

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Sexualita osob s mentálním postižením, žijících v pobytových
zařízeních, z pohledu sestry**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Judita Soukupová Maříková

Autor: Hana Hubáčková

2011

Sexuality of people with mental disabilities living in residential facilities from the nurse's point of view

Life of people with mental disabilities living in residential facilities has changed for the better a lot in the last decade. In the theoretical part of the thesis I dealt with mental disability and its division. I also mentioned further specification of this disability, its diagnostics and development. I was interested in life of the disabled in the past and I wanted to compare it with the present life. I also focused on observing and respecting their rights. The objective of the thesis is, above all, to find out abilities of general nurses who work in these facilities. Four objectives with four matching hypotheses were set.

Objective 1 – to find out how well the nurses are informed and what are their opinions on sexuality of the mentally disabled. Objective 2 – to explore attitudes of general nurses towards partner cohabitation of the mentally disabled. Objective 3 – to find out what are the nurse's abilities to communicate sexual issues in the mentally disabled. Objective 4 – to find out what is the risk level of sexual harassment from the mentally disabled against nurses.

To obtain the information for the practical part, I chose quantitative data analysis, for interviews I chose an anonymous questionnaire. General nurses from residential facilities of social services were interviewed. The hypotheses set for the above mentioned objectives were proved. The nurses have enough information about sexuality of the mentally disabled, their attitude towards partner cohabitation of the disabled is positive. The nurses can use their communication abilities and the risk of sexual harassment from the mentally disabled is minimal. At the same time a pilot study was conducted where I focused on the general public opinion on the above mentioned issue.

During processing the information I found out that despite the fact that the hypotheses were proved, not all questions are clear for the nurses and their opinions differ. I used the results of the practical part to create a supplement for the Quality Standard Nr. 2 called Methodology of Sexuality. It will serve as a basis for the document called the

Sexuality Protocol/Register. This will be a part of the client's medical records in the Home for people with disabilities where I work.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Sexualita osob s mentálním postižením, žijících v pobytových zařízeních, z pohledu sestry vypracovala samostatně a použila jsem zdroje, které uvádím v seznamu použité 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, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

Hana Hubáčková

.....

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Juditě Soukupové Maříkové za metodické vedení při vzniku práce a nepostradatelné připomínky a rady. Můj dík patří mým blízkým, mým dětem a příteli za jejich podporu a trpělivost.

OBSAH

1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Mentální postižení	9
1.1.1 Příčiny mentálního postižení	10
1.1.2 Psychologické zvláštnosti jedinců s MP	12
1.1.3 Další specifická MP	15
1.2 Sexualita	18
1.2.1 Metodika sexuální výchovy MP	19
1.2.2 Přístup k sexualitě osob s mentálním postižením	21
1.2.4 Sexuální agrese – znásilnění	23
1.2.5 Partnerské vztahy a sexuální život MP	25
1.2.5.1 Rodičovství mentálně postižených	26
1.2.5.2 Regulace porodnosti	27
1.3 Počátky ústavní péče	28
1.3.1 Počátky péče o duševně nemocné a MP	29
1.3.2 Zdravotní péče a pobytové služby	30
1.4 Sexuální výchova v ošetrovatelství	31
1.4.1 Ošetrovatelské diagnózy v oblasti sexuality	32
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	34
3. METODIKA PRÁCE A VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
3.1 Metodika práce	35
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	35
4. VÝSLEDKY	36
5. DISKUZE	57
6. ZÁVĚR	62
7. POUŽITÉ ZDROJE	63
8. KLÍČOVÁ SLOVA	66
9. SEZNAM PŘÍLOH	67

Úvod

Motto: „Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Wald

Život osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních se v mnohém za poslední desetiletí změnil k lepšímu. Je jim plně poskytována zdravotní péče v tom rozsahu, v jakém potřebují. Všeobecné sestry nepracují jen ve zdravotnictví, ale také v sociálních službách. Ošetrovatelský personál je pracovníky přímé péče nebo sociální péče, ergoterapeuti jsou dnes nazýváni nepedagogickými pracovníky. Přes všechna tato často obtížně vyslovitelná pracovní zařazení, musím konstatovat, že pro klienty pobytových zařízení nadále zůstáváme „tetami a strýčky“ a mohu za sebe dodat, „naštěstí.“ Zůstáváme lidmi, kteří svou práci mají rádi, ale právě protože jsme lidé, často se nevyhneme chybám při jednání s našimi klienty. Chyby, které pramení z nezkušenosti, studu nebo neschopnosti otevřeně s klienty hovořit nejen o zdravotních problémech, ale o věcech tak přirozených lidské bytosti jako je láska, přátelství a sex. Uvědomění si vlastní sexuality a partnerství je pro zdravého člověka jakousi samozřejmostí, pro člověka s mentálním postižením to je mnohdy velmi obtížné. Přestože se neustále hovoří o integraci mentálně postižených do společnosti, vnímám, že společnost není na tuto integraci připravena a mnozí lidé mne utvrzují v tom, že o ni vlastně nestojí. Nevím, zda je to způsobeno neznalostí problému, ale obávám se, že je to odraz společnosti, jako takové.

Pracuji v domově pro osoby se zdravotním postižením, jehož cílovou skupinou jsou právě osoby s mentálním postižením. Pracovala jsem zde i v době, kdy jsme byly, stejně jako mnoho dalších podobných zařízení nazývány Ústavy sociální péče. S platností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „sociální zákon“), se mnohé změnilo navenek, vznikly nové nabídky sociálních služeb pro různě postižené klienty, nové názvy. Myšlení a přístup lidí se bohužel nezměnil s novým zákonem. Bude trvat ještě dlouhou dobu, než budeme plně

schopni naše klienty respektovat, ne jako nemocné, ale jako lidské bytosti, stejně toužící a milující, jako ostatní zdraví lidé.

Cílem mé práce je zjistit komunikační schopnosti všeobecných sester, které jsou v denním kontaktu s klienty. Tím myslím komunikaci v oblasti sexuality. Znají je velmi dobře a hovoří s nimi o citlivých a intimních problémech. Zajímá mne osvěta v této oblasti, a to jak osvěta zdravotnického personálu, tak mentálně postižených osob. Názory sester na partnerské soužití těchto klientů a také jaké podmínky v pobytových službách pro toto soužití mají. Cílem je také zjistit, v jakém rozsahu a zda vůbec dochází v domovech k sexuálnímu obtěžování sester ze strany klientů.

1. SOUČASNÝ STAV

Změřit lidskou inteligenci a vědecky přesně určit odchylky od normy jako statistického průměru je patrné již v počátcích psychologie. První standardizovaný test k měření lidské inteligence byl vydán v roce 1895. S myšlenkou IQ přichází také profesor psychologie Lewis Terman, který navrhuje používat testování inteligence za účelem řazení žáků podle výsledků IQ testů. Bohužel, Termanovy a Binetovy humanistické ideály spojené s měřením inteligence byly zneužity fašistickou ideologií. Lidé s nižším IQ byli považováni za přítěž pro společnost. Inteligence byla považována za neměnnou a dědičnou a proto je třeba lidem s nižší inteligencí nutno zabránit v reprodukci přímo fyzickou likvidací, jako tomu bylo v období druhé světové války nebo nedobrovolnou sterilizací, která byla uzákoněna v řadě skandinávských zemí v první polovině dvacátého století. Zároveň však od samého počátku mělo měření inteligence také své odpůrce a kritiky. Mezi hlavní námitku patřila absence všeobecně akceptovatelné známky inteligence při měření a fakt, že testy měří pouze analytické schopnosti jedince. Pro člověka s mentálním postižením jsou však důležité aspekty tvůrčí, praktické a emocionální. Někteří odpůrci testů dokonce namítali, že prosté testování IQ sebralo velké části lidské populace většinu životních příležitostí. Navzdory kritice, testy IQ poskytují při vhodném použití relativně objektivní měřítko rozumových schopností jedince (26).

1.1 Mentální postižení

Mentální postižení není nemoc, lze jej spíše charakterizovat jako snížení intelektových schopností a většinou je provázeno poruchami adaptace. Přesný údaj o množství osob s mentálním postižením v naší ani světové populaci k dispozici není. Možná je to dané faktem, že doposud nebylo plně sjednoceno pojetí mentálního postižení a v mnohé populaci mohou být za mentálně postižené bráni jedinci, kteří se v jiných podmínkách od běžné populace výrazně neodlišují. Všeobecně se v naší i světové literatuře uvádí dvou až tříprocentní výskyt mentálního postižení a nerovnoměrné rozložení i mezi pohlavími, kdy se udává větší výskyt u mužů. Nejvyšší procento mentálně postižených je zachyceno ve školním věku (11).

Schopnost komunikace je u MP jedince ovlivněna vždy a to v závislosti na individuálních zvláštnostech různým způsobem a v různé míře. Kombinace MP jedince s jinými vadami a poruchami má další vliv na jeho komunikační schopnosti. Musíme počítat s menší slovní zásobou, artikulačními a gramatickými chybami ve vyjadřování (28).

Mezi všemi postiženími tvoří mentální postižení jednu z nejpočetnějších skupin. Osob s mentálním postižením u nás i na celém světě stoupá. Vysvětluje se to jako důsledek genetického screeningu. Díky stále se zdokonalující lékařské péči o děti v nejranějším stádiu vývoje se zachraňují i děti, které by bez této péče nezůstaly naživu. V období dospívání a dospělosti dochází ke splynutí osob s lehčí formou MP s ostatní populací a ti, kteří se úspěšně zapojili do sociálních vztahů, se zpravidla za mentálně postižené nepovažují (31).

1.1.1 Příčiny mentálního postižení

Příčiny mentálních poruch mohou být endogenní a exogenní. Endogenní jsou zakódovány v systému pohlavních buněk a jsou genetické. Exogenní faktory, které mohou způsobit mentální postižení, působí od samého početí, v průběhu těhotenství, porodu, poporodního období a v raném dětství. Faktory exogenní mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Hrají zde roli činitelé, kteří spouští projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh. Exogenní faktory můžeme dále rozdělit podle doby působení na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi nejčastější příčiny mentálních poruch se uvádějí: následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu a výživy, makroskopické léze mozku, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace a jiné nespecifické etiologie. Bez ohledu na příčinu a čas se následky poškození mozku označují jako encefalopatie. Mentální postižení často mimo jiné vzniká spojením podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti nebo zanedbanosti. Obvykle jde o dítě podobně postižených rodičů, jejichž intelektová a vzdělanostní úroveň je nízká. Nechtěně tak předávají svým dětem horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností a zároveň jim nejsou schopni poskytnout

přiměřenou výchovu. Mezi nejznámější autory prací o mentálním postižení patří K. Matulay, který zmiňuje, že všechny doposud známé či předpokládané příčiny mentálního postižení vyvolávají pouze čtvrtinu těchto poruch. Téměř 80 % mentálního postižení, především v pásmu lehkého postižení, má neurčený původ (31).

Poruchy prenatální vznikají před narozením člověka a jsou následkem genetické chyby vázané na dědičnost, nebo následek nepříznivých podmínek během těhotenství. Sem patří většina mentálních postižení, Downův syndrom, některé druhy DMO a těžké smyslové vady. Poruchy perinatální jsou důsledkem náročného a nešetrně vedeného či dlouho trvajících porodu. Nebezpečím pro dítě je především délka porodu spojená s rizikem hypoxie. Jako další můžeme uvést riziko fyzického poškození dítěte při porodu, to se hlavně týká poškození nervové soustavy a tělesných deformací. Zde je prvpočátek některých typů lehkých mozkových dysfunkcí, postižení psychického a tělesného vývoje. Postnatální poruchy jsou výsledkem negativních okolností během života. Hlavním zdrojem těchto poruch jsou úrazy, omyly a průtahy při diagnostice těžkých onemocnění, nevhodná výchova nebo extrémní podmínky životního prostředí. Tyto poruchy mohou vzniknout během celého života, ale nejohroženější je věk útlého dětství a stáří (10). Jednou z mnoha příčin poškození mozku může být také fenylketonurie (dále PKU). Je to vrozená metabolická porucha a postihuje přibližně 1 dítě z 10 000. Včasná diagnostika, a to již třeba v těhotenství, je předpokladem pro to, aby se dítě narodilo zdravé. Screening v těhotenství se provádí vždy, pokud se v rodině jednoho z rodičů PKU vyskytuje. Systém látkové přeměny člověka s PKU je poškozován přítomností vyššího množství fenylalaninu, který se v jeho těle nerozkládá a ukládá se především v mozku a tím dochází k jeho rychlému poškození s mnoha důsledky, jedním z nich je také mentální poškození. Historie léčby a diagnostiky PKU u nás začíná počátkem sedmdesátých let. Od této doby je možné vyhledávat děti, které se s PKU narodily a upravit jim jídelníček. Léčba spočívá v eliminační dietě, v praxi to znamená omezit množství přirozených bílkovin a zbytek podat v léčebných přípravcích (6).

1.1.2 Psychologické zvláštnosti jedinců s MP

Mentálně postižení netvoří celistvou skupinu, kterou bychom mohli vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený člověk je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto však můžeme u značné části hovořit o určitých společných znacích, jejichž hloubka závisí na tom, jak dalece jsou postiženy všechny složky psychiky a nakolik je duševní vývoj nerovnoměrný. Mentální postižení se projevuje především zpomalenou chápavostí, sníženou schopností při vyvozování logických úsudků, těkavou pozorností, malou slovní zásobou, impulsivností nebo naopak zpomaleností chování, opožděným psychosexuálním vývojem, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami ve vztazích a v komunikaci, celkově sníženou přizpůsobivostí a nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“ (31). Známkou mentálního postižení jsou tedy různé projevy a formy omezení či abnormality duševních schopností člověka. Mohou se projevit chybějícím potenciálem pro rozvoj schopností jedince, zpomalováním nebo mizením existujících funkcí člověka (10).

Lehké mentální postižení

Podle starší terminologie debilita, IQ je v pásmu 50-69. Při tomto postižení intelektu jsou jedinci vzdělavatelni jen ve zvláštních školách a mohou se uplatnit i v některých jednoduchých zaměstnáních. Dosahují úrovně maximálně dvanáctiletého dítěte (12). Je to nejrozšířenější forma mentálního postižení a tvoří asi 85 % mentálních postižení. V sebeobsluze jsou lidé s tímto druhem postižení samostatní a v prostředí, které znají, dokážou mnohdy úspěšně pracovat. Jsou schopni samostatně docházet do práce, vykonávat různé manuální činnosti a s určitou mírou pomoci jsou schopni i samostatně bydlet. Pokud je však přítomna i pervazivní vývojová porucha, úroveň schopností a samostatnosti prudce klesá a míra behaviorálních problémů roste. Dovednost v běžném životě ovlivňují i další faktory, například úroveň řečových schopností, poruchy chování a také epilepsie (1). Klienti s lehkým mentálním postižením jsou schopni se naučit adaptivní sexuální dovednosti v souladu s normami

společnosti. Dovedou si osvojit vhodné homosexuální i heterosexuální interakce, pokud se jim dostane dostatečné sexuální výchovy a poradenství (28).

Středně těžké mentální postižení

Ve starší terminologii známe pod pojmem imbecilita (10). IQ je v pásmu 35-49. Ve většině případů je vzdělávání nutné ve speciálních ústavech. Kontakt s okolím je malý, je významně opožděna motorika a hlavně řeč. Takto postižení se mohou naučit napsat a přečíst několik slov a počítat s pomocí prstů, ale samostatné práce nejsou schopni (12). Jedinci jsou v sebeobsluze samostatní, potřebují však dohled a ve složitějších situacích občasnou pomoc. Oproti předchozímu typu postižení jsou při tomto daleko častější neurologické a fyzické handicapy. U mnohých takto postižených bývá zároveň porucha autistického spektra, což velmi značně snižuje celkovou adaptabilitu a praktické využití schopností. Často je zde možné nalézt přidruženou vývojovou afázii, což pro jedince znamená velmi nízkou slovní zásobu, řeč má tedy omezený komunikační charakter. Rozumové a motorické schopnosti bývají značně nerovnoměrné. Přítomné jsou také potíže s koordinací pohybů. Tvoří přibližně 10 % mentálních postižení (1). Klienti se středně těžkým mentálním postižením jsou velmi zranitelní a nejsou schopni se správně rozhodovat. Ve svém sociálním a sexuálním chování jsou ovlivnitelní odměnou a oceněním, pokud jde o přiměřenost či nepřiměřenost jejich chování (28).

