rodiče zmiňují jako problematická se týkají sexu, intimního života mezi partnery. Jeden z respondentů uvedl, že jeho dítě s mentálním postižením nemá sexuální potřeby. Další uvedl/a, že jeho dítě s mentálním postižením onanuje, ale nemluvil/a s ním o tom. Respondent č.5 se domnívá, že jeho dítě s mentálním postižením nerozumí otázkám sexuality a proto s ním o těchto věcech nemluví. Na jedné straně jsou tedy rodiče, pro které jsou veškerá témata týkající se sexuality obtížná, ale jsou si vědomi toho, že jejich

děti potřebují sexuální osvětu. Na druhé straně jsou pak rodiče, kteří se domnívají, že jejich děti nemají sexuální potřeby, „stejně tomu neporozumí“, a proto nepovažují sexuální výchovu za nutnou. Lze se však setkat se skupinou rodičů, kteří uvádí, že dokáží se svými dětmi s mentálním postižením mluvit o čemkoliv a nevidí v této otázce problém.

5.3. Rozhovory s pracovníky

Další částí mého výzkumu byly rozhovory s pracovníky Centra služeb Empatie. Rozhovory probíhaly přímo na pracovišti v období prosinec 2009 – leden 2010. Rozhovor jsem zaznamenávala průběžně do mnou předem vytvořeného formuláře. Některé informace jsem ještě doplnila těsně po skončení rozhovoru. V Empatii jsem mluvila s osmi zaměstnanci pracujícími v přímé péči s osobami s mentálním postižením.

5.3.1. Cíle v druhé části

Cílem druhé části bakalářské práce bylo zjistit:

1. Postoje a názory pracovníků ohledně potřebnosti sexuální výchovy u osob s mentálním postižením.
2. Postavení k partnerství, manželství a možnosti mít děti u osob s mentálním postižením
3. Názory na míru potřeby užívání antikoncepce u mentálně handicapovaných
4. Konkrétní problémové situace vyplývající ze sexuality handicapovaného, a to jak problémové situace s klienty či s rodiči uživatelů služeb

5.3.2. Výzkumné otázky

Otázka č.1.: Jaký budou mít pracovníci v přímé péči postoj k partnerství a manželství lidí s mentálním postižením?

Otázka č.2.: Do jaké míry se budou pracovníci domnívat, že je potřebná antikoncepce a sexuální výchova osob s mentálním postižením?

Otázka č.3.: Jaký postoj budou mít pracovníci v přímé péči k rodičovství osob s mentálním postižením?

Otázka č. 4.: Jaké problémy vidí pracovníci v přímé péči s uživateli služeb z hlediska jejich sexuality?

Otázka č.5.: Jak vnímají pohled rodičů pracovníci daného zařízení?

5.3.3. Struktura rozhovoru

Otázky byly pokládány od obecnějších k více konkrétním. Rozhovor byl strukturován takto:

I. **Úvod** (obecné informace, navození příjemné atmosféry)

II. **Hlavní část**

1. Jak dlouho pracujete s lidmi s mentálním postižením?
2. Jaký máte názor na partnerství lidí s mentálním postižením?
3. Jaký máte názor na možnost žít v manželství u lidí s mentálním postižením?
4. Jaký názor máte na to, aby lidé s mentálním postižením měli vlastní děti?
5. Souhlasíte s tím, aby lidé s mentálním postižením užívali antikoncepci?
6. Do jaké míry se domníváte, že je sexuální výchova u lidí s mentálním postižením potřebná?
7. Měl/a jste někdy problém s klienty, který by vyplýval z jejich sexuality? Jaký?
8. Jak se domníváte, že se rodiče staví k problematice sexuality a sexuální výchovy svých dětí s mentálním postižením?
9. Musel/a jste někdy řešit problém s rodiči, který by se týkal sexuality lidí s mentálním postižením? Jaký?

III. **Závěr** (rozloučení, poděkování)

5.3.4. Výsledky šetření a jejich interpretace

Rozhovor č.1.:

První respondentka byla žena, která pracuje s lidmi s mentálním postižením již 19 let. Na otázku, která se týkala partnerství, pracovnice centra odpověděla, že klienti právo samozřejmě mají, ale žít by podle ní v partnerském vztahu neměli, jelikož mají každý den jiného partnera. „*Dnes se mu líbí ten a zítra druhý.*“ Na otázku, která se týkala manželství a možnosti mít děti u lidí s mentálním postižením, zazněla odpověď „*ne*“. S tím, aby lidé s mentálním postižením užívali antikoncepci, souhlasí. Podle této respondentky je sexuální výchova pro lidi s mentálním postižením potřebná v případě, že lidé s mentálním postižením chápou tuto tematiku.

U otázky č.7. Měl/a jste někdy problém s klienty, který by vyplýval z jejich sexuality? Jaký? Odpověděla pracovnice centra kladně a uvedla příklad, kdy se klienti zamykají ve třídách, kde se líbají a poté je tedy třeba stále vysvětlovat, že je to intimní věc, která by měla probíhat o samotě, v pokoji. Nebo také problém ohledně masturbace

v místnosti lidí. „V Empatii máme místnost k tomu určenou.“ Další otázka se týkala toho, co si pracovníci myslí, o postojích rodičů k sexualitě a sexuální výchově jejich dětí s mentálním postižením. Respondentka uvedla, že rodiče podle jejího názoru si sexualitu svých dětí nepřipouští, nevidí ji a nechtějí o těchto tématech slyšet. Poslední otázka se týkala problému, který musela respondentka řešit s rodiči a týkal se právě sexuality lidí s mentálním postižením. Pracovnice odpověděla, že problém řešit musela a to ohledně antikoncepce dívky, která se v centru projevovala takovým způsobem, že pak pracovníci usoudili, že by ji brát měla. Maminka ji prý odmítala předeepsat a argumentovala: „*Bud' je se mnou nebo s váma, tak co by se mělo stát.*“

Podle této respondentky je také problém, že není poblíž sexuolog, který by se danou problematikou zabýval a tak ani nelze rodiče nasměrovat k odborníkovi.

Rozhovor č.2.:

Další respondentka byla žena, která s lidmi s mentálním postižením pracuje 21 let. Na otázku ohledně možnosti žít v partnerství u lidí s mentálním postižením, odpověděla, že u lidí s lehčí formou mentální retardace souhlasí s partnerstvím. Podle respondentky není správné, aby lidé s mentálním postižením žili v manželství a měli děti, jelikož se o ně nebudou umět postarat a také o sebe navzájem. S užíváním antikoncepce u lidí s mentálním postižením souhlasí. Potřeba sexuální výchovy je podle pracovnice centra důležitá. Je potřeba jim vysvětlit to, co chápou.

