

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

**SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM HANDICAPEM
V TOTÁLNÍCH INSTITUCÍCH**

**SEXUAL RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL HANDICAP IN
TOTAL INSTITUTIONS**

Bakalářská diplomová práce

Marie Pospíšilová

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

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 30. března 2010

Obsah

ÚVOD	5
1. OSOBA S MENTÁLNÍM HANDICAPEM	6
1.1 Terminologie	6
1.2 Sociální model mentální retardace	7
1.3 Měření inteligenčního kvocientu	9
1.4 Klasifikace mentální retardace	11
1.5 Rozdělení úrovní mentální retardace s důrazem na rozdíly v prožívání sexuality	11
2.PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K SEXUALITĚ OSOB S MH	15
2.1 Sociální konstrukce sexuálního chování	15
2.2 Schopnost prosazování práv	16
2.3 Představy intaktní populace o sexualitě osob s MH	17
2.4 Předsudky ve společnosti k sexualitě osob s MH.....	19
3. PRÁVA A SVOBODY ČLOVĚKA	21
3.1 Otázka práv a svobod člověka	21
3.2 Základní lidská práva a svobody	21
3.3 Dokumenty, týkající se sexuálních práv osob s MH	24
4. DILEMATA SEXUALITY OSOB S MH	28
4.1 Partnerství	28
4.2 Manželství a rodičovství	29
4.3 Antikoncepce.....	32
5. ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	34
5.1 Protokol o sexualitě a vztazích	35
5.2 Sexuální výchova	37
5.3 Příklad partnerství	41
5.4 Souhlas se sexuálním vyjádřením.....	42
ZÁVĚR	43
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	45
ANOTACE	48

PŘÍLOHY..... 50

1. Maslowova pyramida potřeb a hodnot
2. Deklarace o právech mentálně postižených osob

Úvod

Téma sexuality bylo vždy tabuizované, přesto – anebo právě proto – nesmírně zajímavé. Dvojnásob to platí o sexuálním životě, který probíhá v zařízení sociálních služeb, ačkoliv by to na první pohled nemuselo být zřejmé. O sexuálním životě osob s mentálním handicapem, který probíhal za zdi „ústavů“, a o jejich sexuálních právech nebylo téměř možno se dozvědět, pokud neměl člověk do tohoto zařízení přístup.

Z dnešního pohledu byla práva těchto osob opomíjena, což ale souvisí s celou situací ve společnosti: s humanizací, která proběhla a stále probíhá, se klade větší důraz na osobu jednotlivce ve společnosti a její prožívání; to platí, i pokud má tato osoba z nějakého důvodu omezenou možnost komunikace se společností.

Ve své bakalářské práci se touto tématikou zabývám. V první kapitole vymezuji obecné zákonitosti mentální retardace a změnu podmínek, ke kterým došlo ve společnosti, a na základě kterých se postupně mění i nahlížení na člověka jako takového a na jeho práva.

Druhá kapitola se týká sociální konstrukce sexuality a konkrétní příklady, jak se společnost staví k sexualitě osob s mentálním handicapem.

Dále se věnuji otázce práv a svobod člověka; a to jak příslušníka intaktní populace, tak i osobě s mentálním handicapem. Čtvrtá kapitola je zaměřena na dilemata, která se vyskytují souběžně s některými sexuálními právy osoby s mentálním handicapem. Mezi nimi jsou nejzávažnějšími dilema partnerství, dilema manželství a rodičovství a dilema antikoncepce.

Poslední, pátá kapitola se zabývá současnou situací v rámci zařízení sociálních služeb s důrazem na způsob, jakým jsou nebo mohou být sexuální práva osob s mentálním handicapem naplňována.

1. OSOBA S MENTÁLNÍM HANDICAPEM

Osoba s mentálním handicapem je definována jako ta, která má z důvodu vývojové duševní poruchy sníženou inteligenci. Ta se demonstruje především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (srov. Valenta, 2007, s. 16). Determinanty mentálního postižení se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii. Mimo jiné se osoba s mentálním handicapem může projevovat pohotovostí k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilitou a rigiditou chování, opožděním psychosexuálního vývoje, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchou interpersonálních vztahů a komunikace, citovou vzrušivostí, těkavou pozorností a také sníženou přizpůsobitelností k sociálním a školním požadavkům.

1.1 Terminologie

Co se týče terminologie, budu ve své práci používat pojmy „osoba/člověk s mentálním handicapem“, „klient“ a dále „mentální retardace“, což je označení samotného syndromu. V této terminologii se projevuje všeobecná humanizace vědních oborů, na základě níž se od druhé poloviny 20. století stále více zdůrazňuje významnost jedince; tedy individuální specifičnost každého člověka s mentálním handicapem. (srov. Černá, 2008, s. 75). Neustále dochází k nahrazování těch termínů, které získaly hanlivý nádech; na rozdíl od dřívějších označení „slabomyslný“, „mentálně zaostalý“ a podobných se dnes používá terminologie odlišná. Označením „osoba s mentálním handicapem“ je vyjadřována skutečnost, že uznáváme tuto osobu především jako lidskou bytost; až na druhém místě zmiňujeme jejich postižení. (srov. Černá, 2008, s. 76) Podobné je pojmenování „osoba s mentálním postižením“, které je některými autory upřednostňováno.

Tato změna používané terminologie, týkající se osob s mentálním postižením, souvisí se změnou paradigmatu a s celkovým posunem vnímání těchto lidí společností. Paradigma neschopnosti bylo nahrazeno

paradigmatem tzv. speciálních potřeb a podpor (srov. Černá, 2008, s. 76); medicínský model byl nahrazen modelem sociálním.

1.2 Sociální model mentální retardace

Klasický ústavní model se těšil největšímu rozkvětu v druhé polovině dvacátého století a skládal se ze dvou prvků: z lékařského modelu, který chápal obyvatele ústavu jako pacienta pod dozorem rozhodujícího lékaře, a z výchovného modelu, který dával obyvatelům ústavu roli svěřenců, na které je nutno podle vnějších zásad působit. Oba tyto modely stavěly svěřence s mentálním postižením do role pasivního příjemce péče. (srov. Sobek, 2007, Lidská..., s. 7) Ústavní model vnímal osobu s mentálním handicapem jako objekt své péče, jako objekt edukace, kterou vytyčí tým odborníků. Cílem této péče implicitně bylo spíše přizpůsobit jedince většinové společnosti než rozvíjet jeho vlastní osobnost (srov. Černá, 2008, s. 82, 83).

Pro své nedostatky byl ústavní model v moderně pojatých sociálních službách nahrazen modelem sociálního začlenění neboli sociálním modelem mentálního handicapu, který vzniká v 70. letech 20. století.

Podle tohoto novějšího způsobu nahlížení na mentální retardaci je původcem případného sociálního vyloučení takto znevýhodněného jedince spíše společnost než mentální postižení. Jako významný znak sociálního modelu můžeme uvést posun od pasivního příjemce sociálních služeb k aktivnímu partneru v procesu pánování a poskytování služeb. Cílem sociální služby je začlenit osobu s mentálním handicapem do běžného života; umožnit jí život v podmínkách, které jsou srovnatelné s těmi, v nichž žijí osoby bez mentálního handicapu. (srov. Sobek, 2007, Lidská..., s. 7)

Oproti klasickému ústavnímu modelu vystupuje sociální model z pozice holismu, a pokud je ve společnosti přijímán, přispívá k postupnému odstraňování sociálních bariér. Pro sociální vědy je sociální model zajímavou otázkou, protože mění charakteristiky celé společnosti. Užívání tohoto

přístupu by totiž vedlo nejen ke zpřístupnění životního světa pomocí pomůcek handicapovaným, jako je například Brailleovo písmo, naslouchadla, chráněné bydlení nebo speciální edukační programy, ale také ke vzájemné komunikaci mezi osobami s postižením a většinovou společností (srov. Černá, 2008, s. 82, 83). Osoba s mentálním handicapem by mohla být nejen příjemcem informací, ale také jejich odesílatelem; mohla by zasahovat ve větší míře do dění ve společnosti a spoluurčovat její charakteristiky.

Klíčové body současného trendu změny vztahu k osobám s mentálním handicapem jsou tedy ve znamení personalizace, normalizace, partnerství, decentralizace, deinstitucionalizace, koordinace a inkluze. Odráží se zde snaha o trvalé zlepšování životních podmínek, zajištění rovnoprávného postavení a naplnění základních a specifických potřeb osob s mentálním handicapem. Model sociálního začlenění usiluje o naplňování lidských práv mentálně handicapované osoby v co možná největším rozsahu.

Vzhledem k tomu, že v naší společnosti určené hranicemi České republiky jsou asi 3% všech občanů postižena mentální retardací (z toho 2,6% lehkou mentální retardací), přičemž jejich počet v celosvětové populaci stále stoupá (srov. Švarcová, 2006, Mentální..., s. 39), je pravděpodobné, že tato skupina obyvatel bude stále diskutovanější. Otázka zvyšování počtu těchto jedinců je sporná. Mezi jeho příčiny můžeme zařadit zejména rozvoj lékařské péče, která pomocí moderní techniky udrží při životě i takové novorozence, kteří by v minulosti zemřeli brzy po porodu; dále pak lepší diagnostika a evidence mentálního postižení v porovnání s minulostí (srov. Valenta a kol., 2007, s. 35).

1.3 Měření inteligenčního kvocientu

Existuje mnoho příčin vzniku mentálního postižení, zde však bude postačující klasifikace úrovně rozumových schopností neboli *inteligence*. Ačkoli je tento pojem hojně používán, nebyl dosud uspokojivě definován a ani psychologové se neshodují v jeho vymezení. Různí se i názory ohledně toho, zda je to jednotná vlastnost, kterou už nelze dále analyzovat, nebo se jedná o komplex jednodušších schopností. Uvedu zde rozšířenou definici E. L. Thorndikea z roku 1903, podle níž můžeme rozlišovat tři základní druhy inteligence (srov. Svoboda in Švarcová, 2006, s. 32);

1. **abstraktní inteligenci**, projevující se při verbálních a symbolických operacích
2. **praktickou inteligenci**, která znamená schopnost operování s předměty
3. **sociální inteligenci**, která se projevuje ve schopnosti komunikovat s lidmi

V současné době bývá dále zmiňována:

4. **emoční inteligence**, která se vyvozuje z úrovně plnění sedmi základních požadavků z oblasti emocionální a volní charakteristiky osobnosti: uvědomění si sebe samého, motivace sebe sama, vytrvalost, kontrola impulsů, regulace nálad, empatie a optimismus (srov. Ruisel in Švarcová 2006, s. 32).