Těžké mentální postižení

Dříve známe pod pojmem idiocie prostá (10). Při tomto postižení se hodnota IQ pohybuje v rozmezí 20-34. Osoby mají určitou snahu pro komunikaci, mají nízké emoční a sociální uvědomění. Jejich neschopnost sociálního zapojení vede k nutnosti trvalé péče (12). Tato kategorie je v mnohém podobná předcházející, pokud jde o klinický obraz, snížená úroveň schopností je v této skupině mnohem výraznější. Většina trpí značným stupněm poruchy motoriky a přidruženými vadami. Možnosti výchovy jsou značně omezené, avšak ukazuje se, že včasná a systematická, dostatečně kvalifikovaná rehabilitační a vzdělávací péče může velmi výrazně přispět k rozvoji

motoriky a rozumových schopností a tak celkově zlepšit kvalitu jejich života (31). V případě tohoto mentálního postižení se s poruchou autistického spektra velmi často druzí vývojová afázie. Pokud je tedy přítomná řeč, má minimální komunikační funkci, časté bývají echolálie, či slova bez komunikačního kontextu. Častěji se vyskytují pohybové stereotypie. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců-3,5 roku, tvoří 5 % mentálních postižení (1). Klienti s těžkým mentálním postižením nedokážou sami bez pomoci přizpůsobit své sexuální chování společenským normám, někdy mohou s nelibostí reagovat na kontrolu (28).

Hluboké mentální postižení

Dříve známe jako hlubokou idiocii (10). Zde je IQ nižší než 20. V těchto případech jej nelze měřit, pouze se odhaduje. Postižení jedinci jsou velmi omezeni schopností porozumět základním požadavkům nebo jim vyhovět. Velká většina z nich je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, častá je také inkontinence. Schopnost pečovat o své potřeby je nepatrná či spíše žádná, proto potřebují trvalý dohled a péči (31). U jedinců je běžná rudimentární neverbální komunikace a určitá míra sociální komunikace, úsměv a radost ze společnosti jsou běžné. Mentální věk je nižší než 18 měsíců, jedinci nerozeznávají obrázky. Je u nich velmi těžké diagnostikovat pervazivní vývojovou poruchu, protože samotné toto postižení je naprosto pervazivní. Typické jsou stereotypní pohyby, sebezraňování, prudké afektivní reakce na změnu. Obvykle je možné diagnostikovat atypický autismus. Hluboké mentální postižení se pojí s celou řadou dalších problémů, asi 25 % dospělých neumí používat smysluplně řeč, 10 % nerozumí mluvenému slovu. Zhruba polovina z takto postižených není schopna základní sebeobsluhy, trpí výraznějším fyzickým handicapem nebo se nedokáže samostatně pohybovat po okolí. U většiny lidí se vyskytuje toto postižení v rámci nějaké další poruchy, metabolické, neuromuskulární nebo neurodegenerativní. Primární hluboké mentální postižení, kdy jediným příznakem je snížení rozumových schopností se vyskytuje velmi vzácně. Na některé projevy spojené s tímto typem postižení se váže určitý charakteristický vzorec chování. Předpokládá se, že existuje určitý biologický mechanismus, který ovlivňuje chování. Je ale důležité si uvědomit, že chování ovlivňuje

i řada dalších faktorů a je možné jej částečně redukovat (1). Klienti s hlubokým mentálním postižením mají adaptivní chování na velmi nízké úrovni. Neumí předvídat následky doteků a sexuálního chování (28).

1.1.3 Další specifická MP

Lidé se souběhem těžkého mentálního postižení a pervazivní vývojové poruchy se od jedinců s prostým mentálním postižením odlišují především typickým specifickým chováním. Je celkově snížena adaptabilita jedince. Dílčí ostrůvkovité dovednosti, které jsou nadprůměrné, ale nesouvisí s celkově nadprůměrným intelektem, nazýváme savantskými schopnostmi. Mohou se pojít i s určitými stupni mentálního postižení, jedná se však o jev velmi vzácný a na celém světě je známo okolo 200 lidí, kteří splňují kritéria této ostrůvkovité geniality. Řadíme sem především nadprůměrné dovednosti v oblasti umění, matematiky a paměťové dovednosti. Bohužel, neznalost problematiky pervazivních vývojových poruch často vede k přeceňování, nebo k podceňování schopností těchto lidí. Mnohým jedincům se tak nedostane adekvátního vzdělání, nebo nejsou uznáváni za dlouhodobě postižené (1).

Downův syndrom

Poprvé byl tento syndrom popsán v roce 1866 anglickým pediatrem Johnem Downem, ale první zmínky o těchto jedincích lze najít již v literatuře 15. a 16. století. Chromozomální původ postižení byl doložen až v roce 1959 francouzským badatelem Lejeune. Dříve se často používalo označení „mongolismus“, které vzniklo na základě typických fyziognomických zvláštností a je zavádějící, může působit pejorativně (31). Riziko vzniku Downova syndromu vzrůstá spolu s věkem matky. U ženy na počátku fertilního věku činí riziko 1: 2500, u ženy blíží se ke konci plodných let je riziko přibližně 1:50. Tato genetická porucha vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu. Nadpočetný chromozom tak ovlivňuje specifickým způsobem vzhled a stavbu těla u všech lidí s Downovým syndromem. Mají nedostatečně vyvinuté obličejové kosti a malý nos, oční víčka jsou úzká a šikmá, ve vnitřním koutku oka bývá kožní řasa. Jejich celkový vzrůst je malý, prsty na dlani jsou krátké, na dlani mají

příčnou rýhu a mezeru mezi prvním a druhým prstem na noze. Vývoj motorických a mentálních dovedností bývá v dětství opožděn průměrně o tři měsíce. Mentální schopnosti jsou různého stupně a svou úrovní spadají do různých pásem mentálního postižení. K Downovu syndromu se přidružuje i celá řada dalších psychických a fyzických poruch, poruchy autistického spektra nevyjímaje. U 60 % postižených byla diagnostikována sluchová vada, 40-45 % trpí vadou srdeční, je u nich zvýšený výskyt leukémie, epilepsie, kožních onemocnění a spánkové apnoe (1). Lze říci, že Downův syndrom patří mezi nejčastější vrozené syndromy a je také nejčastější rozpoznatelnou příčinou mentálního postižení. Na svět přichází o něco více chlapců než dívek s tímto syndromem, rozdíl je nepatrný, příčina mírně vyššího výskytu u mužů není známa. Jednotlivce nelze vyléčit, ale součet jeho daných duševních, fyzických a genetických možností lze včasnou, správnou a vhodnou stimulací posunout na horní mez. Poddáním se nemoci a nezvratností vývoje lze stav jednotlivce fatálně poškodit. Downici s nejtěžším postižením jsou plně odkázáni na péči druhých. Přibližně 80-90 % downíků je schopno se naučit základním sociálním dovednostem a jejich intelekt odpovídá poloviční úrovni zdravého dítěte. Základní intelektový růst se zastavuje kolem patnáctého roku života a končí zpravidla na úrovni sedmiletého dítěte (10). Výsledky různých výzkumů ukazují, že výchova dětí s Downovým syndromem neznamena pro rodinu takový stres jako výchova dítěte s jiným mentálním postižením. Trpělivost a vytrvalost, to je nezbytný předpoklad pro výchovu všech mentálně postižených (9).

Přibližně jedna třetina dětí s Downovým syndromem se narodí se srdeční vadou. Mezi nejběžnější patří defekt předsíňokomorové přepážky, se kterým se narodí jedno za šesti narozených dětí s Downem. U jednoho z deseti dětí s Downem se vyskytuje defekt mezikomorové přepážky, jinak tato porucha patří k nejběžnějším poruchám srdce u dětí. Otevřená Botallova dučej se vyskytuje u jednoho z padesáti dětí s Downem. Pokud nejsou tyto vady včas odstraněny, může dojít k nevratnému zúžení cév. V tomto případě hovoříme o Eisenmengerovu komplexu. Jeho příznaky se podobají příznakům srdečního defektu. Tato forma selhání je však bohužel špatně léčitelná. Průměrně jedno ze sta dětí se narodí s Fallotovou tetralogií, kdy dochází současně ke čtyřem

abnormalitám. Kompletní odstranění Fallotovy tetralogie znamená složitou srdeční operaci (22).

Fetální alkoholový syndrom

Jedná se o soubor vrozených defektů, které se projeví u dítěte matky, která v době těhotenství pila nadměrné množství alkoholu. Tyto děti přicházejí na svět s narušenými psychomotorickými funkcemi jako je snížená paměť a rozumové schopnosti, dyskoordinace, poruchy učení chování a řečového vývoje. Mohou být také přítomné obličejové deformity, mezi ně řadíme rozštěpy patra, mikrocefalie, anomální dentice, strabismus nebo ptóza. Často bývají poškozeny játra, srdce, ledviny, sluch a zrak. Množství příznaků je závislé na dávkách alkoholu, časovém intervalu a citlivosti tkání matky a plodu (1). Fetální alkoholový syndrom je známý též pod zkratkou FAS, je charakterizován defekty ve tvaru lebky, končetin a mentálním postižením (12).

Poruchy autistického spektra

Zkušenosti z pobytových služeb ukazují, že zde žije celá řada dospělých lidí, kteří mají ve svém chování menší či větší známky autismu a přitom u nich nikdy nebyla diagnostikovaná porucha autistického spektra (PAS). Často je o tyto klienty pečováno jako o lidi s mentálním postižením. Lidé s autismem jsou spíše samotáři, proto snaha začlenit je do kolektivu a přizpůsobit se požadavkům a určitým zvyklostem se u nich setkává s nepochopením a často je prvotní příčinou jejich problémového chování (extrémní pasivita nebo naopak afektivní chování). Dostanou-li se do složité situace, kterou nejsou schopni zvládat, nerozumějí jí či nemají jiné prostředky k tomu, jak by své pocity sdělili, pak jejich reakce může být agresivní vůči personálu, bezdůvodně křičí nebo se válí po zemi. Pro řadu lidí s PAS je život v pobytových službách výhodou, mají zde pevně stanovený režim a mnozí se tak dokážou přizpůsobit. Problémové chování nastane ve chvíli, kdy dojde ke změně režimu. Některým však nestačí pouze pevný řád, chtějí pracovat, navazovat kontakty s ostatními, ale protože nevědí jak, dělají to často nepřiměřenou formou a personál to často zhodnotí jako problémové chování, které narůstá a řešení se nachází v pobytu v psychiatrické léčebně, kde dochází

k nárůstu medikace. Tím se však neřeší příčina, ale následky. Člověka s autismem bychom neměli nutit za každou cenu přizpůsobit se daným podmínkám, ale podmínky bychom měli přizpůsobit jemu (1). Autismus je ve své podstatě behaviorálním syndromem, jedinec je nejprve podroben psychologickému a psychiatrickému vyšetření, které upřesní, zda se opravdu jedná o PAS. Diagnóza je stanovena na základě projevů chování bez ohledu na možnou příčinu vzniku. Dále se stanoví potencionální souvislost PAS s jinou somatickou nemocí nebo genetickou anomálií Mezi nejčastější PAS patří atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha a Rettův syndrom. Lidé s autismem často stojí o přátelství, ale nevědí, jak jej mají navázat, udržet jej. Snaží se tedy o kontakt neobratným způsobem a jejich odlišné zájmy a jiný způsob komunikace je staví mimo kolektiv vrstevníků. Chtějí získat pozornost a přátele, ale přitom se chovají sociálně nevhodně a jejich sociální naivity pod příslibem přátelství dokáží vrstevníci využít. Pro mnohé dospělé s autismem není oční kontakt přirozený, přesto rozdíl od běžného očního kontaktu může být nepatrný či nepostřehnutelný (33).

1.2 Sexualita

„Sex má v životě člověka nejen funkci reprodukční, ale také má funkci rekreačně-relaxační a sociálně-komunikační, a harmonické rozvíjení funkcí sexu je provázené s rozvojem osobnosti.“ (Novosad, 2000, s. 39)

Sexualita je nedílnou součástí lidského života, vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý má právo na prožití vlastní sexuality. Sexualita se týká sexuální identity jedince a sexuálních vztahů, kdy všechny úrovně sexuality jsou rovnocenné. Sexualita je možná i mimo rámec manželství a sexualita mezi lidmi stejného pohlaví je stejně hodnotná jako mezi mužem a ženou, homosexualita tedy není deviace. Mentálně postižení mají právo na prožití vlastní sexuality, právo na řádnou zdravotní péči, na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality. Nelze opomenout ani právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání, to vše vychází z Deklarace práv duševně postižených (příloha 3). Všeobecně lze říct, že sexuální chování osob s mentálním postižením je podobné jako u ostatních lidí i když je pravdou, že mnohem méně často končí samotným pohlavním stykem. Mezi nejběžnější sexuální

aktivity osob s mentálním postižením patří objímání, líbání (někdy francouzské polibky) a tělesné doteky vůbec. Většina sexuálních projevů je heterosexuálních, homosexuální projevy bývají pojmenovány jako „přátelské,“ což může být na škodu pro rozvoj běžné sexuální aktivity u homosexuálních osob s mentálním postižením. Bohužel je pravdou, že osoby s mentálním postižením mají často sexuální aktivitu jenom na základě omezené volby, manipulace, osamělosti a pod hrozbou fyzické síly druhé osoby, než jako výraz vlastní sexuality (30).

1.2.1 Metodika sexuální výchovy MP

Není žádný rozumný důvod, proč by se měla sexuální výchova mentálně postižených do nástupu dospívání lišit od sexuální výchovy ostatních dětí. Rodiče a vychovatelé se často vyhýbají sexuální výchově především kvůli své vlastní nejistotě. Bohužel, jen málo jim v tom pomáhají odborníci. Samozřejmě, že se problémy modifikují podle druhu a stupně postižení. Je velmi obtížné hovořit například s neslyšícími o složitých otázkách nejintimnějších mezilidských vztahů a o jejich etice. Ponechat však mentálně postižené bez přípravy, aby se se svými problémy vypořádali sami, podle svých schopností je špatné. Ani postiženým se nevyhne dospívání se všemi fyzickými a psychickými výkyvy, které je doprovází. U nejvíce mentálně postižených je důležitá především ochrana před jejich zneužitím a u děvčat před možným otěhotněním. U jedinců, kteří jsou schopni určité sociální samostatnosti, není důvod, proč by neměli a nemohli založit zdravou rodinu (18). Program vzdělávání v oblasti lidské sexuality se sestává z témat fyziologie, sociální záležitosti a otázek. Jde především o seznámení klientů s mužskou a ženskou anatomií pohlavních orgánů, jejich vývojovým procesem a specifických orgánových funkcí. Sem také patří sexuální styk, početí, antikoncepce, těhotenství, porod a v neposlední řadě také sexuálně přenosné nemoci. Je důležité vysvětlit sexuální rozdíly a podobnosti mezi mužem a ženou, otázky rozvíjení vztahů a důvěrností. Není možné realizovat výchovu v oblasti sexuality osob s mentálním postižením bez vzdělaného a proškoleného personálu. Je žádoucí vytvořit systém vzdělávacích akcí a doškolovacích aktivit pro pracovníky v přímé péči, jenom tak bude zaručen odborný přístup k sexualitě uživatelů služeb. Cíleně připravované programy by měly být povinné pro všechny zaměstnance. Podle výzkumu, který v ČR provedla

Spilková (24) je nejvíce problémové toto chování klientů: masturbace, seznamování a navazování vztahů.

Od r. 2005 se konají semináře, které nabídla Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu Praha. Semináře pomáhají zaplnit chybějící témata vzdělávání pracovníků sociálních služeb v zařízeních pro osoby s mentálním postižením a v r. 2006 získaly akreditaci České asociace sester. Od r. 2008 je Sexuální výchova u osob s mentálním postižením akreditována jako vzdělávací program Ministerstva práce a sociálních věcí. Svým obsahem semináře naplňují cíle, které jsou stanoveny ve standardech kvality sociálních služeb. Pro vzdělávání v oblasti sexuality je možné použít také australský model (Chivers a Mathieson). Autoři tohoto modelu provedli analýzu faktů v zařízeních poskytující sociální služby. Kladou důraz na osobní přístup zaměstnanců k sexualitě, na význam směrnic v daném zařízení, které jsou důležité pro dodržování lidských práv a na ochranu klienta. Během výzkumu zjistili, že poskytovatelé mají největší problém s mužskou masturbací na veřejnosti či v přítomnosti ženského personálu. Dotazovaní klienti toužili po navazování důvěrných vztahů, ale právě v těchto otázkách by uvítali větší podporu a pomoc za strany personálu. Kriticky se staví k názorům, že je důležité věnovat hodně času masturbaci, vzdělání se omezuje pouze na vazby k razantnímu sexu. Kdo není schopen pohlavního styku, ten, jako by neměl právo na sexuální vzdělání, protože nemá prý žádné sexuální potřeby.