Problémy, které by vyplývaly ze sexuality lidí s mentálním postižením respondentka měla a jako příklad uvedla onanování ve třídě. Také uvedla, že byla velmi překvapená, když přišla na pokoj, kde byli nazí dva klienti (oba mužského pohlaví). Na otázku jak si myslí, že se k sexualitě svých dětí staví rodiče odpověděla: „*Neřeší to. Považují je stále za děti.*“ S rodiči musela pracovnice Empatie řešit problémy již mnohokrát a často se týkaly užívání antikoncepce uživatelů služeb, kdy rodiče tvrdí, že jich se tento problém netýká, avšak pracovníci vidí chování konkrétních uživatelů služeb jinak.

Rozhovor č.3.:

Třetí respondentka byla žena, která pracuje s osobami s mentálním postižením 3 roky. Říká, že lidé s mentálním postižením mají samozřejmě právo na to žít v partnerském vztahu, avšak souhlasí s partnerstvím osob s mentálním postižením u lehčích forem mentálního postižení, kdy klienti chápou význam partnerství. Možnost lidí s mentálním postižením žít v manželství a mít děti hodnotí spíše negativně.

S užíváním antikoncepce u lidí s mentálním postižením souhlasí a sexuální výchovu považuje za důležitou, a to „*podle stupně postižení a to co pochopí.*“ „*Je třeba jim to stále opakovat.*“

Jako problém uvedla respondentka například líbání ve třídě. Poté řekla: „*Je spousta případů, kdy je třeba řešit sexuální projevy.*“ Jako již předchozí respondentka se zmínila o místnosti, která je určená v CSS Empatie pro intimní chvíle klientů. Respondentka se domnívá, že rodiče jsou při zmínce o sexualitě svých dětí s mentálním postižením spíše naštvaní a nechtějí nic řešit. Poslední otázka se týkala řešení problému, který se týkal sexuality uživatelů s rodiči dětí s mentálním postižením. Zde uvedla respondentka konkrétní případ, kdy rodiče odmítají léky na potlačení hormonu klienta, který má výrazné sexuální projevy, kdy osahává studentky na praxích, onanuje na veřejnosti či ukazuje svůj pohlavní úd. Tento klient již byl u sexuologa, který navrhl léčbu na potlačení hormonu.

Rozhovor č. 4.:

Další respondentkou byla žena, která pracuje s lidmi s mentálním postižením jeden rok, avšak je také matkou 19letého syna s mentálním postižením. K partnerství, k manželství i k možnosti mít vlastní děti přistupuje pracovnice negativně. U otázky ohledně možnosti mít vlastní děti u osob s mentálním postižením dodává: „*Je to zase na rodičím mentálně postiženého dítěte, kdy se postarají akorát o vnoučata.*“ S užíváním antikoncepce u lidí s mentálním postižením souhlasí a myslí si, že sexuální výchova osob s mentálním postižením je potřebná. Problém s klienty a s rodiči ohledně sexuality uživatelů služeb zatím neměla. Domnívá se, že rodiče osob s mentálním postižením vidí svoje děti stále jako děti, a proto nechtějí tyto otázky ohledně sexuality a sexuální výchovy řešit.

Považovala jsem za důležité, z hlediska cíle mé bakalářské práce, se zeptat na doplňující otázku pracovníka CSS Empatie, který je zároveň rodičem dítěte s mentálním postižením: „*Mohla byste srovnat pohled předtím, než jste začala pracovat zde s pohledem nyní?*“ Respondentka odpověděla, že rozdíl v pohledu nezaznamenala. „*Nevidím rozdíl v pohledu předtím a nyní.*“

Rozhovor č.5.:

Respondentka se kterou jsem vedla další rozhovor byla žena, která pracuje s lidmi mentálně postiženými 5,5 roku. Na partnerství osob s mentálním postižením má názor

pozitivní, souhlasí s partnerstvím v rámci jejich mentální úrovně. Názor na možnost žít v manželství osob s mentálním postižením je spíše negativní, ale podle respondentky je to individuální záležitost. Podobně se pracovnice staví k otázce, zda by měli mít lidé s mentálním postižením vlastní děti. Uvádí: „*Ani ano, ani ne. Je to individuální otázka.*“ S užíváním antikoncepce u lidí s mentálním postižením souhlasí. Sexuální výchova je podle respondentky potřebná a to z hlediska „*kultivace jejich života.*“

U další otázky, která se týká problémů vyplývajících ze sexuality uživatelů služeb, uvádí respondentka více obecnějších příkladů. Říká, že se s problémem setkala jistě už několikrát a týkal se například promiskuity, sexuálního zneužívání, přechodu partnerství atd. Domnívá se, že rodiče uživatelů CSS Empatie se staví k problematice sexuality a sexuální výchovy svých dětí s mentálním postižením celkově negativně. S rodiči dětí s mentálním postižením musela dotazovaná respondentka řešit problémy, které se týkaly partnerství, kdy nastala nerovnováha mezi dvěma lidmi s mentálním postižením. Konkrétně šlo o obtěžování. Také musela řešit s rodiči problém týkající se náznaků sexuální aktivity uživatelů služeb na veřejnosti, které byly osobní a intimní.

Rozhovor č. 6.:

Další rozhovor jsem vedla se ženou, která pracuje s lidmi s mentálním postižením 4-5 let. Partnerství lidí s mentálním postižením hodnotí spíše kladně. „*Individuální podle jejich potřeby.*“ Pokud projeví člověk s mentálním postižením zájem o to být s někým, tak s partnerstvím souhlasí. O možnosti lidí s mentálním postižením žít v manželství říká: „*Sice nemám představu jak to funguje, jelikož jsem nikdy v takovém prostředí nebyla, ale závisí na svéprávnosti.*“ Dodává, že by se nemělo slibovat klientům něco, co nelze splnit – tedy svatbu – pokud nejsou svéprávní či nemohou z jiného důvodu uzavřít manželství. Na otázku, která se týká možnosti lidí s mentálním postižením mít vlastní děti, odpovídá, že závisí na hloubce postižení a domnívá se, že lidé s mentálním postižením, kteří nenavštěvují ústav či nějaké jiné zařízení, mají děti. „*Takže proč ne.*“ Pokud to má smysl, tak s užíváním antikoncepce souhlasí, „*jako funkce ochrany.*“ Sexuální výchova je podle respondentky potřebná a důležitá, jelikož do ní zasahuje také hygiena.