5. **morální inteligence**, která zahrnuje schopnost morálně uvažovat a morálně jednat. Tato schopnost směřuje nejčastěji k uspokojení potřeby sebeúcty nebo k projevení respektu vůči ostatním lidem (srov. Švarcová, 2006, s. 32).

Tyto dva další aspekty inteligence jsou však jen obtížně měřitelné v inteligenčních testech, a ačkoliv hrají v životě člověka důležitou roli, bývají opomíjeny.

Po přihlídnutí ke všem výše uvedeným aspektům se pomocí dosažených výsledků v úlohových testech zjistí mentální věk osoby. Poté se vypočítá inteligenční kvocient podle vzorce:

$$IQ = (\text{mentální věk} / \text{chronologický věk}) \times 100$$

Význam inteligenčního kvocientu však nelze přeceňovat; udává obecné rozumové schopnosti jedince a nereflektuje specifické prvky jeho inteligence a schopností. (srov. Svoboda in Švarcová, 2006, Mentální..., s. 33) Nelze jej tedy považovat za fakt, za danost, se kterou se nedá příliš pracovat. Měření inteligence mělo od počátku řadu odpůrců, kteří zdůrazňovali zejména absenci všeobecně akceptované deskripce fenoménu inteligence a dále skutečnost, že testy měří pouze analytické aspekty inteligence. (srov. Švarcová, 2006, Mentální..., s. 78) Navíc pokud uvedeme příklad sestavování plánů podpory mentálně handicapovaného člověka (například zaměstnávání, bydlení), hrají mnohdy důležitější roli než inteligence jeho motivace a schopnosti.

Jiný způsob určení mentálního stavu se provádí srovnáním s tabulkou, kde jsou popsány zvládnuté prvky vývoje s ohledem na věk. Pokud pak například osoba s mentálním handicapem zvládá úkony tříletého dítěte, hovoříme o stavu těžké mentální retardace.

Diagnostika mentální retardace je dlouhodobým procesem, který musí brát v úvahu biologické, psychologické i sociální aspekty života zkoumaného jedince. Zvláště u dětí může při inteligenčních testech hrát roli nervozita a negativně ovlivnit výsledek zkoušky. Děti s mentální retardací se hůře přizpůsobují změněným okolním podmínkám a hůře navazují vztahy s neznámými lidmi. To vše se může projevit a naměřená hodnota inteligenčního kvocientu může při různých měřeních kolísat. Také u všech osob, jejichž inteligence spadá do pásma oligofrenie, se mohou výsledky zkoušek podstatně měnit. (srov. Švarcová, 2006, Mentální..., s. 37)

1.4 Klasifikace mentální retardace

„Bůh nevytvořil vesmír, ve kterém IQ 35 až 50 musí být klasifikováno jako střední stupeň mentální retardace.“ (Černá, 2008, s. 81, cit.) Aneb změna chápání mentálního handicapu jako nálepky, která není jedinci vlastní, ale je mu přisouzena ze strany společnosti.

Samozřejmě je každý člověk s mentálním handicapem jiný a ve svých charakteristikách i projevech individuální. Proto je obtížné dělit je do skupin a generalizovat popisy těchto skupin. Navíc mentální retardace není nemoc, porucha ani postižení. Označení „mentální retardace“ funguje spíše jako nálepka, „label“ poukazující na osoby, které vykazují podprůměrné intelektuální schopnosti. Vyvolává značnou kritiku, především v otázce zneužití, nesprávného používání a omezené užitečnosti termínu (srov. Hayman, 1990, s. 113). Přesto se však užívá, a to zejména z důvodu informovat o snížené schopnosti plnit určité úkoly se stejnou účinností nebo přesností jako intaktní populace. Stanovení determinant může tak být dále prospěšné například při lepší volbě edukačního programu klienta zařízení sociálních služeb.

1.5 Rozdělení úrovní mentální retardace s důrazem na rozdíly v prožívání sexuality

Podle úrovně inteligenčních schopností můžeme rozdělit mentální retardaci do šesti základních kategorií. Aktuální klasifikace stupňů mentální retardace, které se používá od roku 1992, vznikla na základě 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Tato klasifikace rozlišuje šest druhů mentálního handicapu: lehký, středně těžký, těžký, hluboký, jiný a nespecifikovaný mentální handicap.

Pro potřeby této práce stanovíme především odlišnosti lehkého mentálního handicapu od střední a těžší formy. Právě stupeň postižení

má rozhodující vliv na projevování sexuální touhy a na sexuální chování a prožívání klienta.

Základní determinantou sexuality osoby s mentálním handicapem je kromě věku, pohlaví a vývojových charakteristik hloubka jejich postižení. Čím hlubší je postižení jedince, tím méně sexuality projevuje a čím méně je jedinec intelektuálně postižen, o to obvyklejší je jeho sexuální vývoj (srov. Matulay in Valenta a kol., 2007, s. 46). Sexualita u osob s mentálním postižením existuje na úrovni identity – být mužem a ženou, líbit se druhým – i na úrovni intimity – při masturbaci, při heterosexuálních i homosexuálních vztazích (srov. Valenta a kol., 2007, s. 46).

Jednotlivé stupně mentální retardace (srov. Švarcová, 2006, s. 33):

Lehká mentální retardace, IQ 50-69: Potřeby těchto osob jsou bližší spíše většinové populaci než osobám se středním nebo těžkým mentálním handicapem, kteří mají specifitější problémy. Jsou schopni pracovat, a to především manuálně, jejich handicap jim nemusí činit obtíže, pokud jsou emočně a sociálně zralí. Pouze některé typy problémů pro ně mohou být obtížně řešitelné. Pomaleji si osvojují schopnost užívání řeči, osobní péči a podobně; problémy jim činí čtení a psaní. Tato skupina je nejvíc procentuálně zastoupena.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49: U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči; jejich konečné schopnosti v této kategorii jsou omezeny. Většinou jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud je přesně strukturovaná. Co se týče soběstačnosti, je omezena. V této skupině se vyskytují velké rozdíly co do schopností. Někteří mají na dobré úrovni manuální schopnosti a řečové velmi špatné, někteří jsou schopni konverzace a podobně. Velmi záleží na kvalifikovaném pedagogickém vedení.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34: Tato je v příznacích podobná středně těžké mentální retardaci, avšak v mnohem výraznější formě. Na rozdíl od ní

se projevuje značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené, nicméně včasná, systematická a kvalifikovaná péče může přispět k rozvoji motoriky, rozumových a komunikačních schopností, samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality jejich života.

Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20: i v nezákladnějších životních úkonech je potřebná trvalá péče, protože tito lidé mají často těžké sensorické a motorické postižení a neurologické poruchy. Komunikační schopnosti jsou minimální, přinejlepším na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. Etiologie je organická, kombinují se nejtěžší formy pervazivních poruch. (srov. Zvolský in Valenta a kol., 2007, s. 40)

Další dvě označení, „jiná mentální retardace“ a „nespecifikovaná mentální retardace“ by měla být použity pouze v případě, kdy je stanovení stupně mentální retardace nesnadné, nebo neexistuje dostatek informací pro určení kategorie.

Co se týče touhy po sexuálním aktu, ne všichni lidé s mentálním handicapem o něj stojí. Velmi záleží na stupni postižení dané osoby, přičemž osoby s lehkým mentálním handicapem mívají styk stejně často jako jejich vrstevníci (srov. Zvolský in Valenta a kol., 2007, s. 49). Osoby se středně těžkým mentálním handicapem dozrají zhruba jen v deseti procentech z hlediska sexuálního věku do té míry, že touží realizovat pohlavní styk. Až osmdesát procent těchto osob nepřekročí ve vývoji hranici osmi let. (srov. Bzdúchová in Valenta a kol., 2007, s. 49) Sexuální chování se většinou projevuje na úrovni mazlení, hlazení, tulení, exhibice, líbání aj.

Také osoby s těžkým mentálním postižením, které jsou, co se týče strukturálního vývoje organismu, srovnatelné se tříletým dítětem (velmi těžce postižené osoby jsou pak na stupni psychického vývoje čtyřměsíčního

nebo mladšího dítěte). Nejčastěji se zde objevuje stav pregenitalie, neboli podoby dětské sexuality. Jedinci projevují svou sexualitu na úrovni podobné středně těžkému mentálnímu postižení, to znamená hlazení, dotyky a polibky; svou touhu po sexuálním styku projevují velice zřídka. Vybití sexuálního pudu nesouvisí v případě těchto osob s touhou po párové sexualitě. Představy o sexualitě jedinců s těžkým postižením se však různí; například Mellan (srov. Mellan in Mandzáková, 2009, s. 80) je toho názoru, že je pouze zanedbaná, protože ji tito lidé nemohou dokonale vyjádřit a společnost se nesnaží nebo není schopna jim porozumět.

Nicméně lidé s těžkým mentálním handicapem reagují na bazální stimulaci pomocí různých základních podnětů, a i když je v tomto případě sporné, zda je vyjádření libých pocitů vztaženo k sexualitě, je tato stimulace vhodným vyplněním jejich volného času a pokud je dobře zvolena, má uklidňující účinky. Kvůli omezeným možnostem komunikace osoby s těžkým mentálním handicapem s okolním světem jej může bazální stimulace alespoň v nějaké míře zprostředkovat a zlepšit kvalitu jejich života. Mezi metody rehabilitace v zařízeních sociálních služeb patří taktilní a vestibulární stimulace, bazální tělesný kontakt, metoda „snoezelen“ využívající primární smyslové vjemy, bílý psychorelaxační pokoj, zahrady pocitů, které se využívají v Dánsku a podobné (srov. Švarcová, 2006, s. 125–131). Podmínkou je dobře vybavené zařízení sociálních služeb a vyškolený personál.

2 PŘÍSTUP SPOLEČNOSTI K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM HANDICAPEM

2.1 Sociální konstrukce sexuálního chování

Na rozdíl od ostatních vyšších savců, jejichž chování je z velké části určeno na základě vrozených instinktů, člověk nemá žádné přirozené prostředí, které by jeho svět ohraničovalo. Rodí se do světa s méně vyvinutým instinktuálním vybavením a jeho zárodečné období trvá ještě přibližně rok po narození, kdy se lidský organismus stále biologicky vyvíjí ve vzájemném vztahu se společností. (srov. Berger, Luckman, 1999, s. 51–53) Od svého narození je podroben neustálému determinujícímu vlivu společenského prostředí, kterému se v rámci přežití musí přizpůsobovat. Od okamžiku narození probíhá vrůstání jedince do společnosti, jeho socializace, které je jakousi „náhražkou“ instinktů živočichů a umožňuje mu vypořádat se svým životním prostředím.