Podle poznatků účastníků seminářů o sexualitě mentálně postižených lze vyvodit, že i v zařízeních sociálních služeb v ČR zaměstnanci vnímají neadekvátní chování sexuálního charakteru klientů a často se cítí bezradní. Nechtějí používat restriktivních opatření, aby nedošlo k narušení práv a důstojnosti klienta a jiné způsoby neznají. Praktiky jako je fyzické zabránění chování, podání sedativ či izolace jsou velmi přísně sledovány. Zaměstnanci jsou bezradní, jako by přebírali odpovědnost za chování klientů. Potřebují získat dovednosti a jistotu v přiměřeném přístupu ke klientům (27).

Poskytovatelé sociálních služeb se musí snažit pomoci lidem s mentálním postižením prožít jejich sexualitu způsobem, který si sami zvolí a který jim vyhovuje, nesmí to však být v rozporu se zájmy ostatních. Podávané informace by měli být

přístupné vzhledem k míře postižení, mentální a tělesné vyspělosti, projevům v chování a zájmu o sexualitu. V podvědomí by však mělo i nadále být, že nejdůležitějším hlediskem sexuálního vztahu je rovnocennost a dobrovolnost lidí v něm. Jenom výchovou a vedením směřujeme k odpovědnosti, toleranci, úctě a plnosti citového prožívání (37).

1.2.2 Přístup k sexualitě osob s mentálním postižením

Přístup k sexualitě mentálně postižených často ovlivňují mýty. Například: lidé s postižením nemají sexuální touhy, nemohou mít „opravdový“ sex, nemohou být romantickými partnery, nejsou terčem sexuálních útoků, svůj sexuální pud nejsou schopni kontrolovat. Velmi zastaralým je názor široké veřejnosti o úplné neschopnosti a nekompetentnosti být rodičem (30). Mezi českými a zahraničními odborníky věnujícími se problematice sexuality osob s mentálním postižením je shoda v názoru, na jaké cílové skupiny je nutné se zaměřit při cílené sexuální osvětě a výchově. Jedná se o osoby s mentálním postižením, rodiče, zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, poskytovatele služeb a také veřejnost. Je důležité, aby v každém zařízení, které poskytuje služby osobám s mentálním postižením, byl vytvořen dokument, který umožňuje pracovníkům a tak i uživatelům služeb zorientovat se ve správném postupu při řešení otázek v oblasti sexuality. Jenom tak lze zajistit, aby právo klientů nebylo porušováno, klienti se tak budou cítit jistější ve svém chování. Stává se, že chování osob s mentálním postižením je zaměstnanci pochopeno tak, jako by mělo sexuální podtext, ale opak je pravdou. Jenom jasná koncepce zařízení, poučený personál, klienti, opatrovníci či zákonní zástupci, zajistí adekvátní zpětnou vazbu (27).

Můžeme konstatovat, že zatím se v České republice daří jen pomalu prosazovat práva osob s mentálním postižením ve vztahu k prožívání vlastní sexuality a práva na systematickou osvětlu a výchovu. Bohužel se toto týká nejenom široké veřejnosti, ale také veřejnosti odborné. V základní filosofii zahraničních autorů je potřeba respektovat práva dospělých s mentálním postižením, především právo na sebeurčení, které zahrnuje vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny. Musíme připustit, že dospělí s mentálním postižením v pobytových zařízeních prožívají hluboké vztahy

intimity a také vztahy neintimní, tedy vztahy přátelské. Stále chybí cílené poučení v oblasti sexuality pro lidi pracující s mentálně postiženými. Filozofie zařízení může poskytnout rámec pravidel do takové míry, jak jen je svobodné rozhodování možné. Pomocí interdisciplinárního týmu, může být stanoveno, ve kterých oblastech je klient plně schopen nést zodpovědnost za své chování a ve kterých oblastech není. Je nutné stanovit rizika voleb jednotlivce a za jednotlivce. Zatím se bohužel v této oblasti nenašel jednotný přístup ze strany zařízení, jejich zřizovatelů ani ministerstev (28).

V ČR zatím tedy neexistuje žádná metodika nebo norma, podle které by byl zaměstnavatel povinen zabezpečit vzdělávání zaměstnanců v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením. Vzdělání v této oblasti zajistí všem zúčastněným daleko větší jistotu v otázkách sexuality. V zahraničí je naprostou samozřejmostí vzdělávat poskytovatele i klienty. Vytvořený vzdělávací program tak umožňuje včas rozeznat například příznaky sexuálního obtěžování a umožní osobě s mentálním postižením získat vědomosti a dovednosti jak se tomuto bránit. Zároveň se zlepšuje přiměřenost sociálního kontaktu s ostatními, aby se nestalo, že klient bude obviněn ze sexuálního zneužívání nebo obtěžování (29).

1.2.3 Právní problematika sexuality osob s mentálním postižením

Na problematiku osob s mentálním postižením se můžeme dívat minimálně ze dvou hledisek. Prvním hlediskem je ochrana těchto osob před nejrůznějšími formami pohlavního zneužívání, které může začínat nenápadným dotykovým kontaktem a může končit brutálním znásilněním. Trestní zákon v platném znění poskytuje širokou a dostatečnou ochranu intimní sféře a tělesné integritě každého jednotlivce, a to bez ohledu na jeho tělesný nebo psychický stav. Sexuálně motivované trestné činy jsou soustředěny v VIII. hlavě trestního zákona. V prvním oddíle jsou soustředěny trestné činy proti svobodě člověka, ve druhém oddíle proti důstojnosti člověka. Oba oddíly jsou vzájemně provázány a je mezi nimi souvislost. Mezi nejzávažnější trestní čin sexuálně motivovaným je vedle vraždy znásilnění podle §241 trestního zákona. K jeho naplnění dojde při uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředního násilí nebo zneužití bezbrannosti jiného, tedy oběti trestného činu. U znásilnění je objektem trestného činu právo

svobodného rozhodování o vlastním pohlavním životě. Podle Listiny základních práv a svobod jsou tato lidská práva nedotknutelná a mohou být omezena jenom zákonem (15).

Přihlédneme-li k tomu, že uživatelé sociálních služeb bývají i osoby plně způsobilé k právním úkonům, vztahuje se na ně také trestní zákon. V něm se nijak nezohledňuje věk mentální, ale pouze věk chronologický. Můžeme zde uvést další možné příklady trestných činů, se kterými se mohou klienti setkat, ať už jako pachatelé, či oběti. Patří mezi ně: svádění k pohlavnímu styku, ohrožování pohlavní nemocí, omezování osobní svobody a již zmíněné znásilnění (27). Dodržování lidských práv u osob s mentálním postižením zatím v žádné společnosti a v žádné zemi není naprostou samozřejmostí. Vztahují se na ně všechna lidská práva stejně jako na ostatní lidské bytosti. Respektování lidských práv a svobod je základem pro spravedlivé uspořádání v každé společnosti. Existují různá sdružení a organizace, které dodržování těchto práv u mentálně postižených sledují. Často se v nich angažují i lidé s lehčím mentálním postižením, kteří jsou schopni vyjádřit své potřeby a požadavky (31). Od ledna roku 2010 vešel v platnost nový trestní zákon č. 40/2009, ve kterém lze vymezit několik principů, kterými se liší od toho původního. V popředí stojí především zájmy jednotlivce, nikoliv společnosti. Došlo ke sjednocení a kompatibilitě s právem EU. U některých činů došlo ke snížení dolní hranice trestní sazby odnětí svobody, např. u znásilnění na šest měsíců. Na doporučení EU byl nově uzákoněn delikt – sexuální nátlak (2).

1.2.4 Sexuální agrese – znásilnění

Osoby s mentálním postižením jsou z mnoha důvodů atraktivní pro sexuální útočníky. Ti prostě jenom někdy využijí příležitost, kdy oběť s mentálním postižením je pro svou bezbrannost, závislost či důvěřivost pro ně snadnou kořistí. Je možné, že mentálně postižení situaci nechápu, podcení nebezpečí, ale někdy také bezděčně mohou provokovat, třeba svým chováním nebo oblečením. Předpokládají, že závěrečné NE bude respektováno. Riziko sex. agrese můžeme rozdělit na riziko, které přichází ze strany zdravých vrstevníků, nebo může hrozit ze strany vrstevníků se stejným nebo jiným postižením. Aktuální je také riziko ze strany blízkého okolí, ať už je to rodina,

nebo pracovníci, kteří jsou zapojeni do péče o klienty. Pokud se pachatelem sexuální agrese stane klient, může to být následkem jeho jiného hodnotového systému, kdy např. agresivní dobývání je bráno jako norma. Osoby s mentálním postižením mohou být frustrovány z abstinence, často mívají vysokou pudovou výbavu (7). Můžeme tedy říci, že za sexuální zneužívání lze považovat takové chování, kdy je konána sexuální aktivita bez souhlasu druhé osoby. Personál je v pozici důvěry a síly, jakákoliv sexuální aktivita mezi ním a uživatelem služby je považována za sexuální zneužívání. To se může odehrávat v jakémkoliv prostředí a čase, tedy také v době vycházek mimo zařízení, nebo při návštěvě příbuzných. Každý má právo žít bez sexuálního zneužívání a obtěžování, žádné nesmí být tedy tolerováno a sebemenší podezření se musí oznámit (27). Mezi další formy sex. zneužívání patří:

Exhibicionismus

Lze zařadit do bezkontaktní formy, kdy dospělý ukazuje své genitálie.

Harassment

Obecně o něm hovoříme jako o znepokojování či zneklidňování slovními výpady nebo kontaktní formou (obecně známé poplácávání po zadku), případně tisknutí k sobě, kdy má toto chování jasný sexuální podtext, ale aktér toto odmítá.

Obtěžování

Je při něm oběť osahávána na erotogenních zónách, líbána. Často je toto doprovázeno slovním obtěžováním, vulgárními výrazy a gesty.

Sexuální útok

Je zde patrné užití síly ze strany agresora a obranná reakce oběti. Patří sem dotýkání se erotogenních zón, mazlení se s nimi, ubližování se děje vnikáním do nich, ať už jazykem, prstem či nějakým předmětem. Agresor může nutit oběť k masturbaci, nebo k intrafemorálnímu koitu.

Znásilnění

Je vynucené vniknutí do vagíny, konečníku nebo úst oběti penisem. Incest je sexuální obtěžování mezi příslušníky rodiny.

Pedofilní obtěžování

Je kontaktní forma obtěžování prepubertálního dítěte jakýmkoli dospělým (28).

Syndrom přizpůsobení se sex. zneužití

Tento syndrom má pět fází. V první fázi dochází k utajování, kdy oběť může být naváděna k udržení společného tajemství. Ve druhé fázi můžeme hovořit o určité bezmocnosti, kdy oběť není schopna se bránit, zvláště tam, kde je odkázána na péči pachatele. Při třetí fázi dochází ke svedení a přizpůsobení, u oběti lze sledovat rozštěpení hodnot, kdy se snaží podřídit a „být hodný“ a tak si získat lásku a přijetí. Ve čtvrté fázi vidíme opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení, oběť vše nahlásí opožděně a tím je vše více nevěrohodné. Při páté fázi oběť odvolává svou výpověď, nejčastěji tak činí pro pocit vlastní viny, pro strach a pocit ohrožení. Riziko sex. zneužívání klientů můžeme účelně minimalizovat pouze v případě důsledného dodržování jejich práv. Zneužití pro ně vždy znamená celoživotní zraňující událost a často na dlouhou dobu naruší jeho fyzickou a psychickou pohodu (28).

1.2.5 Partnerské vztahy a sexuální život MP

„Pro postiženého člověka má získání partnera větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu takového vztahu, o jeho symbolický význam“ (Vágnerová 1999, s. 119)

V posledních letech se v této oblasti vztah k sexualitě v práci s lidmi s mentálním postižením velmi liberalizoval, ale i nadále zůstává těžkým a často neřešitelným problémem, zda a jak mohou partnersky a sexuálně žít. V případě mentálně postižených jsou podmínky pro existenci partnerských vztahů a pro sexuální život obecně velmi omezené, přestože je instituce respektují či podporují, což se ale neděje všude. Společenské, osobnostní, názorové nebo vývojové faktory zde hrají často podstatnou roli. Otázkou zůstává, jestli jsou nějaké možnosti, jak s tímto tématem zacházet v každodenním životě se zaměřením na osobu. Především je třeba si ujasnit, o co zúčastněným osobám jde, jak si ony představují vztah, jaké mají schopnosti a podmínky. Utvářet rámec a prostor pro vlastní rozhodování v oblasti vztahů a tak, aby byla respektována osobní svoboda lidí s postižením a přitom bylo zachováno jejich právo na lásku, přátelství a sexuální život a zároveň aby měli zaručenou důležitou ochranu před nebezpečím násilí, nechtěného těhotenství nebo AIDS je velmi těžké a

často bývá na ostří nože. Pracovníci v sociálních službách mají tendenci vkládat do lidí s postižením své vlastní ideály a představy o tom jak mají vztahy vypadat. Normy, ze kterých však vycházejí ne vždy odpovídají lidem s postižením. Přání klientů být „normální“ v oblasti mezilidských vztahů je silné, přestože často nebývá vůbec jasné, co si představují pod pojmy jako: mít přítele, oženit se, vdát se. Nejdůležitější je být stále naprosto konkrétní a pragmatičtí a zapomenout na představy o tom, jak by to mělo být (19).

1.2.5.1 Rodičovství mentálně postižených

V roce 1994 se konala v Káhiře Celosvětová konference o populaci a o rozvoji. Konference se především soustředila na otázky sexuality a zdraví, její program přijalo všech 170 zúčastněných zemí a sexuální a reprodukční zdraví bylo označeno za základní lidské právo. Přestože v programu není zmínka o mentálně postižené populaci, lze jednoznačně vyčíst deklaraci rovných práv všech lidí bez rozdílu pohlaví, národnosti, rasy, sexuální orientace nebo náboženského vyznání. U mentálně postižené populace však nemůžeme opomenout problematiku nežádoucího těhotenství. Problematika antikoncepce se týká především osob s nižším stupněm mentálního postižení (34). Klienti mají právo na přístup, který jim umožní s podporou vychovávat jejich děti v prostředí jejich domova a právo rozhodnout se sami, zda chtějí být sterilizováni, bez ohledu na tíži jejich mentálního postižení. Mají tedy právo přijímat zodpovědnost za svá rozhodnutí, právo mít a vychovávat děti s podporou, je-li nutná.

Osoba s mentálním postižením nemůže být donucena ke sterilizaci. U části poskytovatelů služeb a ve společnosti přetrvávají předsudky vyplývající z nedostatku informací, které v podstatě popírají základní právo mentálně postiženého, totiž právo mít dítě. Je to velmi citlivý problém, kdy na jedné straně nemůže být porušeno právo rodičovství mentálně postižené osoby, ale na straně druhé je nesmírné riziko ve vztahu k budoucímu dítěti a budoucímu rodiči. Pokud rodič nemá dostatečné sociální zázemí a není schopen plnit rodičovskou úlohu, hrozí zanedbání dítěte, kdy jeho odebrání je často jediným možným řešením (28).

1.2.5.2 Regulace porodnosti

Antikoncepce a kontracepce by se měla používat pouze tam, kde se klienti po vzájemném souhlasu intimně stýkají. Protože si personál uvědomuje případné následky a rizika, vše je písemně dokumentováno v osobním spisu klienta. Pokud má klient významné překážky v oblasti komunikace, je otázka regulace mnohem problematičtější. Regulace porodnosti přicházejí v úvahu u všech klientů, u kterých lze předpokládat, že budou provozovat důvěrné formy sexuální aktivity. Klient by se měl aktivně zúčastnit porady s lékařem a na základě jeho doporučení a schopností klienta by mělo dojít k výběru vhodné antikoncepce. Personál nemá ovlivňovat rozhodnutí klienta. Zvolená antikoncepce by měla klientovi poskytnout maximální výhody a minimální rizika pro klienta s ohledem na jeho priority a životní volby (27). Problematika antikoncepce se týká především osob s menším stupněm mentálního postižení. Jakákoliv antikoncepce by měla být důsledkem dobrovolného rozhodnutí klientky s plným uplatněním lidského práva na plánované rodičovství. Zcela nevhodnou se pro mentálně postižené jeví metoda periodické abstinence, kdy snížená mentální schopnost klientů činí z tohoto způsobu ochrany metodu zatíženou příliš velkým počtem selhání. Použití kondomu lze doporučit v případě, kdy klient je toho schopen a je náležitě poučen. Ženská hormonální antikoncepce se jeví jako poněkud problematická, jde především o komplikace v každodenním užívání. Žena s mentálním handicapem je k vynechání tablety více disponovaná, přestože někteří psychologové tvrdí opak, kdy užívání hormonální antikoncepce v těchto ženách upevňuje pocit zodpovědnosti při regulaci vlastní porodnosti. Ve většině případů mentálně postižených dívek je preferována dlouhodobě působící antikoncepce. Jako ideální se jeví čtyřikrát do roka aplikovaná gestagenní antikoncepce (Depo Provera) především pro klientky sociálních zařízení. Jako určitá nevýhoda se může jevit občasná nepravidelnost menstruačního cyklu, stejně jako u aplikace podkožních tyčinek Implanon. Zatím nejsou zkušenosti s náplast'ovou antikoncepcí u mentálně postižených děvčat, ale do budoucna by právě tato forma antikoncepce mohla představovat ideální způsob ochrany pro mentálně postižené (34). Mentálně postižené klientky se jeví jako nestejnorodá skupina s různou mírou a typem postižení. Pocházejí z různých sociálních zázemí, velmi důležitý je vždy

individuální přístup. Často mají další doprovodná onemocnění. Mezi ně patří především záchvatovitá onemocnění. Antikoncepce by měla být především účinná, bezpečná, dostupná, finančně přijatelná a akceptovatelná. Tato hlediska splňuje nejvíce antikoncepce hormonální, je velmi spolehlivá, riziko selhání je v desetinách promile. Zároveň je možné využít její léčebné účinky při poruchách cyklu nebo akné. Zanedbatelná není ani její prevence u osteoporózy. Pomáhá při redukci zánětů vnitřních rodidel. Vždy je ale nutné položit si základní otázky. Jaký přístup k antikoncepci má sama klientka, zda spolupracuje nebo je pasivní. Jaký má rozsah mentálního postižení. Jak psychicky a fyzicky zvládá menstruaci, nebo zda jsou záchvatovité stavy vázány na menses. V každém případě musí být maximálně individuální přístup ke klientce, kdy je nutné přihlídnout také k aspektům sociálním a kdy spolupráce s rodinou má v této otázce nezastupitelné místo (5).