K problémům vyplývajících ze sexuality lidí s mentálním postižením se vyjádřila respondentka tak, že jsou problémy na pracovišti spíše skryté, kdy uživatelé služeb mají touhu (potřebu), kterou potřebují nějakým způsobem uskutečnit. Respondentka si myslí, že rodiče lidí s mentálním postižením se k problematice

sexuality a sexuální výchovy svých dětí staví podle toho, jakou měli svou vlastní rodinnou výchovu. Někteří rodiče se domnívají, že se jich to netýká a jejich děti jsou stále dětmi. Problém týkající se sexuality uživatelů služeb, který nastal a musel být řešen s rodiči se týkal sexuálního obtěžování. Pracovnice tento problém řešila z pozice klíčového pracovníka, kdy byla nabídnuta pomoc jak rodině, která se stala „obětí“ sexuálního obtěžování, tak také rodině uživatele služeb, který se dopustil sexuálního obtěžování mimo CSS Empatie při cestě do školy.

Rozhovor č.7.:

Následující rozhovor jsem vedla s pracovnící, která pracuje s lidmi s mentálním postižením již 24 let. K otázce partnerství lidí s mentálním postižením se staví kladně. Na možnost lidí s mentálním postižením žít v manželství respondentka váhala a nejdříve uvedla, že neví jestli ano nebo ne. Poté dodala, že je to sporná otázka, kdy záleží na stupni postižení. Pracovnice CSS Empatie se staví negativně k možnosti mít děti u osob s mentálním postižením. Na další otázku, která se týkala užívání antikoncepce u lidí s mentálním postižením odpověděla respondentka: „*Určitě ano.*“ Podle této pracovnice by se měla sexuální výchova uživatelům služeb neustále opakovat.

Jako problém, který se vyskytl na pracovišti a vyplýval ze sexuality lidí s mentálním postižením, uvedla konkrétní případ uživatelky služeb, která se „uspokojovala“ rohlíkem na toaletě, dokud na tento problém pracovníci nepřišli a zamezili tak dalším takovým pokusům. Také byla objevena na toaletě se štětkou na záchod, se kterou se také „ukájela.“ Z toho také vyplynul problém s rodiči dané uživatelky, kteří tomu odmítali uvěřit s tvrzením: „*to není možné, doma to nedělá.*“ Domnívá se, že rodiče se k otázkám sexuality svých mentálně postižených dětí staví negativně. „*Rodiče jsou absolutně proti tomu.*“ A také uvedla argument rodičů: „*Od čeho jste tam vy?*“

Rozhovor č.8.:

Poslední rozhovor jsem vedla s mužem, který s lidmi s mentálním postižením pracuje zatím 5 měsíců. S partnerstvím lidí s mentálním postižením souhlasí. „*Je to individuální. Jak komu vyhovuje.*“ Pokud se lidé s mentálním postižením dokáží o sebe postarat, tak také souhlasí s možností žít v manželství. „*Záleží na stupni postižení.*“ U otázky, která se týká možnosti lidí s mentálním postižením mít vlastní děti, zaujímá váhavý postoj. Avšak později dodává, že jelikož je výchova dětí složitá i pro intaktní

populaci, tak by spíše neměli mít lidé s mentálním postižením vlastní děti. Myslí si, že lidé s mentálním postižením by měli užívat antikoncepci. Sexuální výchova je podle respondenta důležitá a měla by se řešit individuálně podle úrovně uživatele služeb.

Problém, který by vyplýval ze sexuality osob s mentálním postižením neměl daný respondent ani s uživateli CSS Empatie a ani s rodiči dětí s mentálním postižením. Domnívá se, že rodiče dětí s mentálním postižením si myslí, že jejich dítě „nemá potřebu a je stále dítětem.“ A také říká, že se rodiče pletou, jelikož lidé s mentálním postižením potřebu mají a jsou jí nabití.

5.3.5. Závěry, zodpovězení výzkumných otázek

CSS Empatie nyní dokončuje vlastní Protokol o vztazích a sexualitě a postupně by s tímto protokolem měli být seznámeni všichni zaměstnanci, uživatelé služeb a zákonní zástupci uživatelů služeb. Některé rozhovory byly vedeny se spoluautory tohoto protokolu a některé s pracovníky služeb, kteří budou seznámeni s protokolem v jeho platném znění až po jeho dokončení. Již nyní jsou však i tito pracovníci o některých informacích v protokolu seznámeni.

Otázka č.1.: Jaký budou mít pracovníci v přímé péči postoj k partnerství a manželství lidí s mentálním postižením?

Ve většině případů byl názor na partnerství lidí s mentálním postižením pozitivní a to u 6 rozhovorů. V jednom rozhovoru bylo řečeno, že právo na partnerství mají, ale nechápou tento pojem („mají každý den někoho jiného“). U čtyřech rozhovorů se k možnosti žít v manželství a mít děti vyjádřili pracovníci striktně negativně. U dalších čtyřech rozhovorů udávali všichni dotazovaní hledisko mentálního postižení (hloubku, stupeň postižení). K možnosti žít v manželství se daní respondenti vyjadřovali spíše váhavě a udávali právě hledisko hloubky postižení, schopnosti postarat se o sebe a svéprávnosti.

Otázka č.2.: Do jaké míry se budou pracovníci domnívat, že je potřebná antikoncepce a sexuální výchova osob s mentálním postižením?

Všichni pracovníci, se kterými jsem vedla rozhovor v CSS Empatii, souhlasili s užíváním antikoncepce u lidí s mentálním postižením a považují sexuální výchovu osob s mentálním postižením za potřebnou a předávanou uživatelům služeb v jim srozumitelné podobě.

Otázka č.3.: Jaký postoj budou mít pracovníci v přímé péči k rodičovství osob s mentálním postižením?

Následující otázka rozhovoru se týkala rodičovství osob s mentálním postižením. Tato otázka je stále hodně diskutovaná jak mezi veřejností, tak také mezi odborníky. Ve dvou rozhovorech respondenti uvedli, že tato otázka by se měla posuzovat z individuálního hlediska. Zbýlých šest respondentů se k možnosti osob s mentálním postižením mít vlastní děti vyjádřilo negativně, kdy někteří dodávali, že lidé s mentálním postižením by nebyli schopni se o dítě řádně postarat.

Otázka č. 4.: Jaké problémy vidí pracovníci v přímé péči s uživateli služeb z hlediska jejich sexuality?