Stejně jako u všech živočichů i u člověka probíhá postupná evoluce druhu (pokud zrovna daný druh nevymírá), avšak to není jediný typ změny, kterou lidská rasa v historii prochází. Mnohem větší vliv mají na život jedince změny, které probíhají ne biologicky, ale v sociální struktuře a ovlivňují jej zvnějšku. Instituce se v průběhu dějin neustále proměňují a to, co se dřív zdálo být „normální“, najednou normální není. Sexualita člověka je jedním z nejvýraznějších příkladů těchto proměn; zároveň je také příkladem střetu přírodního a sociálního.

Ačkoliv se sexuality člověka může na první pohled jevit jako čistě biologická záležitost, kdy lidé jednají tak, jak je „v jejich přirozenosti“, velkou měrou se na konstrukci sexuality (tzn. na vytváření sociálně přípustných způsobů, kterými se projevuje) podílí společnost. Existují tedy dvě složky sexuality člověka: biologická a kulturní.



obr. 1

Protože hodnoty a normy společnosti se neustále proměňují, mění se také sociálně přijatelné způsoby vyjádření sexuality. Projevy lásky zralých mužů k mladíkům, tzv. *paiderastia*, která hrála důležitou roli v antické společnosti, nebo *polyandrie*, která se dodnes vyskytuje v určitých částech Indie, v Himalájích a na některých dalších územích, by v současné české společnosti nepřípadaly v úvahu. Naproti tomu zde dochází k pozvolné liberalizaci, co se týče homosexuálních partnerství – 1. 7. 2006 vstoupil v platnost zákon o registrovaném partnerství a začíná se hovořit o právu rodičovství takto registrovaných párů.

Přesto u některých skupin stále trvá diskrepance mezi jejich sexuálními potřebami a způsobem, jakým je v této společnosti mohou uspokojovat. Přitom se může jednat o naplňování sexuálních potřeb, které společnost neohrožují; například sexualita seniorů, která byla a stále je v České společnosti vnímána jako tabu (srov. Truhlářová, Marková, 2007), nebo sexualita a sexuální práva osob s mentálním handicapem.

2.2 Schopnost prosazování práv

Pro vhled do nynější situace (nejen) sexuálních práv osob s mentálním handicapem je třeba se zabývat jak výše zmíněnou situací v České republice, tak i důvody, proč může být schopnost mentálně handicapovaných prosazovat svá práva omezena. Z předchozího odstavce vyplývá, že zde

dochází ke snaze změnit přístup intaktní populace k osobám s mentálním handicapem, které jsou chápány jako jedinečné osoby s určitými právy a svobodami, které jim nemohou být odpírány.

Pokud však intaktní populace má možnost svá práva a svobody nějakým způsobem ovlivňovat, prosazovat jejich změnu a vyžadovat jejich dodržování, osoby s mentálním handicapem mají situaci mnohem nesnadnější. Třebaže se v posledních letech spolu se změnou paradigmatu ve společnosti značně rozvinul systém „self–advokacy“ neboli sebeobhájců, stále mají osoby s mentálním handicapem pouze omezenou možnost, jak rozhodovat sami za sebe, i když intelektuální handicap není velkou překážkou. Tato situace je zřejmá především v pobytových zařízeních sociálních služeb, kde často bývá rozhodováno i o záležitostech, které jsou schopny osoby s mentálním handicapem schopny rozhodovat a řešit samy. Mnohdy hraje roli také nedostatečné povědomí, co se týče jejich sexuálních práv (ať už ze strany neinformovaných osob s mentálním handicapem nebo ze strany intaktní populace).

2.3 Představy intaktní populace o sexualitě osob s mentálním handicapem

Představy intaktní populace o sexualitě osob s mentálním handicapem se mnohdy nezakládají na pravdě; většímu zkreslení podléhají, pokud se nejedná o sociální pracovníky, neboť ti mají většinou více objektivních zkušeností než ostatní. Ani rodiče mentálně postiženého jedince nevnímají skutečnost objektivně; už jen proto, že se jedná o jejich potomka. Zkreslení může obvykle nastat dvěma směry. Buď se sexualita člověka s mentálním postižením přeceňuje (hypersexualizace) nebo naopak bývá podceňována. V takovém případě jsou osoby s mentálním postižením chápány téměř jako děti, které se sexuálním životem nemají téměř žádné zkušenosti, které sexuální projevy nepotřebují a jejich „nevinnost“ by naopak měla být ochraňována. Osoby s mentálním handicapem bývají mnohdy

vnímány i jako asexuální bytosti, které nemají kapacitu sexuální vztahy provozovat (srov. Štěbová, 2007, s. 38). Co se týče hypersexualizace, při tomto vnímání jsou zdůrazňovány zejména odlišnosti genetické výbavy jedince.

Ani jedna z těchto představ se přitom úplně nezakládá na pravdě. Sexualita je někdy ovlivněna mnohočetnými odchylkami na chromozomální úrovni; vývin gonád a genitálu může být nedokonalý. Také mohou být zachyceny patologické změny ve vývoji mozku. Somato-sexuální vývoj může být opožděný, ale může probíhat i v rámci normy. (srov. Štěbová, 2007, s. 35) Sexualita osob s mentálním handicapem může být tedy velice podobná sexualitě osob bez tohoto handicapu. Fakt, že bývají vnímány jinak, může být dán skutečností, že jim nejsou poskytnuty nejvhodnější podmínky, jak se s tímto „problémem“ vypořádat. Pokud člověk s mentálním handicapem nevyrůstá v homogenním prostředí a nejsou mu nabízeny takové možnosti jako lidem bez postižení, je nelogické přičítat odlišnosti sexuálního prožívání jeho mentálnímu handicapu. Častěji bývají odchylky způsobeny právě tímto redukováným prostředím, které je ochuzeno o možnost zkušenosti toho, co je ve společnosti „normální“. Projevuje se zde nedostatek informací a mnohdy i traumatizující zkušenosti v průběhu života. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 49)

U osoby s mentálním handicapem by měly být přesně určeny její schopnosti a dovednosti, nejen to, jakého stupně dosahuje její inteligenční kvocient. Na základě těchto údajů ji pak lze pomocí individuálního přístupu poučit o její sexualitě.

Odborníci věnující se problematice sexuality osob s mentálním handicapem (např. Kozáková apod.) se shodují na osobách, na něž by měla být zaměřena pozornost při cílené sexuální osvětě. Jedná se o okolí klientů, jako jsou příbuzní, zákonní zástupci, pedagogičtí pracovníci a ostatní, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením, budoucí profesionálové, ale i nejširší veřejnost. (srov. Štěbová, 2007, s. 35)

2.4 Předsudky ve společnosti, týkající se sexuality osoby s mentálním handicapem

Je třeba říci, že člověka s mentálním handicapem nelze automaticky přirovnávat k mladšímu jedinci, jehož vývoj probíhá „normálně“. Mentální retardace není totiž pouze otázka kvantitativních, ale i kvalitativních změn ve vývoji. Nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 36) Člověk je však sexuální bytostí, bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality tvoří kontinuální, přirozenou a důležitou součást lidského života. Porozumět sexualitě osob s mentálním handicapem znamená nehledat primárně zvláštnosti či odchylky od „normality“, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí (srov. Valenta a kol., 2007, s. 44). Pokud mluvíme o sexualitě, případně o sexuálních právech osob s mentálním handicapem, vždy bychom měli pamatovat na různorodost tohoto handicapu a tedy různorodost projevů sexuality.

Postoje k sexuálnímu životu osob s mentálním handicapem se v posledních letech změnily. Odráží změnu v postojích společnosti vůči osobám se zdravotním postižením, která vyplývá právě z přechodu od medicínského k sociálnímu modelu. Dalším důvodem je změna postoje k sexualitě člověka jako takové. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 46) Stále se setkáváme s předsudky ohledně sexuality osob s mentálním handicapem (srov. Valenta a kol., 2007, s. 46-49). Existuje sedm výrazných skupin předsudků:

1. Osoby s mentálním handicapem mají zvýšený sexuální pud. Vyšší frekvence sexuálních projevů, kterou můžeme pozorovat, však může být způsobena okolnostmi v životě jedince. Ze samotné podstaty totálních institucí, kterými jsou *domovy pro osoby se zdravotním handicapem*, vyplývá, příčinami může být neustálý dozor a nedostatek soukromí,

reakce na nudu; dále pak snížená schopnost sebeovládání, reakce na podněty, které jedinec není schopen zvládnout nebo špatná technika masturbace.

2. Sexuální potřeby osob s mentálním handicapem mohou být utlumeny fyzicky náročnou prací. Sexualitu však nelze zjednodušovat, patří k ní i psychická stránka. Stejně jako ostatní lidé má osoba s mentálním postižením potřebu přítomnosti spřízněného člověka a potřebuje také psychické uspokojení z této blízkosti.

3. Sexuálním problémům se lze vyhnout oddělením pohlaví. Sexualita je ale člověku částečně vrozenou potřebou, kterou nelze odstranit. Naopak v takovýchto oddělených zařízeních mohou vznikat další problémy. Jedinec zde nemá zkušenosti s „normálními“, běžnými projevy sexuality a dále zde může docházet k jevům jako je nucená homosexualita a různé odchylky.

4. Člověk s mentálním handicapem nemá sexuální potřeby a touhy. Ať už je toto mínění založeno na tvrzení, že tito lidé „nedospívají“, a proto jsou, co se týče sexuality stále dětmi, nebo na názoru, že mentální handicap odporuje rozvoji sexuality, ani jeden názor se nezakládá na pravdě. Stejně jako předsudek, který je vnímá jako sexuálně bezuzdné, ani tato mínění neodpovídají skutečnosti. Tito lidé mají sexuální potřeby a touhy stejně jako ostatní.

5. Realizací sexuální výchovy se tyto touhy zbytečně probouzejí. Naopak, pokud je poskytnuta efektivní sexuální výchova, můžeme eliminovat nevhodné projevy sexuality a předejít mnoha traumatizujícím zkušenostem.