1.3 Počátky ústavní péče

Již ve starověkém Egyptě existovala léčebná místa, kde se shromažďovali nemocní, lékaři i studenti medicíny, tato místa nebyla vyhledávána pro věhlas lékařů, ale protože byla považována za sídla bohů, v jejichž moci bylo uzdravení. Z antiky se nedochovala žádná zpráva o zařízeních pro chudé, nepodařené či nechtěné děti byly rovnou zabíjeny nebo odkládány. Pokud je někdo našel, mohl si je nechat a prohlásit za své potomky nebo se z nich mohli stát otroci. Zakládání zvláštních útulků pro handicapované lidi a sirotky se objevuje až s křesťanstvím. Církev těmito snahami založenými na ideálu křesťanské lásky k bližnímu předjímá úlohu novodobého státu, který nutnost vzájemné pomoci odvozuje od jiného ideálu, od solidarity občanů. Antika uznávala existenci duševních poruch, středověk interpretoval duševní nemoci v rámci náboženských konceptů. Většina duševně nemocných žila volně ve společnosti, jen menšina byla držena na zvláštních odděleních středověkých špitálů. Teprve koncem 17. a začátkem 18. století jsou duševně nemocní vylučováni ze společnosti a jsou pro ně zřizovány ústavy. Společně s kriminálníky, zběhy, sirotky, všichni spadají do jedné kategorie, lidé, kteří se nemohou podílet na výrobě. Až koncem 19. a začátkem 20. století ústavy, které původně sloužily k vylučování postižených lidí ze společnosti,

se začínají konečně orientovat na potřeby svých klientů a kladou na ně důraz. Ústavních forem ubývá ve prospěch forem neústavních. Klienti mají možnost volby (14). V současné době platí zákon 108/2006 o sociálních službách, podle kterého se musí řídit pobytová zařízení a všechna další, kterých se tento zákon dotýká.

1.3.1 Počátky péče o duševně nemocné a MP

Po staletí byla péče o duševně nemocné rozdělena na milosrdnou pomoc a nemilosrdnou represí. Záleželo jen na místních podmínkách, společenské vrstvě, ale především na projevech choroby a jejím trvání. V Rakousku – Uhersku se císař Josef II. zasloužil o zásadní modernizaci státu, jeho institucí a legislativy.

Jenom v nejvyspělejších částech monarchie patřilo zřizování státních sociálních a zdravotních institucí. V Praze se jednalo o nalezinec, chudobinec, ústav pro hluchoněmé, porodnici, nemocnici a také blázinec, který byl otevřen 1790. Dodnes stojí budova v areálu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V čele zařízení byl podchirurg, který absolvoval krátké studium na univerzitě. Ošetřovanci se mohli během dne pohybovat po chodbách a při pěkném počasí trávili čas v zahradě. Zřízení museli být ženatí, aby se minimalizovala možnost zneužívání pacientek. Tento ústav měl spíše vězeňský charakter, nebyla velká snaha o léčení pacientů a ti byli vystaveni hrubému zacházení. Přestože kapacita byla 54 osob, byl stav nemocných v roce 1791 celkem 93 osob. Ošetřovné se dělilo do třech tříd podle majetku, nemajetní byli ošetřováni zdarma. Toto rozdělení přetrvalo až do pol. 20 st.

Praxe v tomto ústavu byla předmětem velké kritiky a trvale nevyhovující podmínky, které zde byly, si vynutily zakoupení augustiánského kláštera sv. Kateřiny (dnes zde sídlí neurologická klinika 1. LF UK v Praze. Největší změnou bylo v r. 1830 jmenování Dr. Josefa G. Riedela sekundářem. V r. 1838 byl jmenován primářem. Současně v tomto období roste zájem o duševní poruchy a tím ke vzniku nového oboru. Byla odstartována snaha o humánní ošetřování a hledání léčebných možností namísto vězeňského stylu „ošetřování“. Dr. Riedel sledoval především německou literaturu a novinky v jednom z nejstarších psychiatrických ústavů v Sonnensteinu. Jako první se stal roku 1840 docentem psychiatrie v rakouském mocnářství a začal pravidelně

přednášet na pražské univerzitě. Riedel dal podnět k další stavbě, Novému domu. Ten byl vystaven v letech 1840-1844. Je to velmi rozsáhlá budova a dnes v ní sídlí Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze. V roce 1845 byl ústav zcela samostatný a Dr. Riedel byl císařem jmenován do funkce ředitele. Nejdůležitějším terapeutickým prostředkem se stalo zaměstnávání nemocných, prací nebo zábavou. Dr. Riedel dbal na to, aby za práci byli nemocní odměňováni alespoň malou peněžitou částkou. Pro pacienty se pořádaly výlety, návštěvy koncertů a divadel. Měřítkem pokrokovosti ústavů bylo množství a způsob užívání restriktivních opatření. V roce 1860 přešlo zdravotnictví včetně ústavů pod zemskou správu. Pražský ústav nezvládal nápor nemocných a začaly se budovat další objekty, které později získaly právní subjektivitu a spádovou oblast (3).

1.3.2 Zdravotní péče a pobytové služby

Otázka poskytování a financování zdravotní péče v pobytových službách je jednou z dlouhodobějších a nejvýznamnějších problémů, které musí poskytovatelé sociálních služeb řešit. Do konce roku 1991 byla zdravotní péče v ústavech sociální péče poskytována ve smyslu ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, v platném znění. Stát poskytoval zdravotní služby prostřednictvím svých zařízení, nebyla však rozlišena zdravotnická zařízení a ústavy sociální péče. Zdravotnické zařízení bylo definováno jako místo, kde se zdravotní péče poskytuje bez ohledu na oprávněnost subjektu zdravotní péči poskytovat, protože zákon vycházel z toho, že se zdravotní péče poskytovala i jinde než ve zdravotnických zařízeních. Do konce r. 1991 byly tedy ústavy sociální péče zdravotní péči oprávněny poskytovat. Od ledna 1992 byl zákon č. 20/1966 Sb. novelizován zákonem č. 548/1991 Sb., podle něj mohou zdravotní péči poskytovat pouze zdravotnická zařízení státu, obcí a právnických a fyzických osob. Na rozdíl od dřívější právní úpravy mohou poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení, tedy subjekty, které mají statut zdravotnických zařízení a oprávnění udělené státním orgánem. Ostatní právnické osoby mohou poskytovat zdravotní péči pouze na základě rozhodnutí o registraci ve smyslu paragrafu 10 zákona č. 160/1992 Sb. Ze soudně znaleckého posudku zpracovaného odborníky Geriatrické

kliniky VFN a I. Lékařské fakulty UK V Praze jednoznačně vyplývá, že vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku většiny obyvatel v pobytových službách je třeba hodnotit zdravotnickou péči jim poskytovanou jako nutnou a neodkladnou, kdy při jejím odložení by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu. Celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních nikdy neklesly pod 40 % celkových provozních nákladů těchto zařízení (20). Přijetím sociálního zákona byly sice vytvořeny legislativní podmínky, nicméně rovnovážné podmínky pro poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociálních služeb v lůžkových zařízeních stále nebyly vytvořeny a pobytová zařízení sociálních služeb jsou krácena na svých zákonných požadavcích. Jako vhodné se jeví vytvoření samostatného vzdělávacího projektu pro zdravotnické pracovníky v pobytových službách, aby tito získali potřebné vědomosti a byli rovnocennými partnery pro pracovníky zdravotních pojišťoven a mohli tak lépe obhájit své zákonem definované nároky (21).

1.4 Sexuální výchova v ošetrovatelství

Ošetrovatelství se zabývá zdravím člověka jako jedince, ale také jako člena společenské skupiny. Pro svou teoretickou a metodologickou základnu čerpá z mnoha přírodovědných a společenských disciplín. Prvky, které obsahuje, vycházejí z praktické zdravotnické profese a podílí se na holistickém přístupu k člověku. Spolupráce ošetrovatelství s ostatními vědeckými disciplínami se v posledních letech stále rozvíjí ve všech oblastech lidského života a sexualita není výjimkou. Profesionálové v oblasti sexuality se v ošetrovatelské péči věnují primární a sekundární edukaci, která je integrální součástí ošetrovatelské péče. Cílem je, aby každý jedinec mohl disponovat vědomostmi, dovednostmi, zručností a motivací pro způsob života, který přispívá k podpoře zdraví a prevenci onemocnění. V ošetrovatelství může všeobecná sestra významným způsobem ovlivnit sexuální chování jednotlivců. Při sběru ošetrovatelské anamnézy se zaměřuje také na oblast sexuality, kdy je s jednotlivcem mnohem více v užším kontaktu, než je lékař. Významným faktorem zasahujícím do sexuality každého jednotlivce je pravidelná životospráva, sledování hladiny cholesterolu, jaterních testů,

bilirubinémie při užívání hormonální antikoncepce. V oblasti komunitního ošetrovatelství se v České republice začíná opět rozvíjet například edukace u romské komunity, která má rozdílné společenské vzorce od jiných komunit. Sexuální výchova má také významné místo ve výzkumných projektech na vysokých školách. Jde především o oblast prevence pohlavně přenosných chorob, životního stylu při užívání hormonální antikoncepce nebo prevence rakoviny děložního čípku. Ošetrovatelství se studuje na vysokých školách v bakalářských, navazujících magisterských a doktorských programech. Absolventi mají dostatečné znalosti v oblastech medicíny, ošetrovatelství, pedagogiky, sociologie a právní problematiky. Jejich zařazení do týmu profesionálů pro sexuální výchovu v celé společnosti, v různých terénech a komunitách je potřebné a nutné (36).

1.4.1 Ošetrovatelské diagnózy v oblasti sexuality

Diagnostická doména č. 6 VNÍMÁNÍ SEBE SAMA představuje podklady pro ošetrovatelskou diagnostiku v oblasti povědomí o sobě samém.

třída - Sebepojetí

riziko osamělosti 00054

ochota zlepšit sebepojetí 00167

situačně snížená sebeúcta 00120

Diagnostická doména č. 7 obsahuje podklady pro ošetrovatelskou diagnostiku v oblastech mezilidských vztahů a povědomí o projevech sociálních kontaktů.

třída - Role pečovatele

zhoršená rodičovská role 00056

riziko zhoršení rodičovské role 00057

ochota ke zlepšení rodičovské role 00164

třída - Vykonávání rolí

neefektivní plnění role 00055

poškozená sociální interakce 00052

Diagnostická doména č. 8 SEXUALITA obsahuje materiál k diagnostice ošetrovatelské v oblasti sexuální identity, sexuální funkce a reprodukce.

třída - Sexuální funkce

sexuální dysfunkce 00059

neefektivní sexuální život 00065

Diagnostická doména č. 9 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE- ODOLNOST VŮČI STRESU nám nabízí ošetřovatelské diagnózy, které také souvisejí se sexualitou.

třída - Posttraumatická odezva

traumatický syndrom po znásilnění 00142

tichá reakce traumatického syndromu po znásilnění 00144

smíšená reakce traumatického syndromu po znásilnění 00143

třída - Reakce na zvládání zátěže

strach 00148

úzkost 00146

chronický zármutek 00137

neefektivní popírání 00072

neefektivní zvládání zátěže 00069

anticipační smutek 00136

dysfunkční smutek 00135

riziko dysfunkčního smutku 00172 (13)

neznalost (4)

2. Cíl práce a hypotézy

Cílem mé práce bylo zjistit především schopnosti všeobecných sester, které pracují v sociálních pobytových službách. Zvolila jsem tedy tyto cíle a hypotézy.

Cíl 1 - je zjistit informovanost všeobecných sester o problematice sexuality osob s MP, žijících v pobytových zařízeních.

H 1 - všeobecné sestry mají dostatek informací o sexualitě MP, jejich znalosti souvisejí s možností se vzdělávat na toto téma.

Cíl 2 - je zjistit postoj všeobecných sester k partnerskému soužití osob s MP.

H 2 - všeobecné sestry chápou partnerské soužití osob s MP jako přínosné pro všechny strany.

Cíl 3 - je zjistit komunikační dovednosti všeobecných sester v oblasti sexuality u osob s MP.

H 3 - všeobecné sestry umí využít svých komunikačních dovedností s MP.

Cíl 4 - zjistit výši rizika obtěžování se sex. podtextem ze strany MP vůči sestře.

H 4 - riziko obtěžování ze strany MP vůči sestře je minimální.

3. METODIKA PRÁCE A VÝZKUMNÝ SOUBOR

3.1 Metodika práce

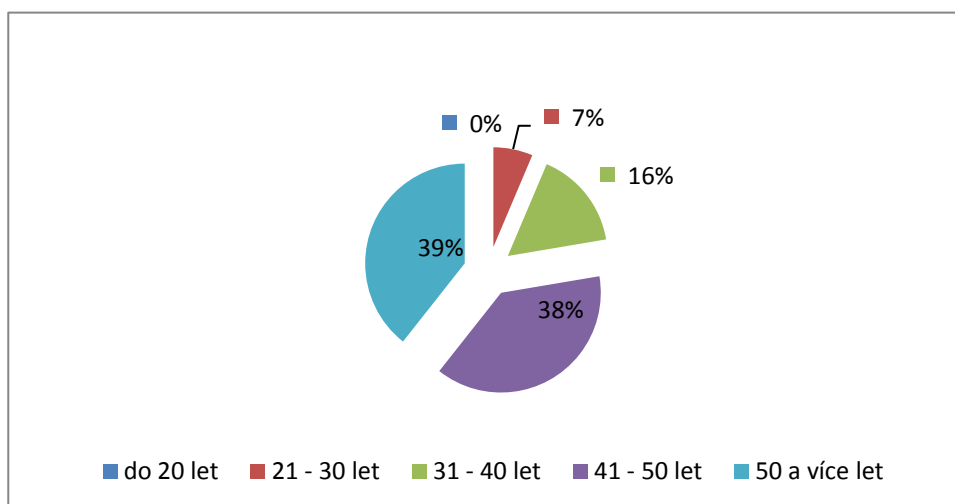
K dosažení zvolených cílů bakalářské práce a k verifikaci určených hypotéz byla použita forma kvantitativního výzkumu a metoda dotazování anonymním dotazníkem. Dotazník byl strukturovaný do několika oddílů a celkem obsahoval 33 otázek, otázky byly polootevřené a otevřené. Dotazník byl zahájen identifikačními otázkami (1-4). Další otázky byly zaměřeny na informovanost všeobecných sester o sexualitě mentálně postižených (5-8, 25-33). Další okruh otázek se zabýval sex. obtěžováním (9-16). Oblast otázek (17-22) byla zaměřena na sex. výchovu mentálně postižených a schopnosti všeobecných sester komunikovat s klienty na toto téma. Další oblast otázek byla zaměřena na párové soužití mentálně postižených a rodičovství (23-26). Data byla zpracována a do grafu převedena v programu MS Excel 2007.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor byl vybrán na stránkách MPSV, kde jsou registrovaná pobytová zařízení sociálních služeb z celé ČR. Výzkum začal v měsíci únoru a skončil v měsíci dubnu 2011. Dotazovány byly všeobecné sestry z pobytových zařízení, pro mentálně postižené. Bylo rozesláno 120 dotazníků (příloha 1) k analýze se vrátilo 104 dotazníků, návratnost dotazníků byla 86,6%. Pro neúplnost bylo nutné ze zpracování vyřadit 10 dotazníků. Při konečném zpracování čítal výzkumný soubor celkem 94 respondentů (všeobecných sester), kteří byli stanoveni jako 100% vyhodnocovaného souboru. Před vlastním výzkumem proběhla v měsíci lednu pilotní studie, která měla ukázat názor části běžné populace na sexualitu MP. Dotazník (příloha 2) obsahoval oblasti otázek sexuality, párového soužití a sex. obtěžování MP. Dotazník byl určen pro osoby starší osmnácti let a jinak nebyl zaměřen na žádnou cílovou skupinu a byl rozdáván zcela náhodně. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, 6 jich bylo pro neúplnost vyřazeno a 44 bylo zpracováno.