Problémy, se kterými se pracovníci v přímé péči setkávají je mnoho a nemálo z nich jsou také problémy, které vyplývají ze sexuality osob s mentálním postižením. Uvádím ty, o kterých se respondenti během rozhovoru zmínili

- Uspokojování se nebezpečnými a nevhodnými pomůckami (rohlík, štetka na záchod)
- Sexuální obtěžování, zneužívání (uživatele jiným uživatelem)
- Promiskuita
- Sexuální projevy na veřejnosti – masturbace, osahávání, líbání, ukazování pohlavního orgánu na veřejnosti
- Přechod vztahu přátelství v partnerství

Otázka č.5.: Jak vnímají pohled rodičů na sexualitu jejich dětí pracovníci daného zařízení?

Pracovníci CSS Empatie se domnívají, že rodiče se k sexualitě svých dětí s mentálním postižením staví odmítavě. Jsou často při zmínce o sexualitě jejich dítěte naštvaní. Podle pracovníků v přímé péči rodiče nevidí, nepřipouští si sexualitu svých dětí s postižením, vidí své děti stále za „malé děti“ bez projevů a známek sexuality. Pracovníci dodávají, že často nastává problém s rodiči uživatelů služeb při otázkách antikoncepce či při masturbaci uživatelů. Při rozhovoru také zazněl problém ohledně obtěžování ze strany uživatele směrem k pracovníkům, kdy rodiče odmítali vyřešit a vidět tento problém.

5.4. Výsledky výzkumného šetření –hlavní cíl

Cíl:

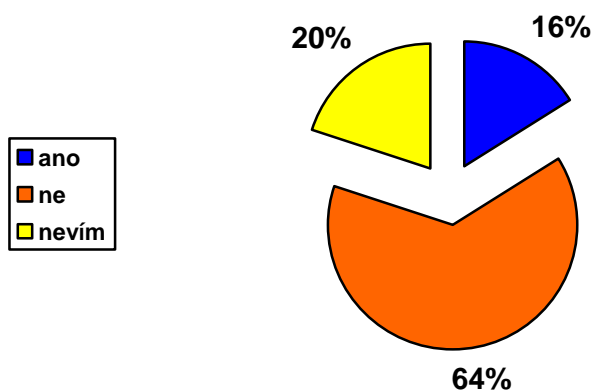
Porovnání názorů na problém sexuality u lidí s mentálním postižením z pohledu rodičů (zjištěných v dotazníku) a z pohledu pracovníků v přímé péči (zjišťovaných rozhovorem)

Při porovnávání názorů a postojů na problematiku sexuality a sexuální výchovy rodičů a pracovníků, jsem dospěla ke shodným výsledkům týkajících se problematiky užívání antikoncepce u lidí s mentálním postižením. U většiny rodičů a většiny pracovníků v přímé péči bylo zjištěno, že antikoncepce u osob s mentálním postižením je podle nich potřebná. Také téměř každý z pracovníků uvedl nějakou problematickou oblast, která se týká sexuality či sexuální výchovy u lidí s mentálním postižením. Oproti tomu rodiče žádné konkrétní projevy sexuality u svých dětí s mentálním postižením neuvodli. Je tedy další otázkou, proč rodiče dětí s mentálním postižením považují užívání antikoncepce u svých dětí za důležité, i když se domnívají, že jejich děti nemají žádné sexuální potřeby a nepozorují na nich žádné sexuální projevy. Nebo zda nechtěli z nějakého důvodu na tuto otázku odpovídat konkrétně a raději popřeli jakékoliv sexuální projevy vlastního dítěte.

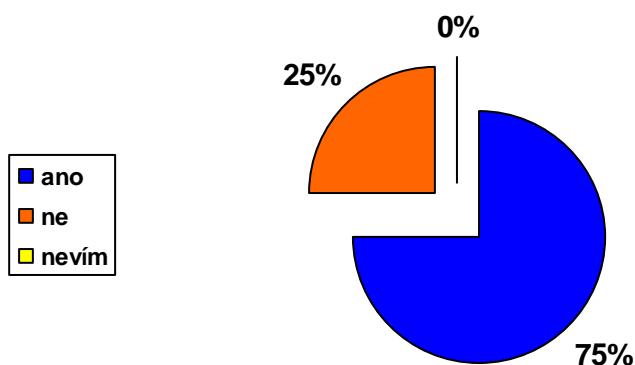
V otázce možnosti lidí s mentálním postižením mít vlastní děti se též většina rodičů a pracovníků shodla v tom, že by lidé s mentálním postižením neměli vychovávat vlastní děti. Jako důvody pak pracovníci uvádějí neschopnost se postarat ani sám o sebe a také složitost výchovy dětí. Tento názor se objevil i v dotazníkovém šetření pro rodiče, kde byl nesouhlas s možností jedinců s mentálním postižením mít vlastní děti taktéž výrazně negativní.

V otázce partnerství se pak pracovníci a rodiče rozcházejí, kdy rodiče v 16 případech (z 25) uvádí, že by jejich děti s mentálním postižením neměly žít v partnerském vztahu a 4 rodiče by nesouhlasili s partnerstvím svých dětí. U pracovníků je pak chápána tato problematika z jiného úhlu. V 6 případech (z 8) pracovníci souhlasí s partnerstvím osob s mentálním postižením, i když ve dvou těchto případech dodávají, že záleží na stupni postižení. 2 pracovníci v přímé péči pak nesouhlasí s partnerstvím osob s mentálním postižením. Tento postoj při pohovoru také zdůvodnili tím, že osoby s mentálním postižením jsou ve vztazích nestálí a nejsou schopni trvalejšího partnerského vztahu. „Dnes se mu líbí ten a zítra druhý.“ Procentuálně lze tento postoj porovnat v následujících grafech.

Graf č. 20.: Postoj rodičů k partnerství



Graf č. 21.: Postoj pracovníků k partnerství

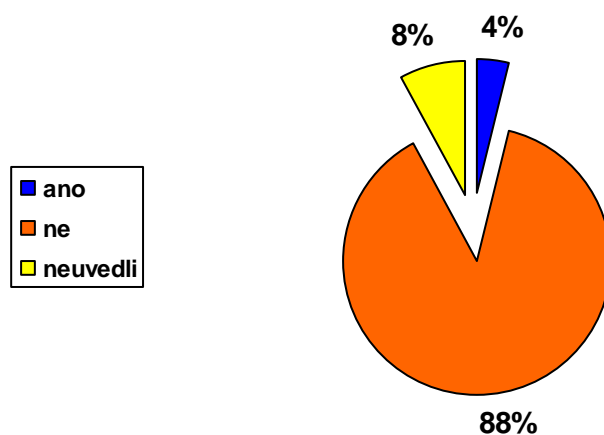


K otázkám manželství a rodičovství se již staví rodiče i pracovníci obdobně, avšak stále lze pozorovat otevřenější (souhlasný) postoj u pracovníků. Nesouhlasně se k otázce možnosti žít v manželství vyjadřuje 68% rodičů a 62% pracovníků, ale souhlasně se vyjádřilo 8% rodičů a 38% pracovníků. U otázky možnosti mít děti je situace podobná. Dva rodiče vyjádřili souhlas s možností rodičovství svých dětí a jeden pracovník s možností rodičovství u uživatelů služeb. Další dva pracovníci dodávali, že otázka je ryze individuální - ano i ne. Zbytek rodičů a pracovníků byl proti možnosti rodičovství osob s mentálním postižením. Problematiku a řešení sexuality osob s mentálním postižením považují rodiče osob s mentálním postižením spíše za okrajový (34%) problém či uvádí, že neví a nedokáží posoudit (35%). Sexuální výchovu osob s mentálním postižením považují pracovníci CSS Empatie za potřebnou i z hlediska