6. Osoby s mentálním handicapem jsou postiženy i v oblasti sexuality. Častěji však bývají odchylky způsobeny nehomogeností prostředí a nedostatkem podnětů.

7. Součástí intimního vztahu osob s mentálním handicapem musí být i pohlavní styk. Jedná se o extrémní názor, kdy v rámci umožnění co „nejplnohodnotnějšího“ vztahu jsou osoby s mentálním postižením směřovány do oblastí, do nichž sami vstoupit nechtějí.

3 PRÁVA A SVOBODY ČLOVĚKA

„Myšlenka lidským práv je jedním z pilířů a výdobytků moderní společnosti. Respekt k právům je proto i podmínkou skutečného začlenění lidí s mentálním postižením do naší společnosti.“ (Proč práva lidí..., IMY)

3.1 Otázka práv a svobod člověka

Zatímco většina lidské populace žije podle principů svobodné volby – můžeme zvolit nebo alespoň ovlivnit místo, kde budeme bydlet, volnočasové aktivity, které chceme navštěvovat nebo třeba jídlo, na které máme chuť – někteří občané naší společnosti takovou možnost nemají. Základní lidská práva a svobody jsou jedním z pilířů moderní západní společnosti (srov. Sobek, 2007, Lidská..., s. 11). Zdají se nám být natolik samozřejmá, že si je ani neuvědomujeme. Pouze v krizových situacích, když jsou porušována druhými osobami, je přestaneme vnímat jako samozřejmost. Začneme bojovat za jejich obnovení a uvědomíme si, že jsou nedílnou součástí spokojeného života, osobního štěstí a naplnění. Lidé s mentálním handicapem nejsou odlišní; také chtějí, aby jejich práva byla dodržována. (srov. Sobek, 2007, Lidská..., s. 9) Chtějí žít spokojený život, který mohou sami ovlivňovat.

Dříve si tyto potřeby lidí s mentálním handicapem mnoho lidí neuvědomovalo nebo nechtělo z různých důvodů připustit, avšak v poslední době jsou práva těchto osob v popředí zájmu společnosti. To souvisí s transformací moderního trendu v sociální práci a celkově s transformací sociálních služeb.

3.2 Základní lidská práva a svobody:

Práva každého občana České republiky jsou zakotvena v Ústavě, v Listině základních práv a svobod a v mezinárodních úmluvách. Je důležité si uvědomit, že základní práva a svobody občana s mentálním handicapem

jsou naprosto stejná, jako u občana bez mentálního handicapu. Častěji ale dochází k jejich porušování, což je dáno neinformovaností společnosti a také snadnější možností zneužívat práva těchto lidí, kteří se proti jejich porušování dokážou hůře bránit. Problémy narůstají zvláště u lidí s hlubším mentálním postižením (srov. Lidská práva v každodenním životě, s. 7).

Poměrně rozšířený omyl se týká takzvaného „zbavení svéprávnosti“, kdy lidé si často myslí, že osoba, která je omezena ve způsobilosti k právním úkonům nebo zbavena způsobilosti k právním úkonům, je zároveň zbavena svých práv. Ale zde se hovoří o dvou rozdílných věcech: jednak o oblasti právních úkonů, dále pak o základních lidských právech a svobodách. Do oblasti právních úkonů patří různé nakládání s finančními prostředky, uzavírání smluv, nákup a prodej majetku, uzavření manželství a podobně. (srov. Sobek, 2007, Lidská..., s. 15) Tato práva skutečně mohou být omezena, a to v závislosti na stupni postižení dané osoby. Avšak základní lidská práva a svobody jsou – jak o nich hovoří Listina základních práv a svobod, hlava I., článek I., – nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. (srov. Listina základních práv a svobod, 2002) Základní práva a svobody vymezují prostor, v němž může člověk jednat na základě své svobodné vůle a do něhož není oprávněn zasahovat nikdo jiný; ani veřejná moc, ani jednotlivec. S tímto právem však souvisí i povinnost vyvarovat se jednání, které by zasahovalo do práv druhých, tedy právo jednoho člověka končí tam, kde začíná právo druhého. (srov. Sobek, 2007, Lidská..., s. 11)

Co se týče sexuálních práv, tabuizovat či odsuzovat sexualitu člověka s mentálním handicapem je protiprávní. Každý jedinec má právo na své sexuální vyjádření, a to v míře, které je schopen a každý má právo získat informace, které mu mohou s jeho sexuálním vyjádřením pomoci. Navíc pokud bereme v potaz Maslowovu pyramidu potřeb a hodnot (viz. Příloha č. 1), zjistíme, že sexualita člověka a mezilidské vztahy a dále otázka práv souvisejí s nezanedbatelnou částí potřeb zde uvedených.

Především zahraniční autoři zdůrazňují základy filozofie sexuality osob s mentálním handicapem, která má čtyři výchozí zásady (srov. Štěrbová, 2006):

1. Respektování práv dospělých s mentálním postižením, zvláště právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodičovství.
2. Uznání vztahu lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektu štěstí a well-being.
3. Připustit, že dospělí s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb zažívají významné vztahy intimity.
4. Respektování a podpora intimních a neintimních vztahu; tedy i vztahů přátelských.

Osoby s mentálním handicapem nelze zásadně omezovat v jejich sexualitě a sexuálních projevech, pokud nejsou tyto projevy pro společnost nebezpečné a nemají charakter trestného činu (srov. Mitlöchner, 2009, s. 66). Pokud je člověk s mentálním handicapem umístěn v zařízení zdravotní nebo sociální péče, je v rozporu s profesními etickými pravidly sexuální projevy klientů tlumit či trestat. Tlumit tyto projevy smí personál, pouze pokud se jedná o sexuálně agresivní chování nebo o afekty, které se nedají vyřešit jinou cestou.

U osob žijících v zařízeních totálního typu neboli v ústavech sociální péče jsou ještě navíc jejich sexuální i jiná práva ošetřena ve specifických dokumentech, které jsou pro každé toto zařízení odlišné. Tyto dokumenty – protokoly sexuality daného zařízení – fungují v zahraničí (srov. Štěrbová, 2007, s. 35), ale čím dál více se rozšiřují i v České republice; například v ÚSP Klíč Olomouc je k dispozici pracovníkům dokument „Výchova k partnerství a sexuální identitě osob s mentálním postižením v ÚSP Klíč“.

3.3 Dokumenty, týkající se sexuálních práv osob s mentálním handicapem

Na osoby s mentálním handicapem se vztahují mnohé dokumenty týkající se jejich práv. Mezi dokumenty ošetřující práva těchto osob v České republice patří:

Zákon o sociálních službách – Sbírka zákonů č. 108/2006; s účinností od 1. 1. 2007. (viz Zákon o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007, Sbírka zákonů č. 108/2006) Upravuje podmínky pomoci při péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, zajištění chodu domácnosti, ošetřování, při pomoci s výchovou, dále poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Mezi sociální péči a služby patří umístění v zařízení s pobytem: zařízení sociální péče, domovy, stacionáře, hospicová zařízení. Dále tento dokument upravuje podmínky podpory života v domácím prostředí: domácí péče, osobní asistence, realitní péče. (srov. Štěrbová, 2007, s. 60–63)

Standardy kvality sociálních služeb – MPSV, 2002. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, která popisují zásady kvalitní sociální služby. Při jejich tvorbě se vychází ze zkušeností Velké Británie (srov. Štěrbová, 2007, s. 62–63). V rámci standard se rozlišují tři skupiny. První částí jsou *procedurální standardy*, které vymezují způsoby a cíle poskytovaných služeb, ochranu práv uživatelů, jednání s možným klientem, dohodu o poskytování služby, plánování a průběh služby, osobní údaje, stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby a návaznost na další zdroje. Dále *personální standardy*, které vymezují personální zajištění služeb, pracovní podmínky a řízení poskytování služeb, profesní rozvoj pracovníku a pracovních týmů. Jako poslední *provozní standardy* vymezující místní a časovou dostupnost služby, informovanost o službě, prostředí a podmínky poskytování služeb, nouzové a havarijní situace, zajištění kvality služeb, ekonomiku zařízení.

Z poznatků pracovníků poskytovatelů služeb vyplývá často rozporuplný postoj, vyjadřující podporu stanoviska odborového svazu zdravotnictví a sociální péče – tedy, jak při nedokonalé legislativě a rozdílnosti přístupů krajských úřadů k jednotlivým ústavním zařízením lze tyto standardy naplňovat (srov. Štěrbová, 2006)

Oba tyto dokumenty vyvolávají rozporné postoje odborné i laické veřejnosti (srov. Štěrbová, 2006). Existují však i další dokumenty, z nichž může poskytovatel sociálních služeb vycházet a kterými může podepřít například protokol o sexualitě daného zařízení.

Deklarace práv mentálně postižených – Valné shromáždění OSN, 1971. Co se týče sexuálních práv, tato deklarace stanovuje, že mentálně postižený má mít v co nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti. Tedy i právo na prožití vlastní sexuality, právo na sexuální výchovu a osvětu a na rozvoj vlastní sexuality, dále právo na ochranu proti využívání, zneužívání a nedůstojnému zacházení. (viz Příloha č. 2)

Deklarace sexuálních práv – 1997, Valencie, Španělsko. Každá společnost má vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva: právo na svobodu, právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla, právo na sexuální rovnost, právo na sexuální zdraví, právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, právo na dostatečnou sexuální výchovu, právo svobodně se stýkat, právo svobodné a odpovědné volby co se týče reprodukce, právo na soukromí.

Všeobecná deklarace lidských práv – 1948, Charta OSN. Čl. 1: „*Všichni lidé se rodí svobodní a rovní v důstojnosti a právech*“.

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod – 1950, Rada Evropy. Zde je stanoveno mj. právo na svobodu a osobní bezpečnost, právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence, právo na svobodu projevu.

Evropská sociální charta_ - 1961, Rada Evropy. Vymezuje a definuje obsah jednotlivých práv a zdůrazňuje práva určitých kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu. Co se týče osob s mentálním handicapem, upravuje především jejich právo na sociální zabezpečení, právo využívat služby sociální péče, právo na odbornou přípravu k výkonu povolání a právo na rehabilitaci a na profesní a sociální readaptaci.

Deklarace práv mentálně postižených osob – 1975, Valné shromáždění OSN. „Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný, život.