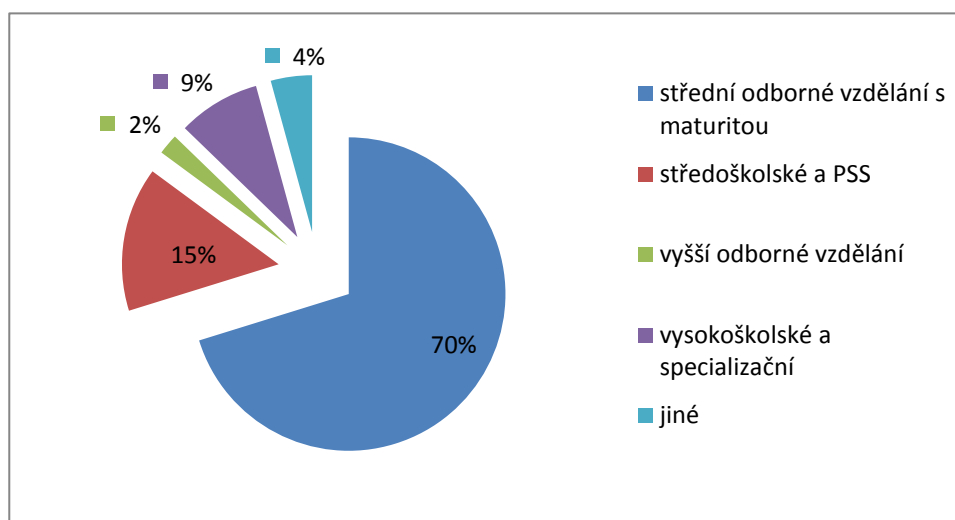
4. Výsledky

Graf 1 Věk



Graf 1 znázorňuje věkové složení respondentů, nejvíce respondentů bylo ve věku 50 a více let-37 (39%), mezi 41-50 let bylo 36 respondentů (38%), mezi 31-40 lety se pohyboval věk u 15 respondentů (16%), ve věku od 21-30 bylo pouhých 6 respondentů (7%).

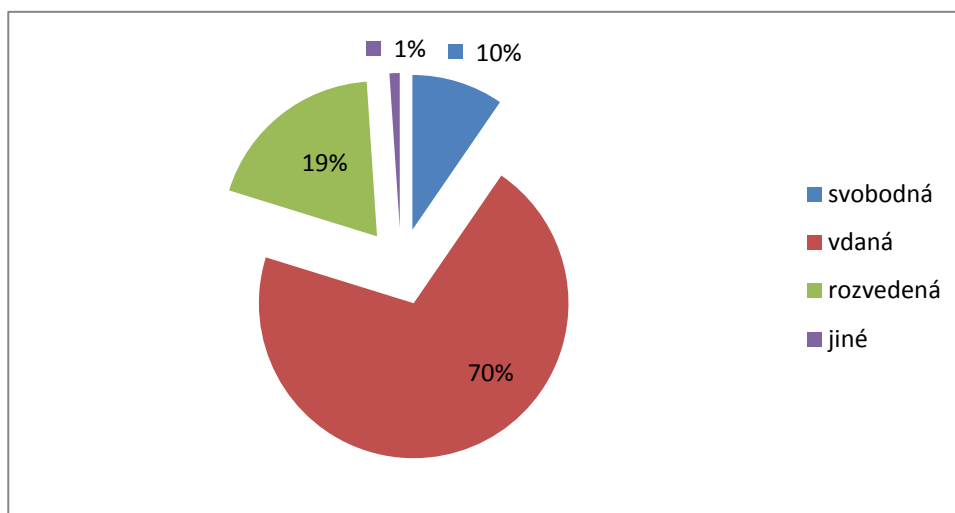
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 2 ukazuje v procentech nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, 66 (70%) má středoškolské vzdělání, 14 (15%) respondentů má vzdělání středoškolské a PSS, 8

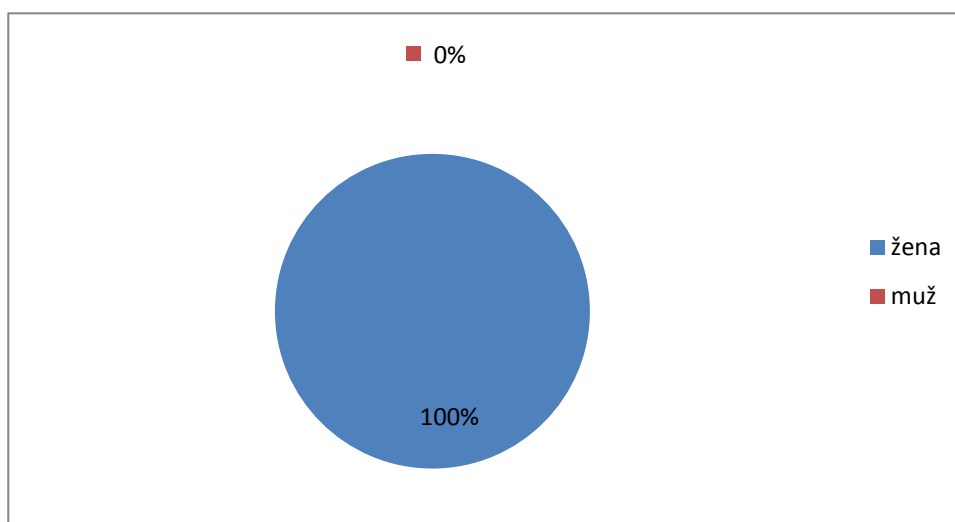
respondentů (9%) uvedlo vysokoškolské a specializační studium, jiné vzdělání uvedli 4 (4%) respondenti a 2 (2%) vyšší odborné vzdělání.

Graf 3 Stav respondentů



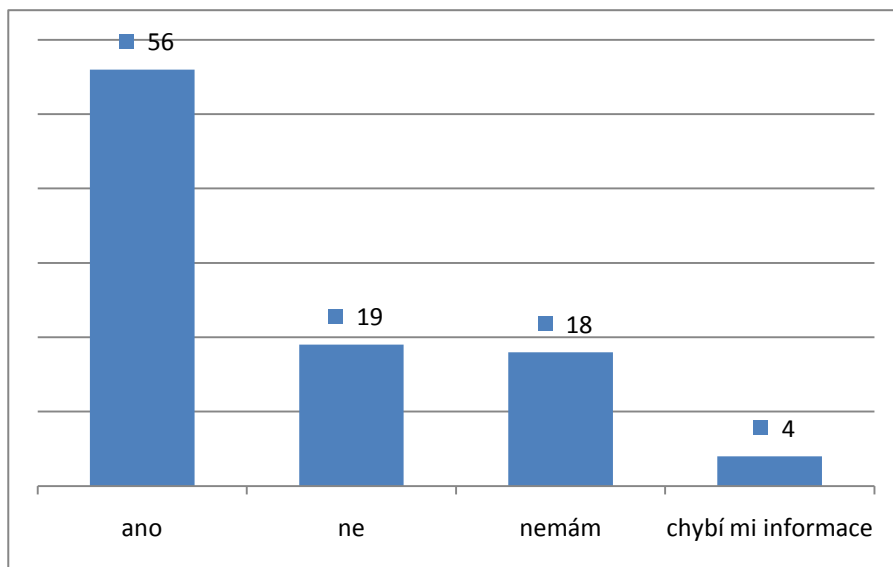
Graf 3 znázorňuje v procentech rodinný stav respondentů, z celkového počtu dotazovaných bylo 66 respondentů (70%) vdaných, rozvedených bylo 18 (19%) respondentů, 9 (9%) respondentů bylo svobodných a jedna osoba (1%) uvedla stav jiný.

Graf 4 Pohlaví



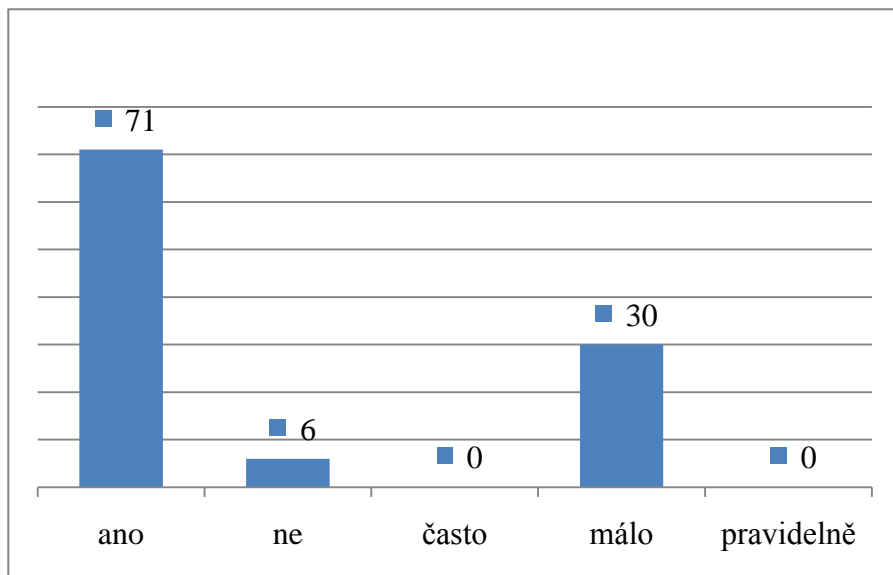
Graf 4 znázorňuje v procentech složení respondentů., 94 (100%) respondentů bylo žen.

Graf 5 Informace



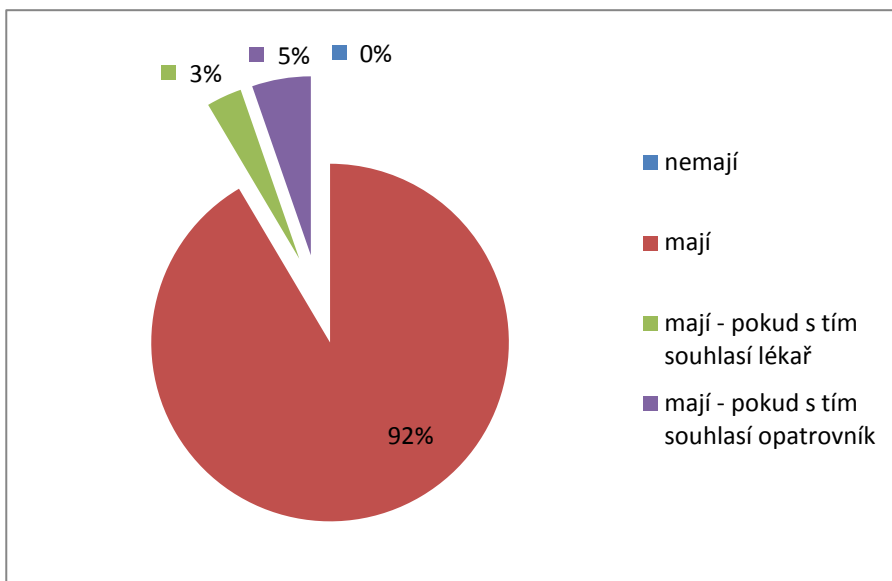
Graf 5 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 5: „Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě MP?“ Celkem bylo zvoleno 56× ano, 19× ne, 18× nemám, 4× chybí mi informace.

Graf 6 Kontakt se sexualitou MP v zaměstnání



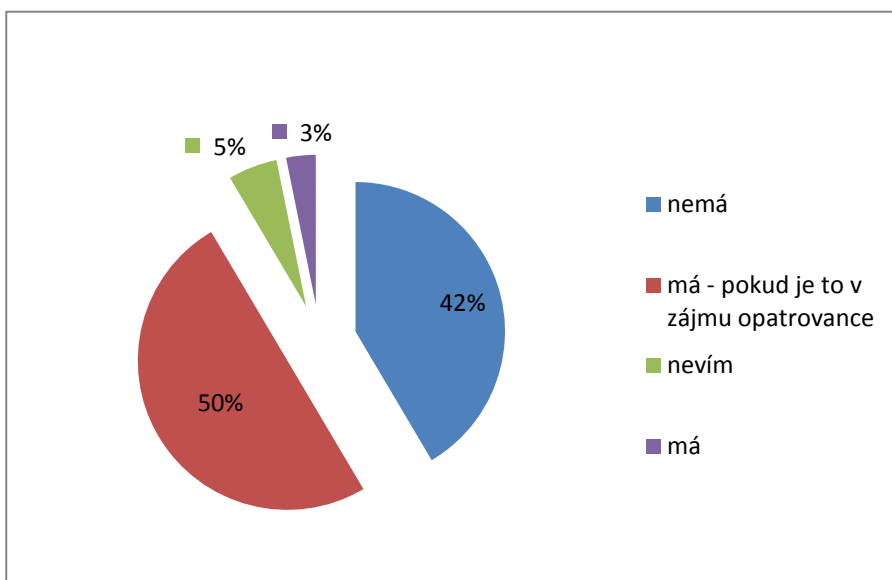
Graf 6 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 6: „Setkáváte se sexualitou MP při svém zaměstnání?“ bylo odpovězeno 71× ano, 30× málo, 6× ne. Odpověď často a pravidelně nebyla zvolena vůbec.

Graf 7 Právo MP na požívání sexuality



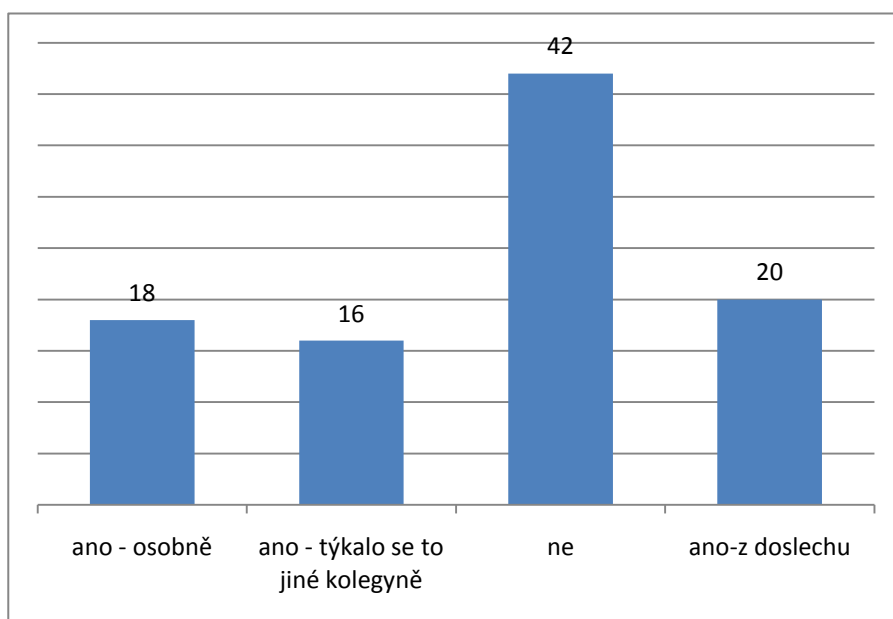
Graf 7 v procentech znázorňuje odpovědi na otázku 7: „MP mají právo na prožívání své sexuality?“ Z celkového počtu respondentů 86 (92%) si myslí, že MP mají právo na prožívání své sexuality, 5 (5%) si myslí, že mají právo, pokud s tím souhlasí opatrovník a 3 (3%) respondenti si myslí, že právo mají, pokud s tím souhlasí lékař.