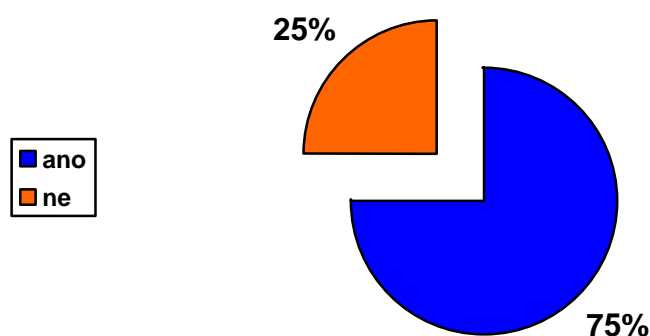
kultivace jejich života. Dodávají pak, že je důležité uživatelům služeb často opakovat, co se již naučili a přihlížet k individuálním zvláštnostem (stupeň postižení, potřeba...).

S problémy, které by se týkaly sexuality osob s mentálním postižením, se rodiče ve většině případů zřejmě neseekali. Pouze jeden respondent (4%) uvedl, že se již setkal s problémy vyplývající ze sexuality jeho dítěte (onanování). Dva respondenti (z 25) na tuto otázku vůbec neodpověděli. Mnoho pracovníků CSS Empatie naopak uvádělo konkrétní případy problémů, které vyplývaly z nedostatečné osvěty osob s mentálním postižením a z nesystematické sexuální výchovy. Jako příklady uváděli masturbaci na veřejnosti, uspokojování se nevhodnými předměty, zneužívání apod.

Graf č.22.: Problémy se sexualitou osob s mentálním postižením (**rodiče**)



Graf č.23.: Problémy se sexualitou osob s mentálním postižením (**pracovníci**)



Spolupráci rodiny se zařízením v otázkách sexuality uživatelů považují za důležitý aspekt pro kvalitu života jedince s mentálním postižením. Totéž si myslí i pracovníci CSS Empatie, kdy však uvádí odmítavý postoj ze strany rodičů při možném výskytu problémů v oblasti sexuality jejich dětí. Z dotazníkového šetření je patrné, že rodiče se domnívají, že sexuální výchovu by měla zajišťovat právě rodina ve spolupráci se zařízením a to z 80%. 12% dotazovaných uvádí, že sexuální výchova je zcela věcí rodiny a v 8% se domnívají, že by měla sexuální výchovu provádět zařízení a instituce určená pro vzdělávání a výchovu osob s mentálním postižením (tedy i CSS Empatie). Rodiče tedy ve většině případů uznávají spolupráci rodiny a zařízení, avšak podle výpovědí pracovníků se v praxi (při kontaktu s pracovníky) stále staví k těmto otázkám odmítavě (antikoncepce, masturbace, obtěžování ze strany uživatele...). *„Rodiče si myslí, že jejich děti jsou stále dětmi, je potřeba je chránit a neuznávají sexuální potřeby svých dětí.“*

Závěr

Je jisté, že sexualita je jeden ze základních aspektů života, který zaslouží svou kultivaci a pozornost. Lze jí dosáhnout osvětou a sexuální výchovou, která zahrnuje vše co do pojmu sexualita patří (vztahy, odpovědnost, postoje, hodnoty, emoce, individuální potřeby...). Sexualita běžné populace a populace osob s mentálním postižením se neliší, avšak sexuální výchova by se měla přizpůsobovat tomu, ke komu je směřovaná. Je potřebná nejen pro jedince běžné populace, ale také pro osoby s mentálním postižením. Je jisté, že přístup při sexuální výchově osob s mentálním postižením bude muset užívat jiné metodiky než při sexuální výchově intaktní populace, jelikož osoby s mentálním postižením mají odlišné procesy učení a myšlení.

Jak jsem již v úvodu zmínila, pracuji třetím rokem jako dobrovolník v centru sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, kde vedu zájmovou aktivitu pro klienty týdenního stacionáře, která probíhá hodinu jedenkrát týdně. Mám tedy možnost pozorovat projevy osob s mentálním postižením, které se týkají vztahů a sexuality. Při běžné komunikaci v terapii se uživatelé často zmiňují o svých vztazích, potřebách a tužbách („*to je jeho holka*“, „*ona mu dala pusu*“). Problémy ve vztazích se pak snaží mezi sebou řešit. Bylo by tedy vhodné o těchto problémech s klienty hovořit a pomoci jim při hledání vhodného způsobu řešení konfliktů.

I v intaktní populaci jsou témata vztahů, sexuality a jejich problémů často řešena, což si lze všimnout také například v mnohých časopisech napříč všemi generacemi. Je tedy jisté, že je potřeba osoby s mentálním postižením vzdělávat v oblastech sexuality a poskytovat jim informace způsobem, který je pro ně přístupný vzhledem k jejich kognitivním schopnostem. Z mnou provedeného výzkumného šetření pak vyplynulo, že je nutná nejen sexuální výchova osob s mentálním postižením, ale také vzdělávání opatrovníků (rodičů) a zaměstnanců v oblastech sexuality a sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. Poskytnout odborné a profesionální vedení výše zmíněným skupinám osob v této oblasti je dalším krokem ke kvalitnější kultivaci života osob s mentálním postižením. Je třeba vytvořit v povědomí pečujících osob nutnost vzdělávat své děti v oblastech sexuální výchovy. Vytvořit jednotnou a fungující metodiku sexuální výchovy, která se bude následně individuálně odvíjet od daného zařízení (dle postižení osob, filozofie zařízení, potřeb uživatelů...) a hovořit s rodiči a zaměstnanci o tom, jakým způsobem lze provádět sexuální výchovu u osob s mentálním postižením a jak o této problematice s jedinci hovořit.