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením – 1993, Valné shromáždění OSN. Zajistit pro zdravotně postižené stejná práva jako mají ostatní. Za tímto účelem mají být přijata příslušná opatření odstraňující překážky, které brání zdravotně postiženým v uplatňování těchto práv a v plné integraci do všech společenských aktivit. Standardní pravidla nejsou z hlediska mezinárodního práva závazná, pokud však budou aplikována velkým počtem států, mohou se stát mezinárodním obyčejovým právem.

Úmluva o právech dítěte – 1989, OSN. Článek 23: „Duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.“

Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením – 1996. Přístup ke službám, které musí vycházet z potřeb lidí s mentálním postižením v místě bydliště, život v co nejméně omezujícím prostředí a právo na soukromí, alternativní služby komunitního typu.

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF – 1995, IPPF. Definuje chápání sexuálních a reprodukčních práv ze stanoviska IPPF, hovoří

o naplňování těchto práv při poskytování služeb v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví.

4 DILEMATA SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM HANDICAPEM

Některé problémy související se sexualitou osob s mentálním handicapem plynou z hodnot společnosti, které uznává. Jedná se zejména o partnerství, manželství a rodičovství těchto osob; dalším dilematem je otázka antikoncepce.

4.1 Partnerství

Touha po partnerském vztahu, který uspokojuje potřebu sounáležitosti a lásky a mnohé další specificky lidské potřeby, se projevuje jak u osob s handicapem, tak u osob „normálních“. Pro lidi s handicapem může být společné soužití s partnerem potvrzením schopnosti vést „normální“ život a plnohodnotnosti. Díky partnerství jsou zralejší, vyrovnanější, samostatnější a lépe spolupracují. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 49) Z těchto důvodů by měla být partnerství osob s mentálním handicapem v co možná nejvyšší míře podporována, i když to nebývá snadné. V domovech pro osoby se zdravotním postižením bývá naplnění této potřeby obzvláště složité, a to z několika důvodů. Mnoho ústavů je koncipováno pouze pro ženy/dívky nebo pro muže/hochy, a to je původcem problémů. Pokud osoby s mentálním handicapem nevyrostají a nežijí v takovém společenství, které odráží demografickou situaci genderového soužití v dané společnosti, nemá možnost osvojit si správně pohlavní identitu, která je ve společnosti normální. Názor, který přetrvával v minulosti, a podle kterého je nejúčinnějším řešením problematiky sexuality osob s mentálním handicapem oddělení pohlaví, je scestný (srov. Valenta a kol., 2007, s. 48). Toto řešení naopak vede ke vzniku odchylek, které se za běžných okolností nemusejí vytvářet a které nemají nic společného s mentálním handicapem daného jedince. Oddělením mužů a žen nelze zabránit sexuálním projevům, pouze dojde ke ztrátě kontroly a možného usměrňování jejich „normálního“

průběhu. Lidé totiž nepřestávají být sexuálními bytostmi ani v segregovaném prostředí (srov. Valenta a kol., 2007, s. 48). Právo na ochranu osobního a rodinného života zahrnuje i právo na hodnotný partnerský a sexuální život. Přitom lidi s mentálním handicapem nelze zásadně omezovat v prožívání jejich sexuality. Je nutno respektovat různost sexuálních projevů a prožívání, přičemž všechny tyto způsoby prožívání sexuality mají být chápány jako rovnocenné.

Domovy pro osoby s mentálním handicapem by měly dbát na skutečnost „rovnocennosti“ partnerů, tj. pozorovat, zda jsou oba partneři na stejné sexuální úrovni, aby nemohlo docházet ke zneužívání osoby s větším mentálním handicapem. Z tohoto důvodu se nedoporučují „nerovná“ partnerství; oba by měli patřit do alespoň přibližně stejné skupiny.

4.2 Manželství a rodičovství

Právní systém České republiky neumožňuje uzavření manželského svazku, pokud je alespoň jedna osoba zbavena způsobilosti k právním úkonům (srov. Zákon o rodině, 2008, první odstavec § 14). Druhý odstavec téhož zákona říká, že pokud je osoba ve způsobilosti k právním úkonům omezena, může s povolením soudu manželství uzavřít. Pokud osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba trpící duševní poruchou, která by měla za následek zbavení způsobilosti k právním úkonům, uzavře manželství, vysloví soud neplatnost manželství i bez návrhu. Pokud uzavře manželství bez povolení soudu osoba, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, nebo osoba stížená duševní poruchou, která by měla za následek zbavení způsobilosti k právním úkonům, vysloví soud neplatnost tohoto manželství na návrh kteréhokoli z manželů. Manželství ovšem může zůstat zachováno, pokud zdravotní stav manžela neodporuje účelu manželství. (srov. Zákon o rodině, 2008, čtvrtý a pátý odstavec § 14)

Hlavním účelem manželství se sice rozumí založení rodiny a výchova dětí, soud však musí přihlídnout i k jeho dalším účelům. Těmi jsou potřeba vzájemné lásky a podpory, ekonomického zabezpečení, potřeba součinnosti ve stáří, nemoci apod. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 51) V současnosti je stále zřetelnější snaha o co největší zachování práv osob s mentálním handicapem, proto se tedy usiluje v co největší míře také o jejich samostatnost, co se týče způsobilosti k právním úkonům (tyto snahy můžeme vnímat například v pokusech o celkové nebo alespoň částečné navrácení způsobilosti k právním úkonům). V některých zařízeních sociálních služeb, např. v ÚSP Klíč Olomouc (srov. Vykydalová, Sexuální identita) mohou heterosexuální i homosexuální klienti uzavřít i jistou náhradní formu manželství, která se nazývá „příslib partnerství“.

Co se týče rodičovství osob s mentálním handicapem, tato oblast se z hlediska práv uživatelů jeví jako velmi problematická. Řada partnerských dvojic s mentálním handicapem dává najevo touhu mít dítě; mluví o něm, projevují tuto touhu svým chováním. Existuje řada řešení, které může zařízení použít. Některé situace jsou však obzvláště komplikované a nemají jednoznačné řešení (srov. Sobek, 2007, s. 74).

Mezi základní rodičovská práva a povinnosti patří výchova, zastupování dítěte, spravování jeho záležitostí a podobně. Tato práva a povinnosti náleží oběma rodičům, pokud jsou oba v plném rozsahu způsobilí k právním úkonům, přičemž není rozdíl v tom, zda jsou rodiče dítěte zároveň manželé, nebo ne. Pokud je jeden z rodičů zbaven způsobilosti k právním úkonům, nebo mu je částečně odebrána, přechází rodičovská zodpovědnost na druhého rodiče. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 51) Ovšem v případě, že se jedná o člověka s mentálním handicapem, je odebrání dítěte pravděpodobné i v tomto případě. Pokud se jedná o oba rodiče, musí situaci dále řešit soud. Stávající praxe v České republice je taková, že dítě je rodičům odebráno orgány péče o matku a dítě a je umístěno v kojeneckém ústavu nebo v náhradní rodině. Většinou je klientům vysvětlováno předem, že žít s pocitem, že je jejich dítě v kojeneckém ústavu či v náhradní rodinné

péči, je horší, než dítě vůbec nemít (srov. Sobek a kol., 2007, Práva..., s. 75).

Člověk s mentálním handicapem má stejné právo zplodit potomka jako ostatní lidé; není v této záležitosti nijak omezen. Má právo být si této skutečnosti vědom a rozhodnout se sám, jestli dítě chce. Účelem podporování sexuálních práv osob s mentálním handicapem projevujících se v jejich partnerském i sexuálním životě však není zplodění a výchova dětí ani rodičovství (srov. Vykydalová, Sexuální identita). Zařízení pro osoby s mentálním handicapem by měly být schopny vysvětlit člověku s mentálním handicapem toto právo; měly by jej však také obeznámit ve srozumitelné formě se všemi důsledky, které může jeho rozhodnutí způsobit. Stávající praxe je taková, že z důvodu množství případných problémů jsou klienti spíše motivováni k tomu, aby si rodinu nepořizovali a aby se dostatečně chránili antikoncepčními metodami.

Člověk s mentálním postižením může být vázán na "romantickou představu" mít miminko. Zejména ženy si představu mateřství idealizují, nemusí plně chápat důsledky této zodpovědnosti. Nemusí rozumět tomu, že dítě bude růst a představují si jej jako nenáročnou panenku na hraní. Některá zařízení předcházejí této idealizaci tím, že jedinci celou problematiku srozumitelně vysvětlí a vyzkouší, zda by se dokázal o dítě starat. Svěří mu do péče panenku s tím, že jedinec je několikrát v průběhu noci buzen „křikem“ panenky, musí ji přebalovat, krmit a pečovat o ni. Dále je osobě s mentálním handicapem vysvětlen důsledek možného odebrání dítěte.

Problémem může být i potenciální možnost postižení dítěte; pokud je porucha dědičná, dítě by se mohlo narodit s vážným postižením. (srov. Sobek, 2007, s. 74).

4.3 Antikoncepce

Ve většině případů vedou zařízení své klienty, kteří jsou anebo mohou být sexuálně aktivní, k využívání antikoncepce, ať už se jedná o mechanické zabránění početí (prezervativ u mužů) nebo o užívání hormonální antikoncepce u žen. Záleží na individuální situaci každého jedince s handicapem. Co se týče prezervativu, je jeho používání obtížnější; vše je potřeba důkladně a srozumitelně vysvětlit – v instruktáži nelze používat metafory a náznaky, protože člověk s mentálním handicapem by je nemusel správně pochopit. Je třeba si uvědomit, že jeho myšlení je výrazně konkrétní, neschopno vyšší abstrakce a generalizace; bývá velmi nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné (srov. Valenta a kol., 2007, s. 37). Samozřejmě záleží na stupni postižení. Osoba, která edukaci provádí, by si však měla být tohoto handicapu myšlení osob s mentálním handicapem vědoma. U žen přicházejí v úvahu také stejné antikoncepční prostředky jako u intaktní populace, většinou se jedná o hormonální přípravky podávané formou tablet nebo injekčně (srov. Valenta a kol., 2007, s. 53); hormonální antikoncepce ženy je používána nejčastěji. Často se diskutuje o sterilizaci jako o nejbezpečnější, avšak nevratné ochraně před početím. Zde se však jedná o závažnou otázku lidských práv (srov. Valenta a kol., 2007, s. 53). Podle Hany Vykydalové (srov. Vykydalová, Sexuální identita) je možno v případě, že u klienta nelze aplikovat antikoncepci, přistoupit ke sterilizaci, ovšem pouze v případě dodržení legislativní úpravy ke sterilizaci.