Graf 8 Právo opatrovníka zasahovat do sexuality MP



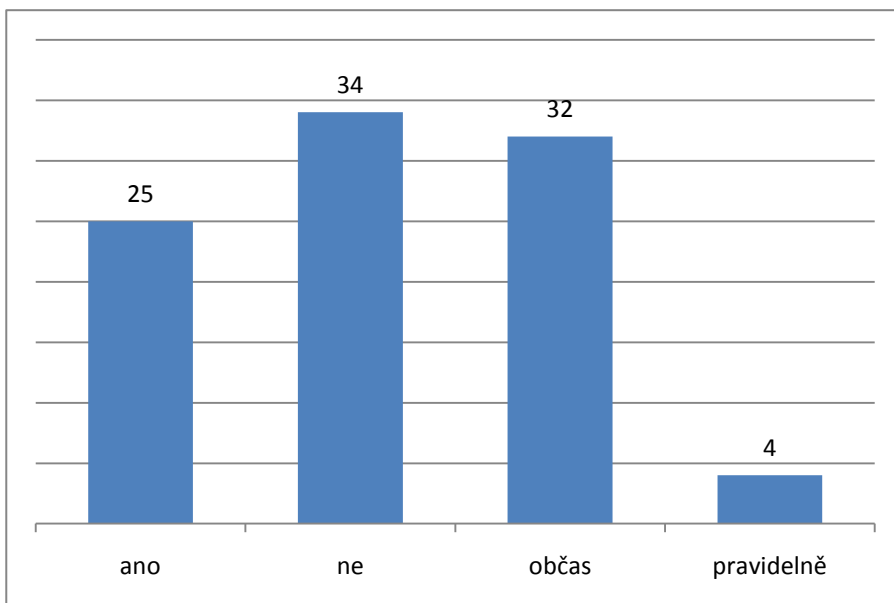
Graf 8 znázorňuje odpověď na otázku 8: „Má opatrovník právo zasahovat do sexuality svého opatrovance?“ která je vyjádřena v procentech takto: má právo zasahovat, pokud je to v zájmu opatrovance, zvolilo 47 (50%) respondentů, nemá právo zasahovat 39 (42%) respondentů, 5 (5%) respondentů neví, 3 (3%) respondentů si myslí, že opatrovník právo má.

Graf 9 Sex. obtěžování MP vůči personálu



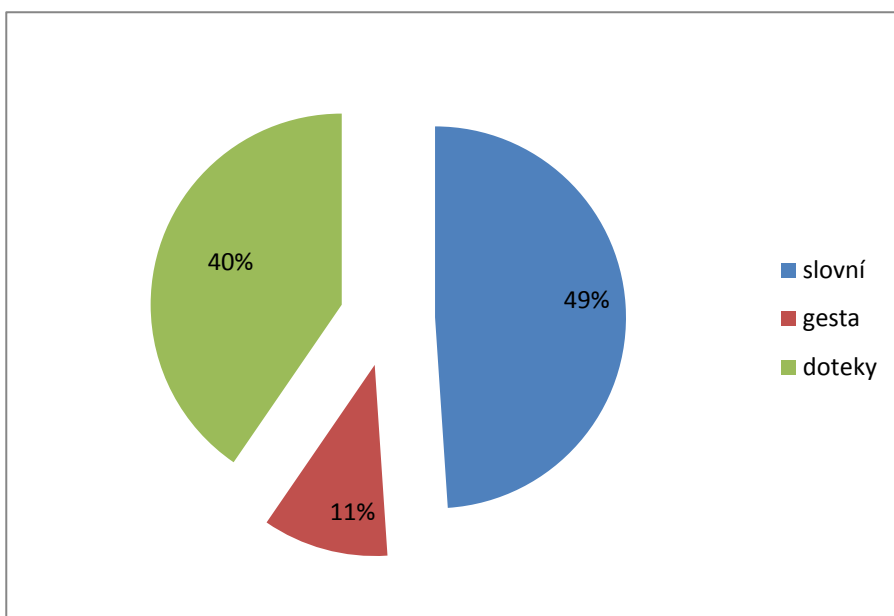
Graf 9 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 9: „Setkáváte se se sex. obtěžováním ze strany MP vůči personálu?“ bylo 42× ne, 20× ano-z doslechu, 18× ano-osobně, 16× ano-týkalo se to jiné kolegyně.

Graf 10 Sex. obtěžováním mezi MP



Graf 10 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 10: „Setkáváte se se sex. obtěžováním mezi MP?“ odpověď ne byla zvolena 34× , občas 32×, 25× bylo zvoleno ano, 4× byla zvolena odpověď, že se pravidelně setkávají se sex. obtěžováním mezi klienty.

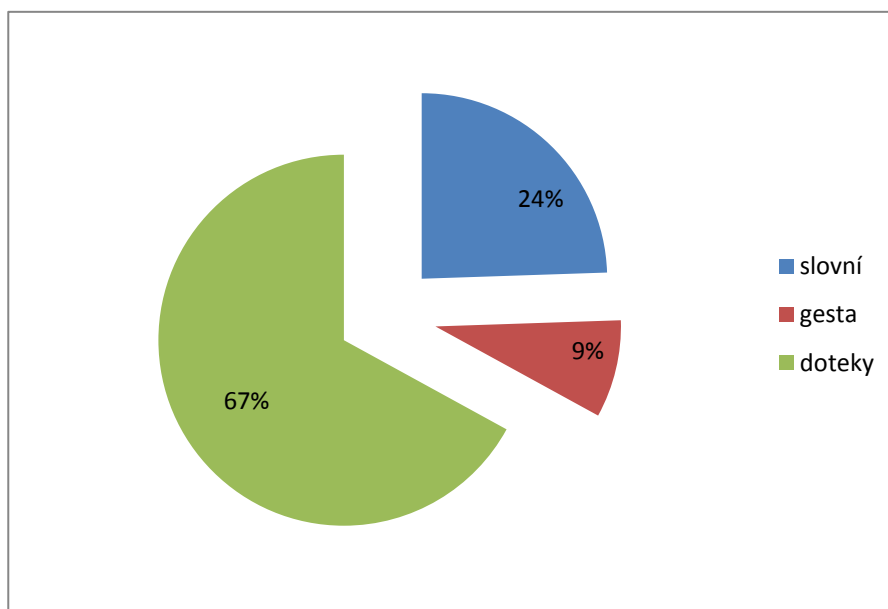
Graf 11 Forma sex. obtěžování ze strany klientů



Graf 11 znázorňuje v procentech odpověď na otázku 11: „S jakou formou sex. obtěžování ze strany klientů se setkáváte?“ 46 (49%) respondentů se setkává nejčastěji

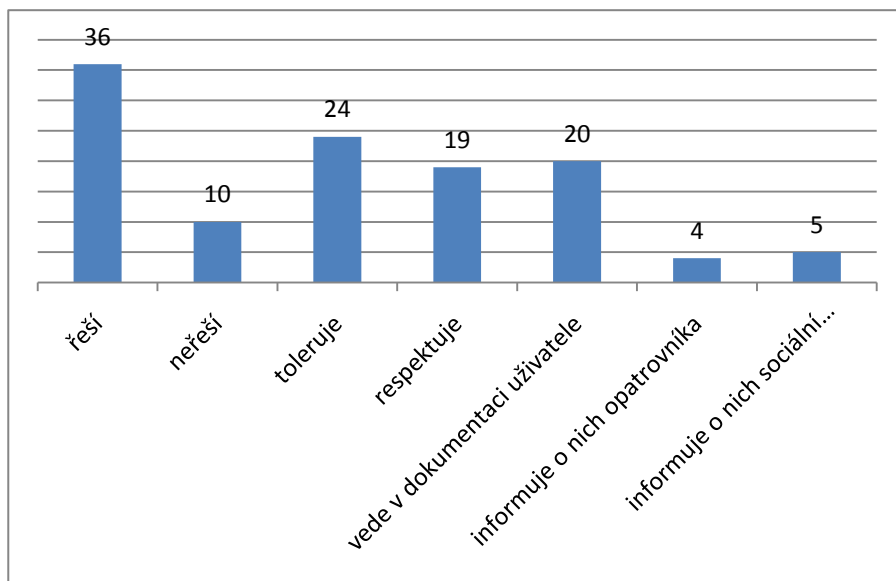
s formou slovního obtěžování, 38 (40%) respondentů s obtěžováním formou doteků, 10 (11%) respondentů s gesty.

Graf 12 Nejčastější forma sex. obtěžování mezi MP



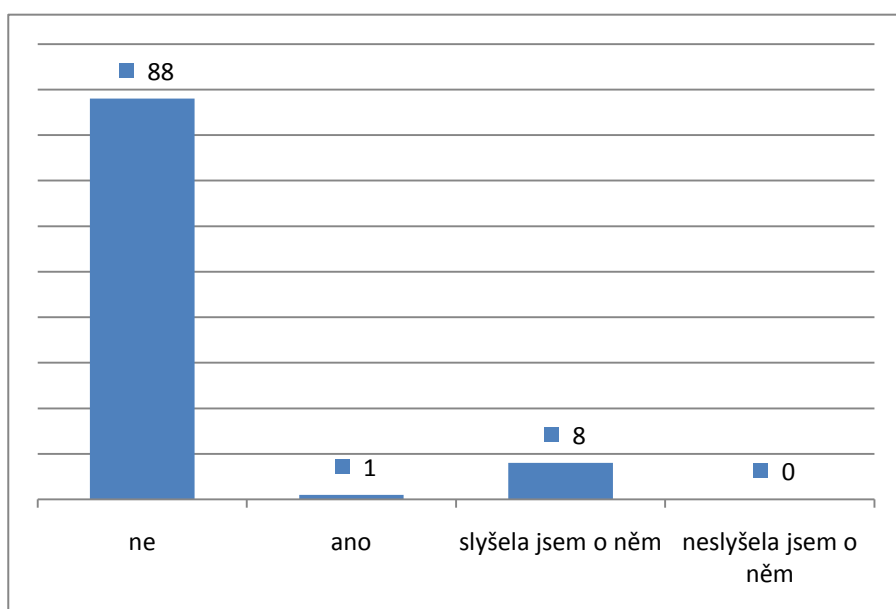
Graf 12 znázorňuje v procentech nejčastější formu sex. obtěžování mezi MP, 63(67%) respondentů uvádí formu doteků, 23(24%) respondentů si myslí , že je to forma slovní , 8 (9%) uvedlo, že je to prostřednictvím gest.

Graf 13 Řešení sexuálního obtěžování



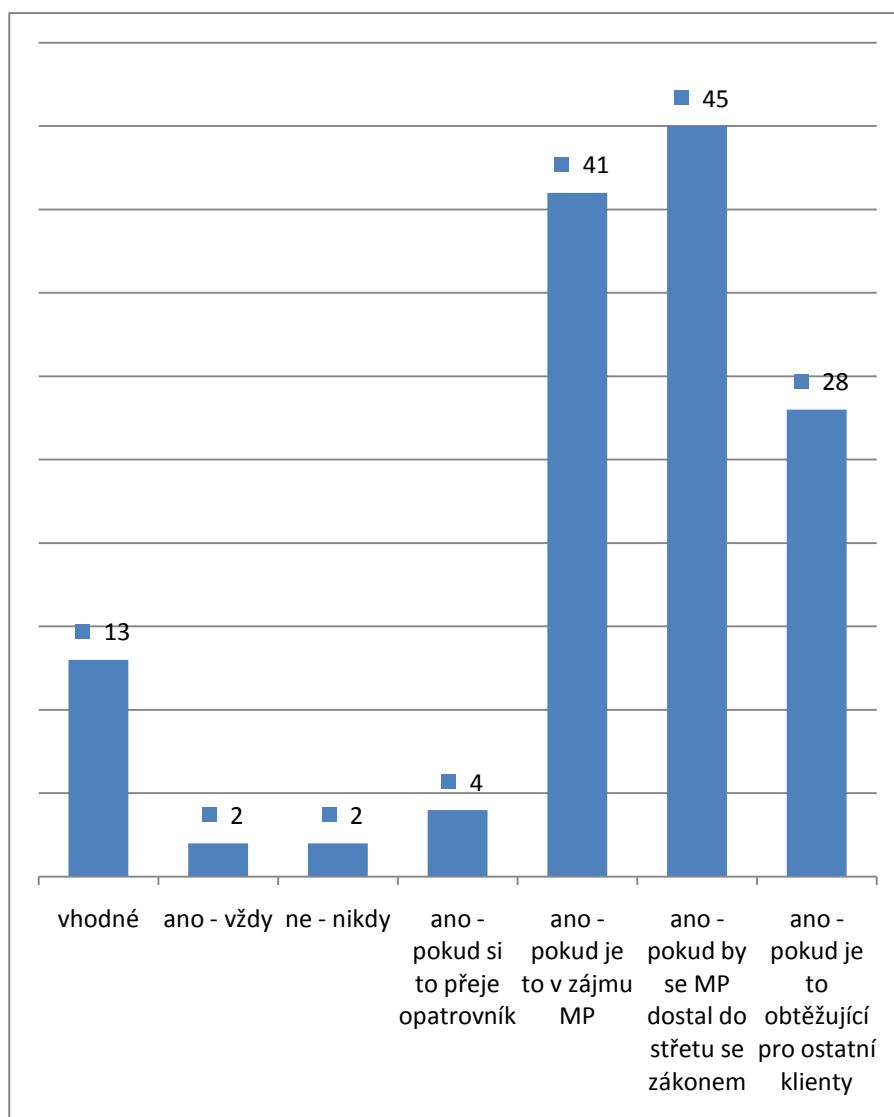
Graf 13 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 13: „Toto sex. obtěžování personál?“ Respondenti zvolili 36 x, že toto sex.obtěžování personál řeší, 24×, že je toleruje, 20× vede v dokumentaci, 19× respektuje, 10× neřeší, 5× informuje sociální pracovníci, 4× informuje opatrovníka.

Graf 14 Zkušenost se sex. obtěžováním MP ze strany oš. personálu



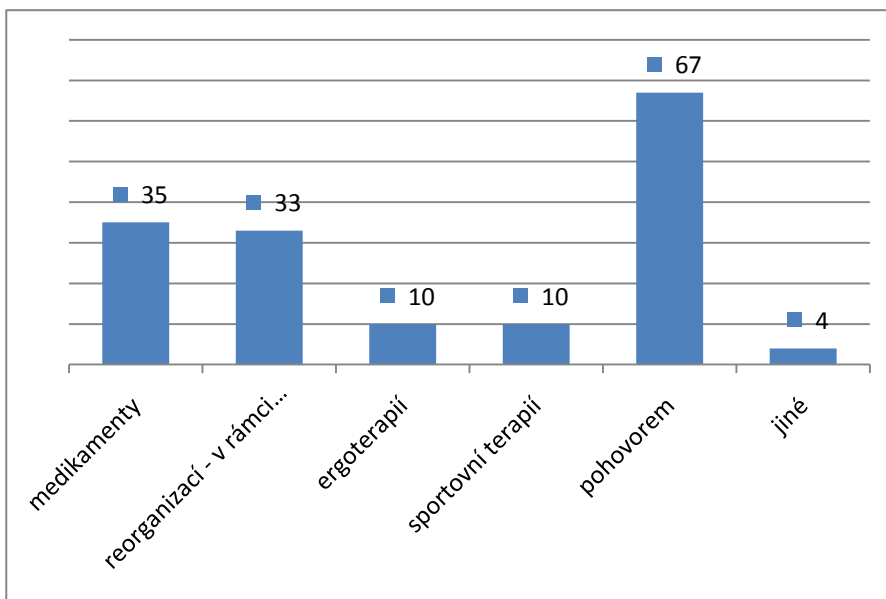
Graf 14 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 14: „Setkala jste se někdy se sex. obtěžováním klienta ze strany oš. personálu?“ Respondenti zvolili 88× možnost ne, 8× slyšela jsem o něm, pouze jedenkrát zvolili odpověď ano.

Graf 15 Tlumení sex. projevů medikamenty



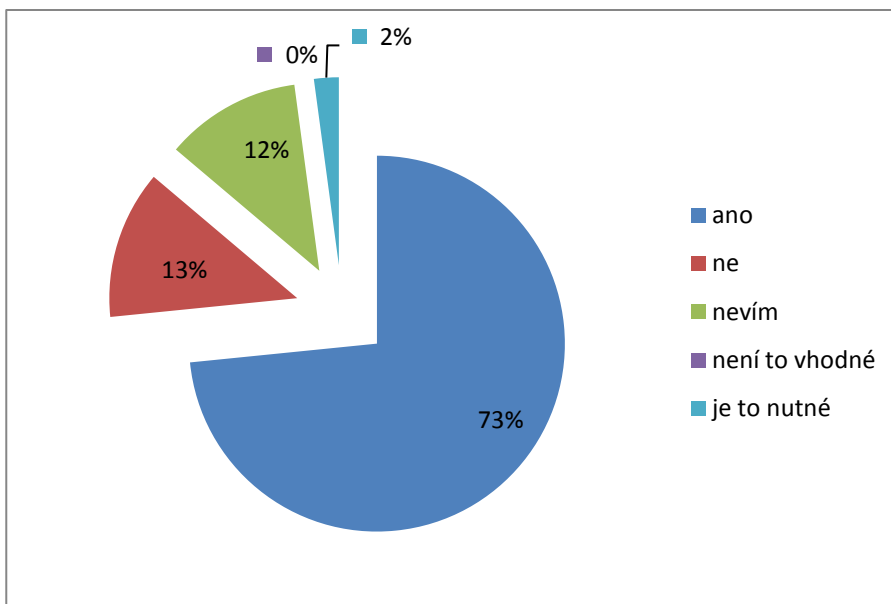
Graf 15 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 15: „Je vhodné tlumit sex. projevy MP medikamenty?“ Respondenti 45 x uvedli ano-pokud by se klient dostal do střetu se zákonem, 41× ano-pokud je to v zájmu klienta, 28× ano-pokud je to obtěžující pro ostatní klienty, 13× je vhodné, 4× ano-pokud si to přeje opatrovník, 2× ne-nikdy, 2× ano-vždy.