Jelikož 41% rodičů uvedlo v dotazníku, že je podle nich sexuální výchova osob s mentálním postižením v rodině nedostatečná, měla by instituce začít vhodně působit na uživatele služeb a poskytovat jim potřebné informace, které nezískávají z rodiny. Také by podle mého názoru bylo vhodné hovořit s rodiči handicapovaných jedinců o možnosti sexuální výchovy jejich dětí. Myslím si, že by bylo dobré uspořádat několikrát do roka (či podle potřeby zařízení a rodičů) setkání či schůzky rodičů, kde by byl přítomen i odborník, který se touto problematikou zabývá a mohl by rodičům poskytnout odpovědi na jejich otázky. Rodiče by si tak mohli předávat zkušenosti a svěřit se ostatním se svými problémy, které bývají většinou podobné. Avšak nejsem si jistá, jak by se k těmto setkáním postavili rodiče a zda by o ně měli vůbec zájem. Podle návratnosti dotazníků je zřejmě pro rodiče toto téma tabu a je jistě těžké hovořit o problémech vyplývajících ze sexuality a vhodné sexuální výchovy, zvláště pak, když si rodiče nepřipouští, že jejich handicapované dítě je také sexuální bytostí se svými touhami a potřebami. Nebude zřejmě jednoduché vymyslet vhodný způsob osvěty pro rodiče.

Domnívám se, že v některých otázkách jsou stále rozdíly v teorii a praxi sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. Konkrétně bych zmínila například označování pohlavních orgánů při hygieně a komunikaci s osobou s mentálním postižením. Jak u intaktní populace, tak i u osob s mentálním postižením se v odborné literatuře doporučuje označování pohlavních orgánů správnými anatomickými názvy. V běžném životě a v praxi se však setkáváme se zdvořilými či nejasnostmi při pojmenovávání pohlavních orgánů (mezi nohama). Podle mého názoru je vhodnější užití správných anatomických názvů intimních částí těla při sexuální výchově u intaktní populace, ale také při vzdělávání osob s mentálním postižením.

Zaměstnanci také uváděli, že by bylo potřeba zajistit odborníka - sexuologa v Jihočeském kraji, který by se specializoval na oblasti sexuality osob s mentálním postižením, kam by se mohli obrátit s případnými problémy jak zaměstnanci, tak také rodiče osob s mentálním postižením. V některých otázkách se postoje a názory pracovníků CSS Empatie a rodičů uživatelů služeb shodovali, avšak v jiných se zase paradoxně rozcházel. Pro kvalitní přístup ke klientům je však potřeba, aby se názory rodičů a pracovníků na sexualitu osob s mentálním postižením přibližně shodovali. Tím, že se nyní vytvořil v CSS Empatii Protokol vztahů a sexuality, by se nyní měli postupně vytvářet takové postoje a názory, které nebudou protichůdné a ke klientům se bude

přístupovat jednotně. Zdá se mi to podobné jako vhodnost jednotné výchovy (zásady, řád...) v rodině (otce a matky).

Přínos této práce vidím také v tom, že se na toto téma v České republice zatím napsalo nemnoho publikací. Tato oblast je ještě stále málo zkoumána a dostávána do povědomí široké veřejnosti. Například v Jihočeském kraji zatím žádná podobná práce, která by se zabývala sexuální výchovou a sexualitou osob s mentální postihem, nevyskytuje a proto může být nápomocna studentům, pracovníkům či rodičům osob s mentálním postižením. Taktéž považuji za nutné osvětu celé společnosti v otázkách sexuality u jedinců s handicapem. Tím, že se bude vzdělávat široká veřejnost v této problematice, přenesou se názory na tuto otázku z generace na generaci, protože se může stát, že někteří z těchto jedinců budou později vychovávat vlastní děti, které budou mít nějaký handicap.

Seznam použité literatury

- ATKINSON, R. L. et al. *Psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3
- ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3
- HORŇÁK, L. *Súčasný stav výchovy k manželstvu a rodičovstvu v speciálních základných školách na Slovensku*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. 38-44 s. ISBN 80-903519-0-5
- CHUDÁ, H.; ŠMEHLÍKOVÁ, K.; RÝDLO, Z. *Praktické zkušenosti zařízení SKOK do života se vzděláváním lidí s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů v rámci sociální rehabilitace*. *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Orfeus, 2009. 104-106 s. ISBN 978-80-903519-7-4
- FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Vyd. 3. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
- KASSIN, Saul. *Psychologie*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3
- KEBZA, V.; PECHAČOVÁ, Z. *Úvod do psychologické metodologie*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta. Katedra psychologie, 2001. 64 s. ISBN 80-213-0792-7
- KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. s. 28-36, ISBN 80-903519-0-5
- KOVÁŘOVÁ, P. *Problematika sexuality jedinců s mentálním postižením*. Brno, 2006. 75 s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity na katedře na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce PhDr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.
- KRACÍK, JIŘÍ. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-626-9
- KREJČÍŘOVÁ, D. *Speciální otázky dětské diagnostiky*. In SVOBODA, M. (ed.) *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8

- KVAPILÍK, J.; ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0019-9
- LANGER, S. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X
- MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 126 s.
- MELLAN, J. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. 10-16 s. ISBN 80-903519-0-5
- MELLAN, Jiří. *K sexualitě mentálně postižených*. [online] In *Sborník z kongresu Pardubice 2005. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu*. [cit. 01-02-2010], dostupný na: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/k-sexualite-mentalne-postizenych>
- MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0207-6
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: [MSD], 2006. ISBN 80-86633-40-3
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Akademia, dotisk 2007. ISBN 978-80-200-1499-3
- PLESNIKOVÁ, Hana. *Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi rodiči mentálně postižených osob k problematice sexuality mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. 55-61 s. ISBN 80-903519-0-5
- PREVENDÁROVÁ, Jitka. *Sexualita lidí s MP: Sexualita*. [online] Dobromysl cz. [cit. 15-2-2010] Dostupné na: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>
- PŠENIČKA, Oldřich. *Sexuální výchova v rodině : radost být matkou a také otcem*. 2., dopl. vyd. Pardubice: ATD; Hradec Králové: Hnutí Rodina, 1995. 310 s. ISBN 80-901524-3-0
- Sexualita a lidé se specifickými potřebami*. [online] Zdroj: MossRehab ResourceNet, Překlad: Martina Jakubův. [cit. 05.11.2009]. Dobromysl cz. ISSN 1214-2107. Dostupné na: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=114>
- SOPKOVÁ, M. *Problematika připravenosti žáků s mentálním postižením v oblasti výchovy k manželství a rodičovství*. Výzkumný ústav pedagogický Praha. *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Orfeus, 2009. 28-37 s. ISBN 978-80-903519-7-4
- ŠEDÁ, V. *Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. s. 71-74. ISBN 80-903519-0-5

- ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0291-6
- ŠKORPÍKOVÁ, A. *Partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením*. Brno, 2006. 109 s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Barbora Bazalová, Ph.D
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením – aktuální stav, potřeba, požadavky*. [online] 12.2.2007. In Sborník z kongresu Pardubice 2006. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. [cit. 12.12.2009], dostupné na: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2007021201>
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Vyd.1. Praha: Nová tiskárna, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0
- ŠTĚRBOVÁ, D. Sexualita osob s mentálním postižením není tabu!. *Psychologie dnes*. Praha: Portál, listopad 2009, roč. 15., č 11, s. 52-54
- ŠULOVÁ, Lenka. *Sexuální výchova od mateřské školy?*. [online] Sborník z kongresu Pardubice. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. [cit. 05-02-2010] dostupné na: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2009110202>
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. 184 s., ISBN: 80-7178-506-7
- UZEL, Radim. Antikoncepce u mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. 17-9 s. ISBN 80-903519-0-5
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Vyd. 2. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5
- VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6
- VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2004 ISBN 80-7315-0711-9
- VOCHOCOVÁ, L.; MIKULCOVÁ, K. *O sexu...vzdělávací animovaný výukový film pro organizace a instituce pracující s lidmi s mentálním postižením a školící dobrovolníky a dobrovolnice v práci s nimi*. *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Orfeus, 2009. 58-59 s. ISBN 978-80-903519-7-4

- VYKYDALOVÁ, Hana. *Sexuální identita osob s mentálním postižením*. [online – 22-10-2006] In Sborník z kongresu Pardubice 2006. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. [cit. 15-2-2010], dostupný na: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>
- WEISS, Petr. *Sexuální deviace – klasifikace diagnostika a léčba*, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-634-9
- WEISS, P., *Psychosexuální vývoj*, IN ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ D. a kol., *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 4. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, dostupný na: <http://www.theia.cz/zakony-paragrafy/zakon-o-socialnich-sluzbach.htm>
- ZVĚŘINA, J. *Lékařská sexuologie*. Vyd. 1. Jinočany: HŠH, 1992. ISBN 80-85467-04-6
- ŽOURKOVÁ, A. *Klinická sexuologie*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta, 2002. ISBN 978-80-7415-005-0

Přílohy:

- Příloha č.1.: Email

From: Veronika Kocihová [<mailto:Veronika.Kocihova@seznam.cz>]

Sent: Monday, July 13, 2009 6:28 PM

To: vanicky@orfeus-cr.cz

Subject: Re: bakalářská práce

Dobrý den,

na Vašich stránkách (<http://www.orfeus-cr.cz/?q=cs/diskusni-forum>) jsem našla Dotazník pro rodiče k sexualitě mentálně postižených osob, který je podle Bc.Plesnikové a proto se domnívám že bude s Vaší organizací nějak propojen, když je na těchto stránkách. Chtěla bych se také zeptat zda bych mohla použít i nějaké vlastní otázky a některé vypustit, jelikož se jedná o dotazník, který by potřebovala právě Empatie a proto budou potřeba některé specifické, podle prostředí (zejména jiné pro denní stacionář, týdenní či chráněné bydlení) nebo zda musím použít dotazník v nezměněné formě. S paní Mgr.Pokornou a Mgr.Lidákovou jsem již delší dobu v kontaktu ohledně mé bakalářské práce. A sborníky z konferencí již fakulta objednala, takže je mám k dispozici a tímto bych se chtěla zeptat, zda bych mohla užít i informace ze sborníků ve své bakalářské práci.

Děkuji mnohokrát za informace a přeji Vám příjemný den

Veronika Kocihová

Od: Josef Vanický - Orfeus <vanicky@orfeus-cr.cz>

Předmět: bakalářská práce

Datum: 14.7.2009 09:53:25

Dobrý den,

pokud Vám nevadí, že jde o materiál starý více než čtyři roky pak ho můžete použít.Práce Bc.Plesnikové vznikla s naší spoluprací. Informace ze sborníků můžete také využít, mají mimo jiné i tento studijní účel. Pokud budete postupovat podle příslušného zákona (odkazy, uvedení v seznamu literatury ..) tak není žádný problém. Pokud budete potřebovat specifické písemné povolení (již jsme s tímto požadavkem setkali) dejte nám vědět.

Rád bych Vás také požádal, zda by bylo možné po napsání a úspěšném obhájení práce nám ji poskytnout pro naši odbornou knihovničku.Stačí v elektronické podobě.

Přeji at' se Vám práce daří.

S pozdravem - Vanický

• Příloha č.2: Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

chtěla bych Vás poprosit o pomoc při výzkumném šetření v rámci mé bakalářské práce, která se zabývá sexuální výchovou mentálně postižených v ústavní péči.

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor psychologie. Dotazníkové šetření bude sloužit i Ústavu sociální péče Empatii, jelikož Váš názor na tuto problematiku je velmi důležitý pro další práci s Vašimi dětmi a Vámi.

U každé otázky prosím vyberte jednu z uvedených možností pokud není uvedeno jinak.

Dotazníky prosím doneste či zašlete do Ústavu sociální péče Empatie nejpozději do 30.listopadu 2009.

S veškerými informacemi bude nakládáno v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Dotazník je zcela anonymní.

Velmi Vám děkuji za ochotu a spolupráci

Veronika Kocihová

Dotazník pro rodiče

1. Odpovídá:

- a) žena
- b) muž
- c) oba rodiče

2. Rodinný stav

- a) svobodný/á
- b) v manželství
- c) rozvedený/á
- d) ovdovělý/á

3. Vaše dítě s mentálním postižením:

- a) dochází do denního stacionáře a žije s Vámi v rodině
- b) využívá sociální služby týdenního stacionáře
- c) využívá sociální služby chráněného bydlení
- d) jiná forma:

4. Věk dítěte:

5. Pohlaví Vašeho dítěte

- a) mužské
- b) ženské

6. O jaký stupeň mentálního postižení se u Vašeho dítěte jedná? (dobrovolná odpověď)

.....