Ať už se jedná o běžnou antikoncepci ve formě pilulek pro ženu nebo sterilizaci, vždy se toto téma dotýká důležité součásti života. Proto by mělo být nasazení antikoncepce ošetřeno i právně. Pokud je klientka plně způsobilá k právním úkonům nebo byla omezena ve způsobilosti k nakládání s finančními prostředky, má právo se sama rozhodnout, zda bude nebo nebude antikoncepci užívat. Tomu by mělo předcházet poučení o tom, co je to antikoncepce (popřípadě sterilizace), proč by ji měla užívat,

jaké mohou být vedlejší účinky, zda existuje nějaká alternativa a podobně. Pokud je klientka poučena a souhlasí s formou antikoncepce, je její souhlas informovaný – jak předpokládá Úmluva o biomedicíně. Pokud je klientka zbavena způsobilosti k právním úkonům, je třeba souhlasu opatrovníka. Avšak Úmluva i v tomto případě stanovuje, že osoba, která není z důvodu mentálního handicapu schopna poskytnout souhlas, se zúčastní udělení souhlasu svým zástupcem. Pokud je tato klientka schopna pochopit smysl, účel a podstatu antikoncepce, musí být její názor brán v potaz. Co se týče umělého přerušování těhotenství, jeho provádění se řídí obecně platnými zákonnými předpisy za souhlasu klientky. U osoby s mentálním handicapem je třeba ještě více než u intaktní populace zdůraznit nevhodnost strašení škodlivými následky umělého potratu. (srov. Uzel, 2009, s. 120)

Ve většině případů je možno se s klienty na dobrovolném užívání antikoncepce domluvit; zařízení také může v rámci podmínek poskytování služby upozornit na to, že neposkytuje své služby matkám nebo partnerským dvojicím s dětmi (srov. Sobek a kol., 2007, Práva..., s. 75). Pokud má osoba pouze lehký mentální handicap a v pobytovém zařízení se ocitla například ze sociálních důvodů, může být její touha po rodinném životě zcela oprávněná. Taková osoba může být schopná založit rodinu, starat se o ni a žít běžný rodinný život, je ovšem potřeba ji podporovat, což u nás není běžné.

Celkově lze říci, že k otázce rodičovství je třeba přistupovat zodpovědně, přičemž je ale nutné neomezovat základní lidská práva svobody, co se týče partnerského a sexuálního života. Především by se mělo dbát na zájmy osob s mentálním handicapem a zohledňovat je.

5. ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Podle zákona o sociálních službách jsou jednou z forem sociálních služeb „pobytové služby“ (srov. Hutař – Krása, 2006). Tyto služby jsou poskytovány v zařízeních a jejich předpokladem je poskytnutí ubytování klientům. Mimo jiné mezi zařízení poskytující pobytové služby patří domovy pro zdravotně postižené.

Tato zařízení je možno dělit podle pohlaví klientů na koedukovaná a nekoedukovaná, státní a nestátní a dále podle délky pobytu klientů na zařízení sociální péče s denním pobytem (denní stacionáře), zařízení sociální péče s týdenním pobytem neboli péčí od pondělí do pátků (týdenní stacionáře) a zařízení sociální péče s celoročním pobytem. Posledním typem zařízení se zabývám v této práci, protože na příkladu trvalého pobytu v totální instituci je nejlépe možno vnímat postoj společnosti k sexuálním právům osob s mentálním handicapem. Jedním z důvodů je samotná podstata těchto zařízení, neboť musí spolupracovat s okolním světem, vykazovat dokumentaci, vydávat nařízení (i absence např. protokolu o sexualitě je relevantní informací, z které si můžeme odvodit další informace a postoje zařízení). Třebaže ne všechny informace opustí rámec zařízení, jsou více přístupná vědecké reflexi než domácí péče nebo formy opatrovnickví. V týdenních či denních stacionářích je situace méně přehledná a navíc tato zařízení neovlivňují život člověka v nich pobývajících tak intenzivně a v jeho celistvosti jako celoroční zařízení. Co se týče domácí péče, existují samozřejmě různé příručky, poradenská centra a podobné, kde se pečovatel může dozvědět, jak se osobě s mentálním handicapem co nejlépe věnovat, aby zlepšil kvalitu jeho života, avšak mnohé záleží na pečovatelovu rozhodnutí a vůli. Zařízení fungující na principu totálních institucí se vyznačují v mnoha ohledech do nejzazších důsledků dovedenými organizačními principy. Díky klíčovým znakům totálních institucí – organizovanému naplňování mnoha odlišných potřeb velkého počtu jedinců v rámci byrokratické organizace, přejímání zodpovědnosti za své klienty,

neustálým dohledem nad všemi aspekty jejich života, nedostatku soukromí, standardizaci, kolektivnímu vykonávání aktivit a stanovení univerzálních byrokratických pravidel, která „měří všem stejným metrem“ (srov. Goffman in Keller, 2007, s. 122–125) se tato zařízení vykazují navenek jednotněji a užívají více standardizovaných postupů než osoby pečující o klienty v domácím prostředí.

Problémem zvláště velkých zařízení může být „přemístění cílů“. Místo aby sledovala své manifestní cíle, jejich hlavním úkolem se namísto toho může stát dohled a kontrola nad svými klienty. Bývá zde realizována latentní tendence byrokratických organizací – snaha pohlížet na své klienty jako na ne zcela rovnoprávné a vyzpytatelné jedince, ke kterým je třeba přistupovat s určitým odstupem. (srov. Keller, 2007, s. 119) Uvedená tendence zde hrozí ve větší míře než při pobytu klienta v menších zařízeních nebo v rodinném prostředí, kde se jedinci snáze prosazují jako individuality.

„Hlavním společenským rysem všech těchto zařízení je, že spojují pod jednou střechou činnosti, jež bývají v podmínkách moderní společnosti provozovány odděleně a na různých místech – spánek, práce a volnočasové aktivity.“ (srov. Keller, 2007, s. 121)

5.1 Protokol o sexualitě a vztazích

Oblast ochrany lidských práv a svobod je v současné době aktuální. V souvislosti se změnou dříve zmíněného paradigmatu v sociálních službách by každé zařízení sociálních služeb mělo být vedeno se zodpovědností a péčí o lidská práva a zabývat se kvalitou svých nabízených služeb. V České republice jsou uzákoněny Standardy sociálních služeb, v souladu s nimiž musí zařízení postupovat, avšak ty popisují pouze obecné záležitosti, ze kterých má zařízení vycházet, a nezabývá se dílčími problémy.

Protože osoby s mentálním handicapem jsou ve větší či menší míře závislé na většinové společnosti (zejména pak na významných druhých,

kteří je obklopují – ať už se jedná o zaměstnance ústavů, rodinné příslušníky i jiné lidi, se kterými se dostávají do styku), měly by v každém zařízení totálního typu být stanoveny tzv. „protokoly sexuality“. Ty jsou běžné v zahraničí a u nás se teprve začínají v pobytových zařízeních sociálních služeb používat. Jako přínos těchto dokumentů vidím zejména vyšší důraz na základní práva a svobody osob s mentálním handicapem a také stanovení pevných hranic, což může být přínosem i pro zaměstnance zařízení. Vždy je však třeba brát v potaz individualitu, tj. možnosti i omezení daného jedince s mentálním handicapem.

V České republice nemá zatím protokol o sexualitě legislativní zakotvení ani se nesečkáme s doporučujícím stanoviskem z nadřízených orgánů metodicky vedoucí zařízení poskytující služby osobám s mentálním handicapem (srov. Štěrbová, 2007, s. 53), avšak pokud je dané zařízení sociálních služeb jeho zastáncem, může se při tvorbě protokolu o sexualitě opírat o veškeré dokumenty zmíněné výše, které se sexuálními právy osob s mentálním handicapem zabývají, ať už se jedná o legislativní dokumenty České republiky nebo o dokumenty zahraniční.

Protokol o sexualitě a vztazích je dokumentem pro rozvoj vztahů lásky a přátelství a pro ochranu před sexuálními zneužitím. Obecně znamená souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů. Je odrazem dané instituce. Umožňuje personálu rychle a korektně jednat ve složitých situacích týkajících se sexuality a také sexuálního zneužití. Nejdůležitějším faktorem protokolu je vždy respektování potřeb a práv osob s mentálním handicapem. (srov. Štěrbová, 2007, s. 53) Tento dokument podporuje citový, přátelský, partnerský i sexuální život člověka s mentálním handicapem.

Jeho obsah se liší dle daného zařízení. Obecně by měl definovat (srov. Štěrbová, 2007, s. 53 a 54): postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů; témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty; způsob řešení možných důsledků sexuality – antikoncepce

a možné problémy; přípustné a nepřípustné formy kontaktu; principy péče a poskytované podpory; osvětu a prevenci; zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (obecná zodpovědnost, osoba důvěrníka, spolupráce s rodiči a odborníky); zákonitosti vzájemné spolupráce s rodiči a zákonnými zástupci; postoj k sexuálnímu zneužití; postup při sexuálním zneužití a principy preventivní politiky uvnitř zařízení (osvěta klientů i pracovníků).

5.2 Sexuální výchova

Podle *Deklarace práv mentálně retardovaných* mají tyto osoby právo na sexuální výchovu a osvětu, třebaže ne všichni se na tomto bodě shodují. Mnohdy jsou i zaměstnanci domovů pro osoby s mentálním handicapem na vážkách, zda je sexuální výchova vhodná, nebo jsou proti jejímu zavedení.

Naplnování sexuálních práv osob s mentálním handicapem je přesto spjata se sexuální výchovou, která by měla v zařízeních probíhat a která by měla těmto lidem pomoci si svá práva a možnosti lépe uvědomovat. Také je učí si osvojovat různé návyky vážící se k lidské sexualitě; uvědomovat si, co je ve společnosti přijatelné a co se nehodí. Tento bod by ale neměl být důvodem k uskutečňování sexuální výchovy; je spíše jedním z jejích důsledků. Důvod „naučit tyto lidi, jak se správně chovat ve společnosti a jak neobtěžovat okolí svými nevhodnými sexuálními projevy“ by znamenal návrat k medicínskému modelu. Ten opomíjel jedinečnost každého člověka s mentálním handicapem a místo toho se jej snažil integrovat do společnosti způsobem, který byl jednotný a dbal především na bezproblémové chování na veřejnosti. Pokud by byla sexuální výchova chápána pouze jako prevence nežádoucího chování, popřeli bychom tím její hlavní význam ve smyslu sexuálního kultivování osobnosti jedince s mentálním handicapem. Zařízení sociální péče s celoročním pobytem inklinují, co se týče přístupu ke svým klientům a k jejich sexuální

výchově, spíše k uniformitě, proto je vhodné zde ošetřit postup a pravidla při poskytování služby sexuální výchovy stanovit písemnou formou.