Graf 16 Řešení sex. konfliktu mezi klienty s MP



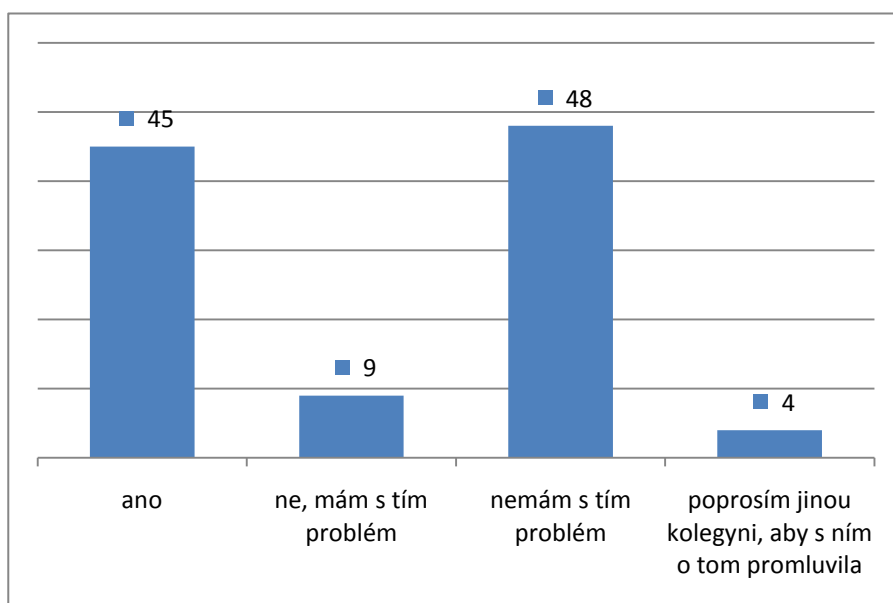
Graf 16 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 16: „Myslíte si, že sex. konflikt mezi klienty s MP by se měl řešit?“ Respondenti zvolili 67× pohovorem, 35× medikamenty, 33× reorganizací, 10× sportovní terapií, 10× ergoterapií a 4× byla zvolena odpověď jiné bez dalšího uvedení.

Graf 17 Sexuální výchova v pobytových zařízeních



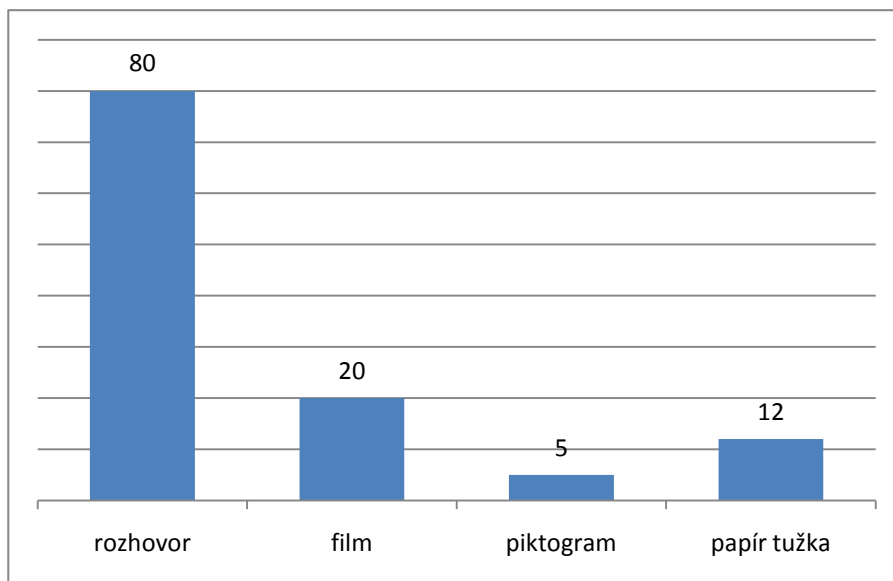
Graf 17 znázorňuje v procentech odpověď na otázku 17: „Měla by být v pobytových zařízeních sex. výchova pro MP?“ Z celkového počtu dotazovaných si 69 (73%) respondentů myslí ano, 12 (13%) respondentů si myslí, že ne, 11 (12%) respondentů neví, 2 (2%) respondentů si myslí, že je to nutné. Žádný z respondentů nezvolil odpověď, že to není vhodné.

Graf 18 Schopnost sester komunikovat s MP o sexualitě



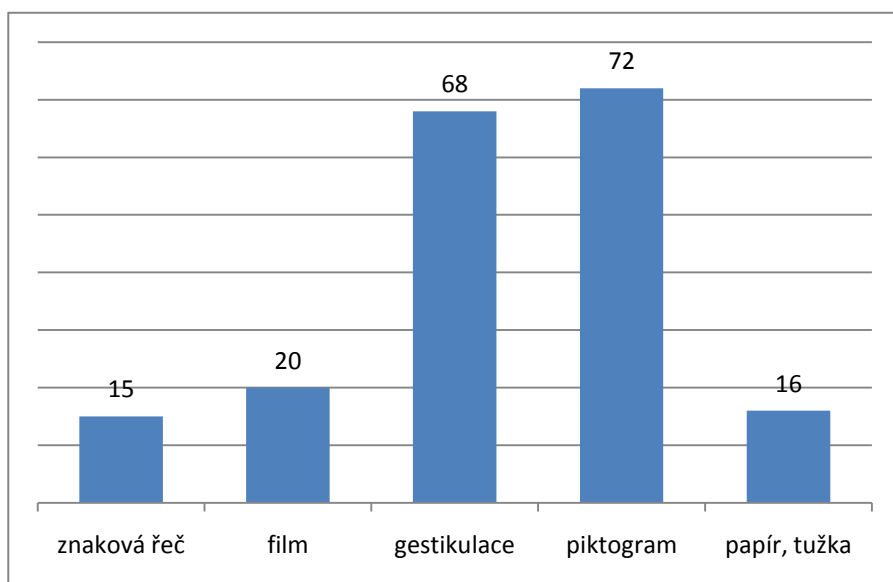
Graf 18 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 18: „Dokážete hovořit s MP o sexualitě?“ Respondenti zvolili 48 × odpověď nemám s tím problém, 45× byla zvolena odpověď ano, 9 × byla zvolena odpověď ne, mám s tím problém, 4× odpověď poprosím jinou kolegyni.

Graf 19 Komunikační prostředky



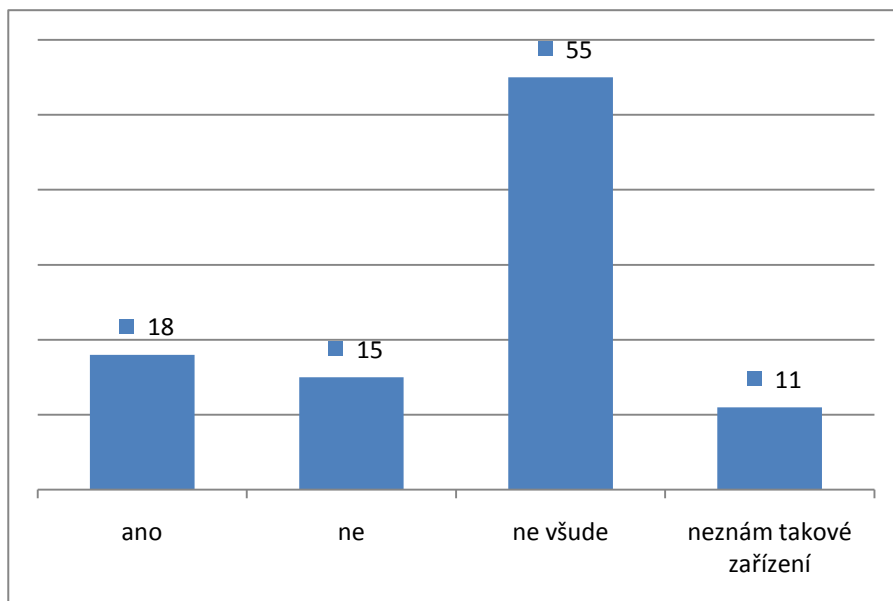
Graf 19 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 19: „Jaké komunikační prostředky s MP používáte?“ Celkem 80× byl zvolen rozhovor, 20× film, 12× papír, tužka, 5× piktogram.

Graf 20 Komunikace s neslyšícími MP



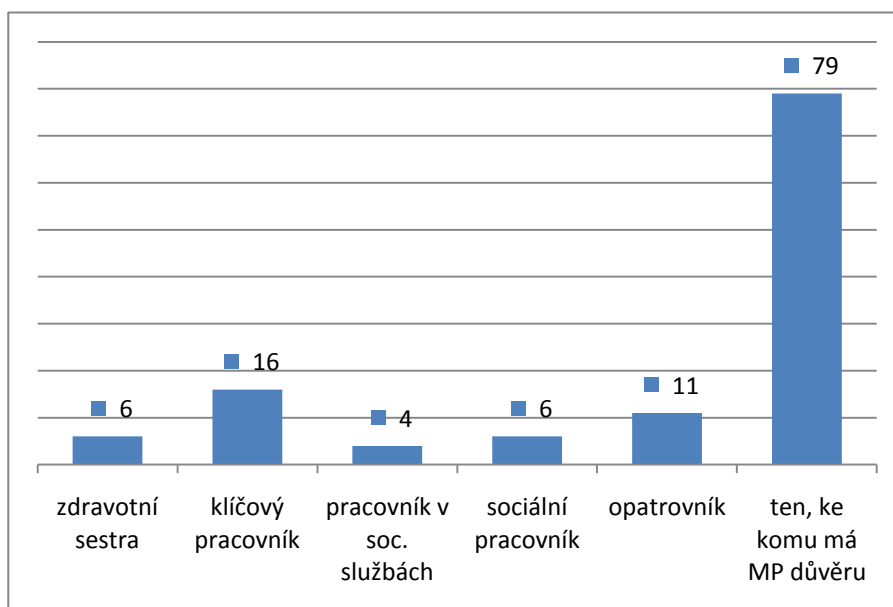
Graf 20 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 20: „Jaké komunikační prostředky používáte s neslyšícími MP?“ Odpověď piktogram byla zvolena 72×, gestikulace 68×, film 20×, papír, tužka 16×, znaková řeč 15×.

Graf 21 MP a informace o sexualitě v pobytových zařízeních



Graf 21 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 21: „Myslíte si, že MP v pobytových službách mají dostatek informací o sexualitě?“ Respondenti zvolili 55× odpověď ne všude, 18× ano, 15× ne, 11× neznám takové zařízení.

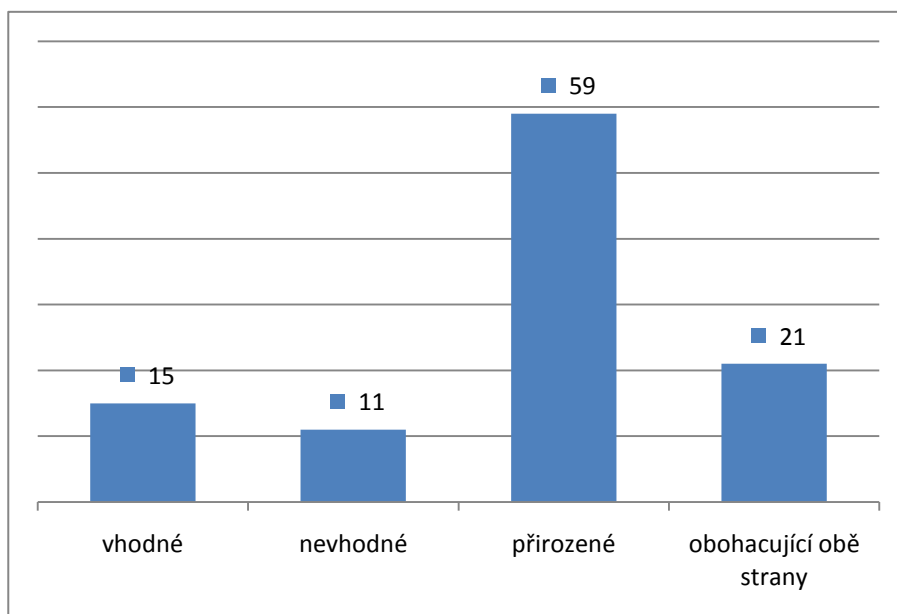
Graf 22 Kdo má hovořit s MP o sexualitě



Graf 22 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 22: „Kdo by měl s MP o sexualitě hovořit?“ Dotazovaní zvolili 79× možnost-ten, ke komu má MP důvěru, 16×-klíčový

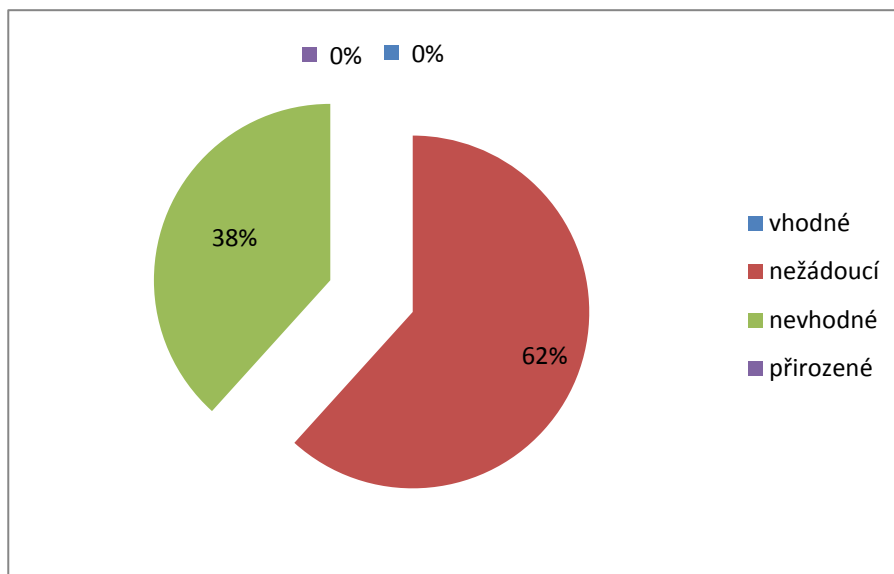
pracovník, 11× opatrovník, 6× sociální pracovník, 6× zdravotní sestra, 4× pracovník v sociálních službách.

Graf 23 Párové soužití MP



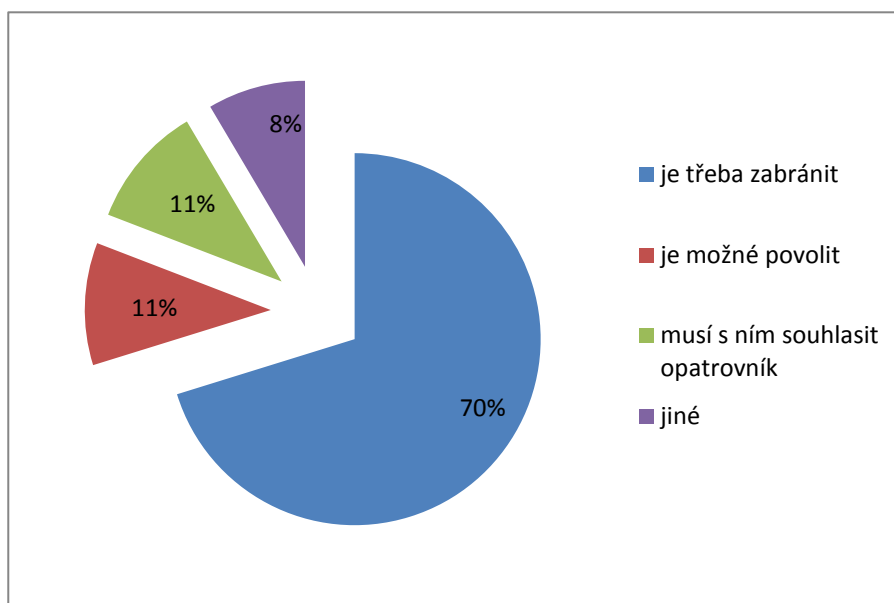
Graf 23 ukazuje v četnosti odpovědi na otázku 23: „Párové soužití osob s MP je?“ Z celkového počtu dotazovaných byla 59× zvolena odpověď-přirozené, 21×-obohacující obě strany, 15×-je vhodné, pouze 11× byla zvolena odpověď, že je nevhodné.