7. Myslíte si, že lidé s mentálním postižením mají právo na sexuální život, naprožití vlastní sexuality:

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) asi ne

- d) rozhodně ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

8. Problém sexuality u mentálně postižených považují za problém:

- a) naléhavý
- b) pozoruhodný
- c) okrajový
- d) žádný
- e) nevím

9. Myslíte si, že Vaše dítě by mělo někdy mít možnost žít v partnerském vztahu:

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

10. Myslíte si, že by Vaše dítě mělo někdy žít v manželství:

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

11. Myslíte si, že by Vaše dítě mělo někdy mít děti:

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

12. Jaký máte názor na užívání antikoncepce u lidí s mentálním postižením:

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

13. Sexuální výchova u lidí s mentálním postižením:

- a) je zcela věcí rodiny
- b) mělo by zajistit zařízení, které mé dítě navštěvuje (škola, chráněné dílny, stacionář)
- c) měla by být vedena ve spolupráci rodiny a zařízení
- d) měl by se ji věnovat někdo jiný, kdo?

14. Setkal/a jste se u svého dítěte s nějakým problémem vyplývajícím z jeho sexuality:

- a) ano, s jakým? A jak jste jej řešil/a? (př. vysvětlením, konzultací s odborníkem, neřešil/a jsem problém atd.)

.....
.....

.....
.....
.....

b) ne

15. Jste přesvědčen/a, že z Vašeho rodinného života získává Vaše dítě dostatek potřebných informací pro svůj sexuální život:

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

16. O kterých tématech v oblasti sexuality je pro Vás obtížné s Vaším dítětem hovořit? Proč?

.....
.....
.....
.....

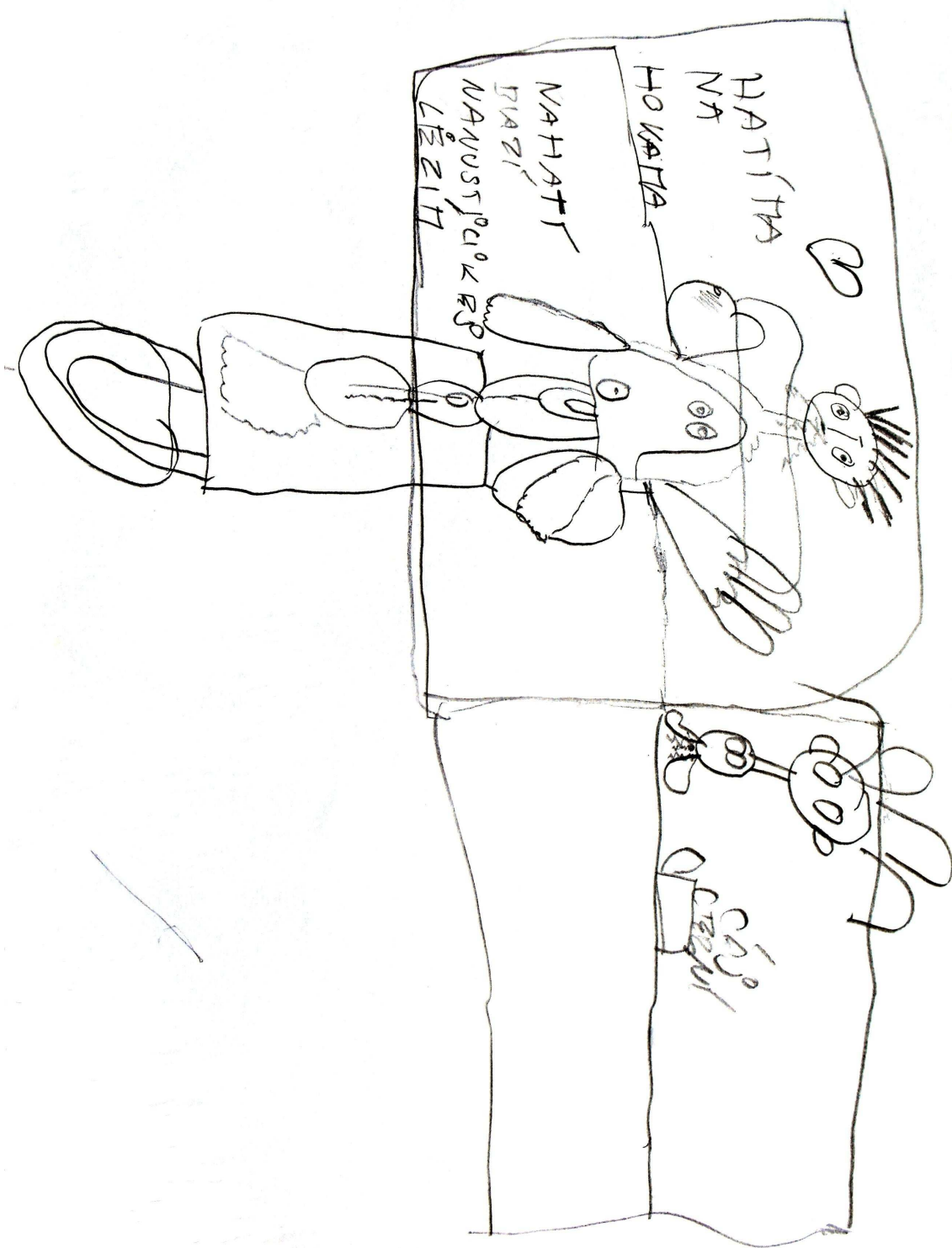
17. O kterých tématech je pro Vás obtížné hovořit s terapeuty, lékaři, zaměstnanci sociálních služeb, učiteli atd.? Proč?

.....
.....
.....
.....

18. Jakými způsoby by podle Vás (jako rodiče) měla být vedena osvěta o sexuální výchově lidí s mentálním postižením: (můžete označit více odpovědí)

- a) praktický výcvik jak provádět sexuální výchovu u jedinců s postižením
- b) dlouhodobý kurz
- c) seminář
- d) možnost konzultací
- e) přednáška, beseda
- f) filmy (dokumenty)
- g) jiné.....

• Příloha č.3.: Obrázek klienta



- **Příloha č.4: Souhlas s užitím obrázku v bakalářské práci**

Žádost o souhlas

Vážený opatrovníku,

jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji jednooborovou psychologii. Nyní jsem v posledním ročníku a píši závěrečnou bakalářskou práci na téma: Sexuální výchova u osob s mentálním postižením v ústavní péči. Váš syn na zájmovém kroužku (mnou vedeném) nakreslil obrázek, který je přiložen. Tématem a zadáním kresby bylo, „*Co vše dělám ráno, když vstanu.*“ Tímto Vás žádám o souhlas s použitím obrázku Vašeho syna pro mou bakalářskou práci, který by byl součástí příloh jako motivace k napsání této práce. S veškerými informacemi bude nakládáno v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Tedy bez užití osobních údajů.

Děkuji

Veronika Kocihová

Souhlasím s použitím obrázku mého syna v bakalářské práci Sexuální výchova u osob s mentálním postižením v ústavní péči.

Dne..... *14. 5. 2010*

Podpis opatrovníka

Podpis
.....