Vhodnou sexuální výchovou lze dále předejít mnoha traumatizujícím prožitkům (např. nechtěné otěhotnění, promiskuita, včasné zahájení sexuálního života, menstruace), může vést i ke snížení pravděpodobnosti pohlavního zneužívání. (srov. Valenta a kol., 2007, s. 351) Také napomáhá rozvoji přátelských vztahů a podporuje sebedůvěru jedince a jeho schopnost starat se o vlastní tělo a chránit jej.

Vhodným prostředím pro sexuální výchovu je prostředí rodinné, avšak ne vždy je tento způsob možný; je tedy třeba se jí zabývat i v prostředí zařízení pro osoby s mentálním handicapem. Co je to sexuální výchova? Pro vymezení pojmu můžeme využít charakteristiku vypracovanou Světovou zdravotnickou organizací, jak ji uvádí Uzel (Uzel dle Valenta a kol., 2007, s. 346): „Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví.“ Co se týče samotné sexuální výchovy, bývá obvykle zahrnována do vzdělání různého stupně a bývá poměrně různorodá. Můžeme však diskutovat o účinnosti její koncepce. Největší nedostatky je možno nalézt co se týče přípravy jedince na citový a vztahový život. Zatímco informovanost o fyziologii a sexualitě bývá poměrně vysoká, předchozí oblast zaostává (srov. Valenta a kol., 2007, s. 346); neklade se na ni takový důraz, jaký je pro život jedince potřebný. Nejzřetelnějších účinků dosahuje sexuální výchova u osob s lehkým a středně těžkým mentálním handicapem, avšak její základy najdou své uplatnění i u osob s těžkým mentálním handicapem. Co se týče cílové skupiny sexuální výchovy, není určena pouze klientům s mentálním handicapem, ale i zaměstnancům zařízení – vychovatelům a pedagogům včetně budoucích profesionálů, rodičům, zákonným zástupcům a opatrovníkům. Dále je nutná změna negativních postojů

veřejnosti vyvrácením mýtů a přetrvávajících předsudků (srov. Kozáková, 2004, s. 34), za tímto účelem by měla být zahrnuta do cílové skupiny také.

Sexuální výchova by se měla zabývat třemi skupinami úkolů; tyto roviny by se měly navzájem prolínat a doplňovat (srov. Valenta a kol., 2007, s. 347):

1. Rovina kognitivní vybavuje edukovanou osobu základními informacemi a vědomostmi, které se týkají vlastního těla, jeho zdraví a ochrany, životního stylu, lidského sexuálního chování, partnerství, manželství a rodičovství, kontaktu s druhými lidmi. (srov. Štěrbová, 2007, s. 40)

2. V rovině postojové se jedná o transformaci získaných informací v pozitivní racionální a emocionální postoje k základním lidským hodnotám jako například zdraví, přátelství, láska a rodičovství a dále v negativní postoje k jevům, jako jsou alkoholismus, drogy, promiskuita. V oblasti postojové roviny se nachází jeden z dnešních největších problémů sexuální výchovy, když zahlcenost informacemi nebývá provázena tvorbou postojů k nim.

3. Rovina výkonová aneb oblast dovedností, návyků a chování představuje aktivní část sexuální výchovy. Jedinec zde získává správné dovednosti, návyky a chování, které aplikuje aktuálně nebo v budoucnosti. Tato část sexuální výchovy je v současnosti nejvíce zanedbávána.

Celkově se hovoří o zanedbávání sexuální výchovy ve smyslu redukce především na informační složku (srov. Täubner dle Valenta a kol., 2007, s. 347). Ideálem je však tzv. „komplexní přístup“, který je kompromisní, ale odráží obsah a poslání sexuální výchovy ve vztahu k úloze, kterou sehrává v životě každého jedince. Představuje otevřený systém, přístupný všem novým pozitivním prvkům. (srov. Janiš dle Valenta a kol., 2007, s. 348) Sexualita neznamena jen pohlavní styk, to by bylo hrubé zjednodušení. Patří do ní mnoho dalších aspektů týkajících se partnerských vztahů, stavu zamilovanosti a podobných problémů.

Nejdůležitější při sexuální výchově je vycházet ze znalosti individuálních charakteristik a potřeb žáků; je třeba mít představu o jejich informovanosti, co se sexuality týče. Častým jevem bývá u osob s mentálním handicapem rozpor tělesné zralosti s mentální a sociální nezralostí. Proto by sexuální výchova měla probíhat v takovém rozsahu, jaký daný jedinec potřebuje. Informace, které pedagog podává, musí být pravdivé a srozumitelné. Je možné využít skupinovou formu výuky, která je velmi vhodná, pokud se dodrží zásady vytvoření atmosféry vnímání a bezpečí (srov. Valenta a kol., 2007, s. 354). Dále je třeba často nové informace opakovat, diskutovat s klienty, uvádět příklady ze života a používat nejrůznější aktivizační metody (dialog, hraní modelových situací). Realizace sexuální výchovy by měla probíhat jak na úrovni základních znalostí a vědomostí, tak na úrovni poskytování rady v konkrétních případech. V párové sexualitě se stejně jako u intaktní populace uznává princip, že co je příjemné nebo akceptovatelné oběma partnery, je povoleno, pokud touto svou činností neomezují základní lidská práva a svobody dalšího jedince či jedinců.

Co se týče právního systému, nejsou v něm zakotveny zákony ani předpisy, týkající se sexuální výchovy v sociálních zařízeních; tato problematika je řešena každým zařízením odlišně.

Sexuální výchova osob s lehkým mentálním handicapem:

Neměla by se obsahem příliš lišit od sexuální výchovy intaktní populace, protože člověk s mentálním handicapem je většinou schopen partnerského soužití a z velké části se samostatně starat o vlastní domácnost. V čem se sexuální výchova těchto osob liší, je forma jejího vyučování. Měla by co nejvíce interaktivně zapojovat osoby s handicapem do výuky, používat i různé netradiční prostředky a často probranou látku opakovat. Výsledkem je samostatnost a klientova lepší orientace v partnerských a sexuálních vztazích a lepší schopnost čelit problémům soužití s ostatními.

Sexuální výchova osob se středně těžkým mentálním handicapem:

Tyto osoby jsou i přes své postižení schopny navazovat partnerské a přátelské vztahy, pokud je jejich okolí podporuje, ačkoliv jejich komunikační i jiné schopnosti jsou více omezeny. Sexuální výchova by se v tomto případě měla zaměřit na trénink sociálních dovedností, osobní hygienu, zodpovědnost jedince ve vztahu k dalším lidem a na schopnost odmítnout nechtěnou aktivitu (srov. Valenta a kol., 2007, s. 358). Vhodné je využití nejrůznějších technik výuky, které zvyšují názornost probíraného tématu.

Sexuální výchova osob s těžkým mentálním handicapem a souběžným postižením více vadami:

Vzhledem k těžkému stupni postižení se přistupuje k naučení jednoduchých úkonů a pravidel, záleží na osobnosti a charakteristikách handicapu jednotlivých osob, které ovlivňují, co je osoba schopna se naučit.

5.3 Příklad partnerství

V sexuálních vztazích je třeba rozlišovat, zda se jedná o vztah dvou partnerů s podobným stupněm mentálního postižení nebo s jiným stupněm mentálního postižení, případně je jeden z partnerů mentálně zdravá osoba. Vždy je důležité v těchto vztazích sledovat, zda jsou spolu oba partneři spokojeni. Pokud je totiž mentální zdraví jednoho z nich natolik špatné, že si neuvědomuje sexuální chování druhé osoby vůči sobě a nemůže se tedy k tomuto jednání patřičně vyjádřit, vždy zde existuje hrozba trestného činu. Osoba s mentálním handicapem je méně schopna hájit svá práva a zájmy, nežádoucí situace může tedy nastat i neúmyslně, a to pokud je vztah jejího partnera k ní citově motivovaný (srov. Mitlöchner, 2009, s. 67). Záleží však vždy na tom, zda je člověk s těžším mentálním postižením ve vztahu spokojen a reaguje vstřícně na sexuální podněty svého partnera. V takovém případě nelze v kontaktu obou osob bránit.

Některá zařízení v rámci zlepšení přístupu ke klientům používají náhradní formu manželství, takzvaný „Příslib partnerství“ (srov. Vykydalová, Sexuální identita), který pro osobu s mentálním handicapem znamená důležité potvrzení jeho schopností a zvýšení sebevědomí.

5.4 Souhlas se sexuálním vyjádřením

Důležitý prvek sexuálního života v prostředí totální instituce, který zamezuje zneužívání jejich práv, je souhlas se sexuálním vyjádřením nebo souhlas se sexuální aktivitou. Jelikož osoby s mentálním handicapem mohou být snadněji zneužívány, je odborné posouzení jejich sexuálního chování v rámci naplňování Standardů kvality sociálních služeb velmi vhodné. V České republice se zatím téměř neřeší problém stanovení míry, v jaké je posuzovaná osoba schopna poskytnout kvalifikovaný souhlas k sexuální aktivitě. Tento problém se stává stále důležitějším, protože stále dochází ke vzrůstání významu uzavíraných dohod mezi uživatelem a poskytovatelem služeb (srov. Štěrbová, 2006). Dohodu může uzavřít osoba, která není zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo její opatrovník či zákonný zástupce. Základními kritérii pro posuzování souhlasu k sexuální aktivitě je: základní sexuální znalost klienta; jeho porozumění důsledkům sexuální aktivity; schopnost zajistit si bezpečí před případným sexuálním napadením.

Zatímco v zahraničí se provádí posuzování klienta jednou ročně, v České republice to zatím není zvykem.

Závěr

Vzhledem k všeobecné humanizaci společnosti a změně paradigmatu směrem k aktivní spolupráci osob s mentálním handicapem ve společnosti se pozvolna mění i celková situace v České republice. Zatímco dříve pobývala většina osob s mentálním handicapem v pobytovém zařízení odloučeném od intaktní společnosti, vnímáme stále silněji snahu tyto dva světy propojit. Avšak tato snaha je nesnadnou cestou se spoustou překážek. Aby byl osobám s mentálním handicapem zabezpečen důstojný a smysluplný život, do jehož průběhu budou moci aktivně a co možná nejvíce zasahovat, bude nejdříve potřeba změnit přístup společnosti k této problematice.

Povědomí o situaci osob s mentálním handicapem v české společnosti je pouze mlhavé, zvláště pokud se týká osob s mentálním handicapem pobývajících v zařízení sociálních služeb a zvláště pokud se týká tak intimní a stále ještě v některých ohledech tabuizované oblasti života, jako je lidská sexualita. Navíc přetrvává domněnka, že osoby s mentálním handicapem jsou „nesvéprávné“ a ve společnosti jsou stále běžné nejrůznější předsudky, týkající se sexuality osob s mentálním postižením.

Stále tedy nemůžeme hovořit o plném zařazení těchto jedinců do společnosti, co se týče sexuality, třebaže v České republice došlo ve srovnání s minulými desetiletími k pokroku. Změna se projevila v legislativě přispívající k ochraně práv a svobod, dále proběhla u mnohých zařízení zřetelná změna prostředí. Vznikla nová koedukovaná zařízení, ve kterých je zřejmá snaha propojit všechny aspekty života člověka tak, aby byla schopna poskytnout svému klientovi prostor k samostatnosti a pocitu životního naplnění. Stále více se rozšiřuje kvalifikovaná sexuální výchova a rozvíjí se naplňování práv a svobod osob s mentálním handicapem.

Typy zařízení sociálních služeb, které se vydaly cestou koedukace a aktivní spolupráce s klienty ohledně sexuálního života, jim touto cestou zprostředkovávají cenné podněty k prožitkům a poznatkům lidské sexuality důležité pro rozvoj jejich pohlavní identity. Usnadňují jim komunikaci se společností, vytvářejí vhodné podmínky pro rozvoj sebedůvěry klienta a potvrzení si jeho hodnoty pro společnost.

Seznam použitých zdrojů

1. BERGER, P. L. – LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. ISBN 80-85959-46-1.
2. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. HAYMAN, R. L. Jr. *Presumptions of Justice: Law, Politics, and the Mentally Retarded Parent* [online]. 1990 [cit. 2010-02-27]. Dostupné z: <www.jstor.org>.
4. HUTAŘ, J. – KRÁSA, V. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. Praha: NRZP, 2006. Dostupné z: <www.nrzp.cz>.
5. KELLER, J. *Sociologie organizace a byrokracie*. 2. vyd. Praha: SLON, 2006. ISBN 978-80-86429-74-8.
6. KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: ORFEUS, 2004, s. 28–36. ISBN 80-903519-0-5.
7. *Listina základních práv a svobod. PSP* [online]. 1992 [cit. 2010-02-27]. Dostupné z: <www.psp.cz>.
8. MANDZÁKOVÁ, S. *Prejavy sexuality klientov s ťažším mentálným postihnutím v domovoch sociálnych služieb na Slovensku*. In *Sexualita mentálně postižených – II*. 1. vyd. Praha: ORFEUS, 2009, s. 78–92. ISBN 978-80-903519-7-4.

9. MITLÖHNER, M. Vybrané právní otázky sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených – II*. 1. vyd. Praha: ORFEUS, 2009, s. 61–67. ISBN 978-80-903519-7-4.
10. Proč práva lidí s mentálním postižením? *IMY.cz* [online]. [cit. 2010-02-23]. Dostupné z: <www.imy.cz>.
11. SOBEK, J. a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
12. SOBEK, J. a kol. *Práva lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007. ISBN 978-80-239-9399-8.
13. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: UPOL, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
14. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením – aktuální stav, potřeba, požadavky. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2006*. [cit. 2010-02-14]. Dostupné z: <www.bobelovka.cz/upload_files/dokumenty_108.pdf>.
15. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
16. TRUHLÁŘOVÁ, Z. – MARKOVÁ, D. Společenské mýty o sexualitě seniorů [online]. 2007 [cit. 2010-02-27]. Dostupné z: <www.planovanirodiny.cz>.
17. UZEL, R. Plánované rodičovství u osob s mentálním postižením. In *Sexualita mentálně postižených – II*. 1. vyd. Praha: ORFEUS, 2009, s. 119–120. ISBN 978-80-903519-7-4.
18. VALENTA, M. a kol. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: PARTA, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

19. VYKYDALOVÁ, H. Sexuální identita. *Dobromysl* [online]. [cit. 2010-02-21]. Dostupné z: <www.dobromysl.cz>. ISSN 1214-2107.
20. Zákon o rodině, č. 94/1963 Sb. *Zákony ČR* [online]. 2008 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z: <www.zakonycr.cz>.

Anotace

Příjmení a jméno autora: Pospíšilová Marie

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky FF UP

Název práce: Sexuální práva osob s mentálním handicapem v totálních institucích

Počet znaků: 70 000

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: osoba s mentálním handicapem, totální instituce, zařízení sociálních služeb, sexualita, společnost, sociální model, lidská práva a svobody, sexuální dilemata.

Práce se zabývá sexualitou osob s mentálním handicapem, zejména otázkou jejich práv v prostředí zařízení sociálních služeb. Zkoumá sociální konstrukci sexuality a postoje, které zastává společnost. Dále to, zda se tyto postoje změnilы díky přechodu od klasického ústavního modelu k sociálnímu modelu směrem k zařazení osob s mentálním handicapem do společnosti, nebo zda jsou tyto osoby stále hodnoceny na základě předsudků. Autorka zkoumá situaci v totálních institucích a její posun k aktivní spolupráci s osobou s mentálním handicapem, včetně dilemat souvisejících se sexualitou svých klientů.

Annotation:

First Name: Marie

Surname: Pospíšilová

Faculty: Faculty of Sociology, Department of Sociology and Adult education

Work Title: Sexual rights of persons with mental handicap in total institutions.

Number of letters: 70 000

Number of attachments: 2

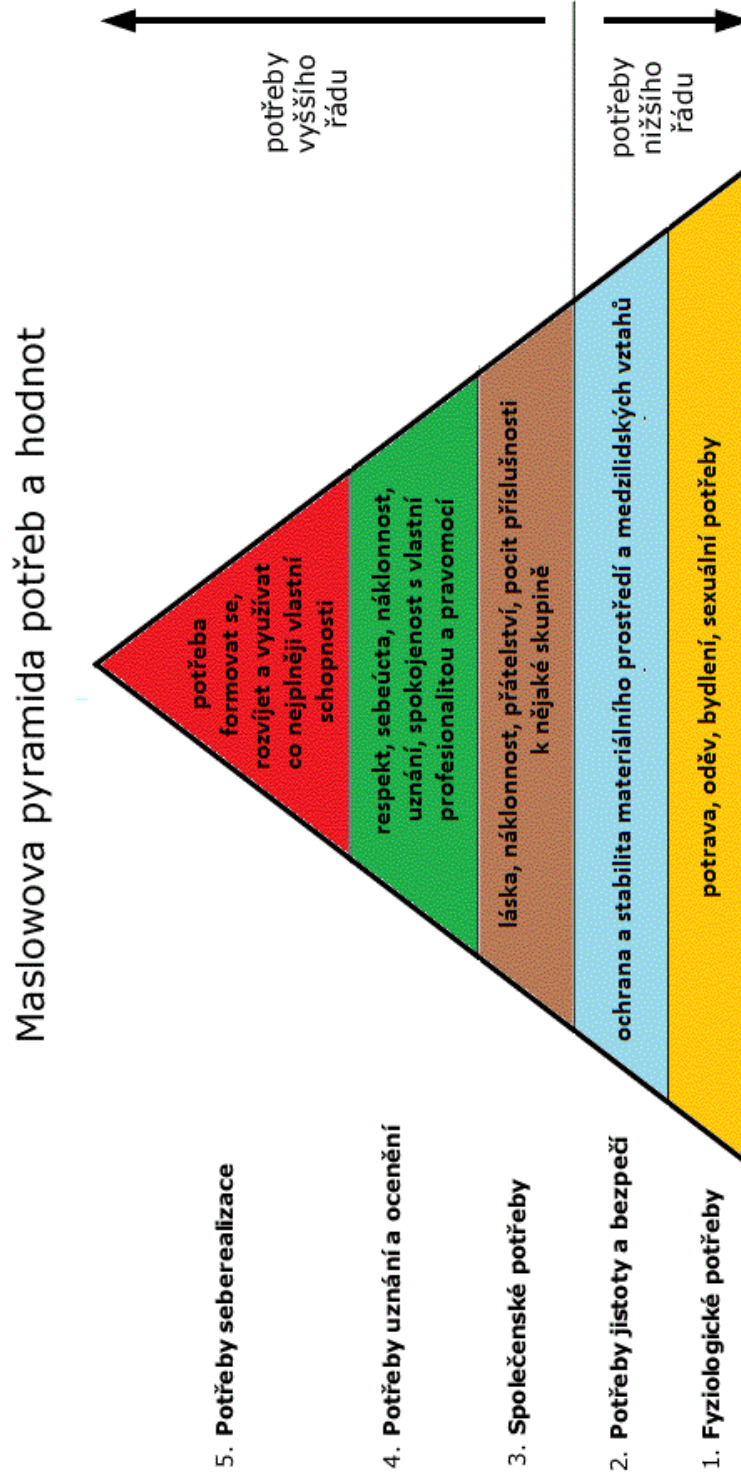
Number of literature titles used: 20

Keywords: person with mental handicap, total institution, social service, sexuality, society, social model, human rights and freedoms, sexual dilemmas.

This thesis deals with the sexuality of persons with mental handicap, mainly with the matter of their rights in the social service establishments. It examines the construction of the sexuality and the opinion of wide society. Moreover it investigates whether this opinion has changed due to the transformation of the institutional model into the social model of integration of persons with mental handicap into the society, or whether these people are still being treated with prejudice. The author examines the situation in total institutions and its move to the active cooperation with a mentally handicapped person, including dilemmas connected to the sexuality of their clients.

Příloha č. 1

Maslowova pyramida potřeb a hodnot



Příloha č. 2

Deklarace o právech mentálně postižených osob, vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Valné shromáždění vyhlašuje tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.

3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.

4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.