Graf 24 Rodičovství MP



Graf 24 v procentech ukazuje názor respondentů na otázku 24: „Rodičovství u osob s MP je?“ 58 (62%) respondentů si myslí, že je nežádoucí, 36 (38%) si myslí, že je nevhodné.

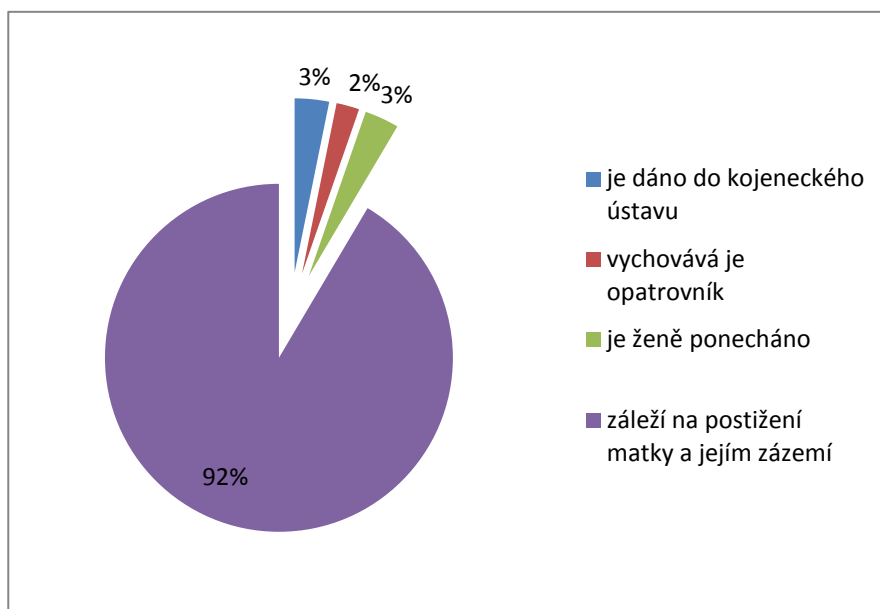
Graf 25 Těhotenství MP žen



Graf 25 znázorňuje v procentech odpověď na otázku 25: „Těhotenství MP žen?“ Celkem 66 (70%) respondentů si myslí, že je mu třeba zabránit, 10 (10%) respondentů

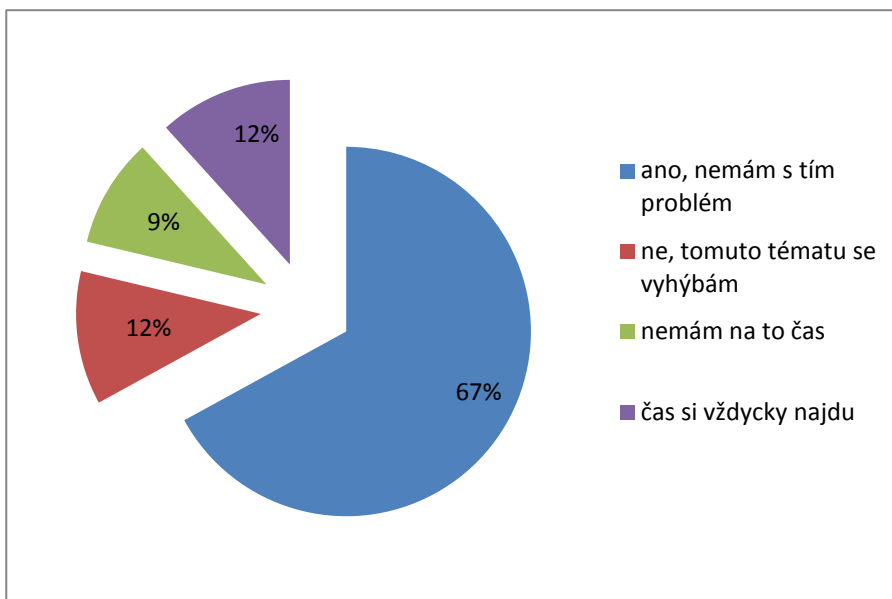
zvolilo-je možné povolit, 10 (10%) respondentů zvolilo-musí s ním souhlasit opatrovník, 8 (8%) respondentů zvolilo odpověď- jiné, ale blíže tuto možnost nevedlo.

Graf 26 Budoucnost dítěte MP ženy



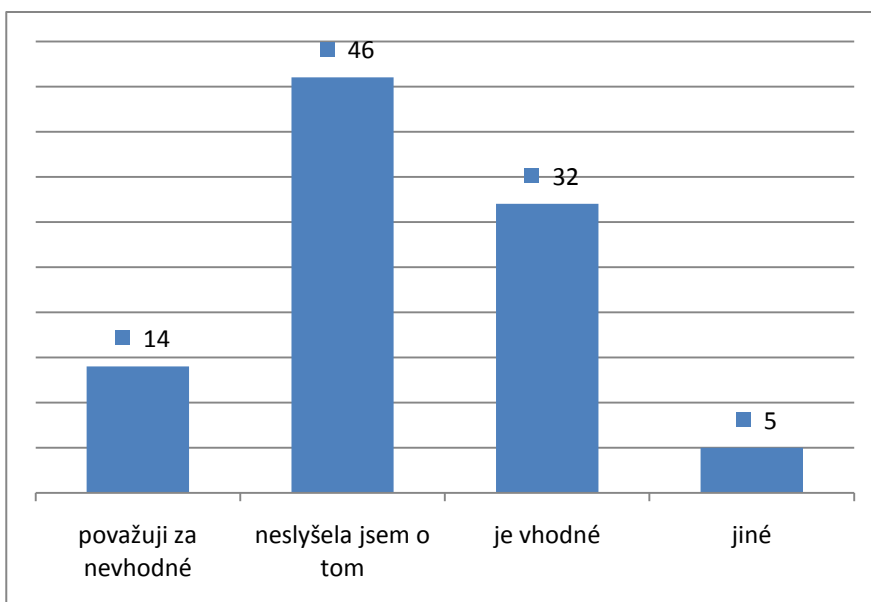
Graf 26 znázorňuje odpověď na otázku 26: „Pokud se narodí dítě MP ženě?“ 86 (92%) respondentů odpovědělo, že záleží na postižení matky, 3 (3%) si myslí, že dítě je dáno do kojeneckého ústavu, 3 (3%) si myslí, že je ženě ponecháno a 2 (2%) si myslí, že dítě bude dáno do výchovy opatrovníkovi.

Graf 27 Komunikace během oš. procesu s klientem o sexu



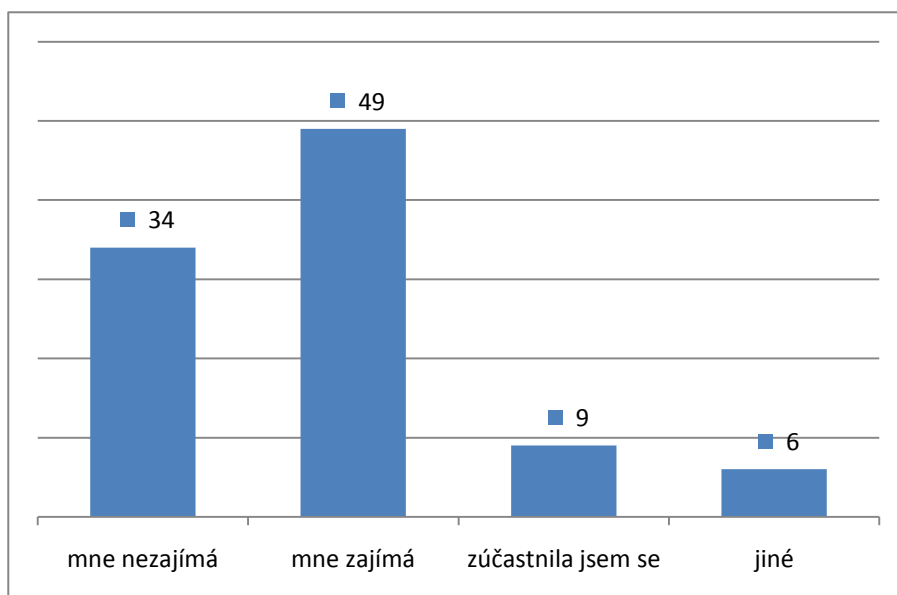
Graf 27 znázorňuje odpověď na otázku 27: „Během oš. procesu zvládáte komunikovat s klientem o jeho sex. potřebách?“ 63 (67%) respondentů uvedlo-ano, nemám s tím problém, 11 (12%) zvolilo-ne, tomuto tématu se vyhýbám, 11 (12%) odpovědělo-čas si vždycky najdu, 9 (9%) respondentů odpovědělo-nemám na to čas.

Graf 28 Intimní pomůcky



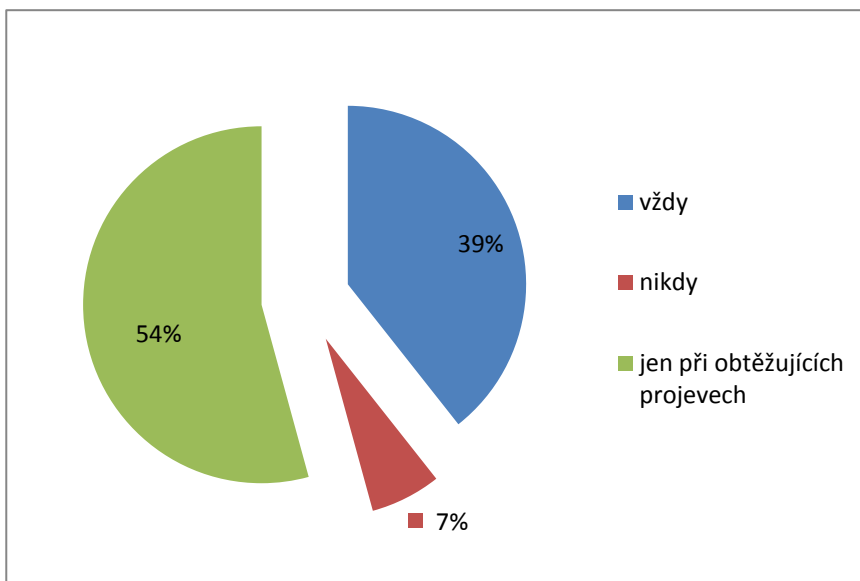
Graf 28 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 28: „Používání intimních pomůcek klienty s MP?“ Z celkového množství dotazovaných byla zvolena 46× odpověď- neslyšela jsem o tom, 32× odpověď- je vhodné, 14×-považuji za nevhodné, 5× jiné bez dalšího uvedení.

Graf 29 Supervize



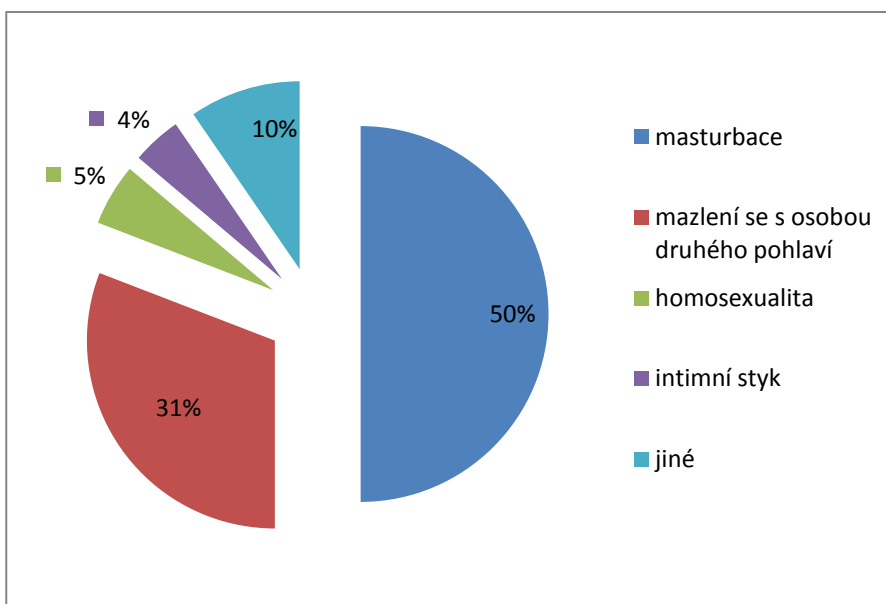
Graf 29 znázorňuje v četnosti odpověď na otázku 29: „Supervize související s tématem sexualita MP?“ Respondenti zvolili 49× odpověď-mne zajímá, 34× odpověď-mne nezajímá, 9× odpověděli-zúčastnila jsem se, 6× zvolili-jiné bez dalšího uvedení.

Graf 30 Sexualita a individuální plán MP klienta



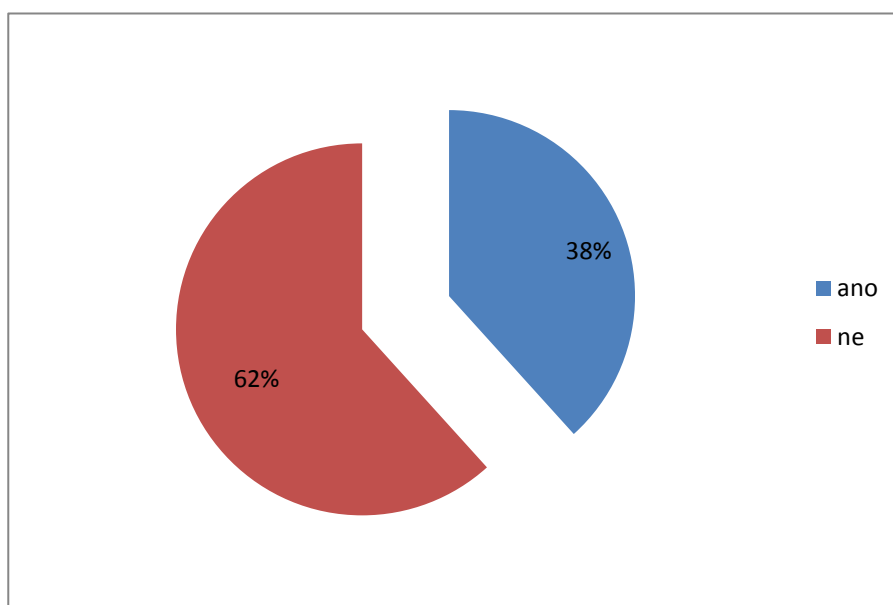
Graf 30 znázorňuje odpověď na otázku 30: „Sexualita klienta s MP by měla být řešena v jeho individuálním plánu?“ Celkem 51 (54%) dotazovaných odpovědělo-jen při obtěžujících projevech, 37 (39%) dotazovaných zvolilo odpověď-vždy, 6 (7%) dotazovaných odpovědělo-nikdy.

Graf 31 Projevy sexuality MP



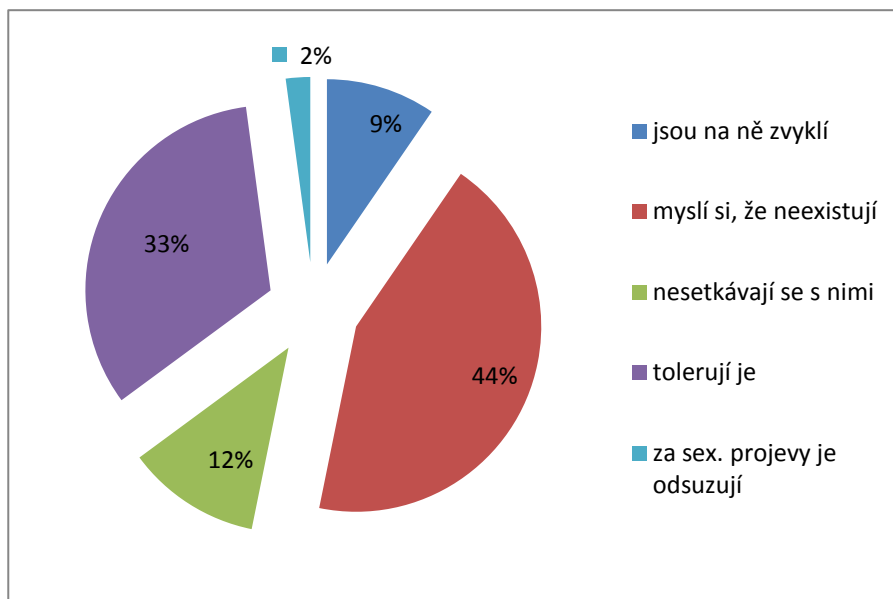
Graf 31 znázorňuje v procentech odpověď na otázku 31: „S jakými projevy sexuality u MP jste se nejčastěji setkala?“ Celkem 47 (50%) respondentů odpovědělo-masturbace, 29 (31%) respondentů uvedlo odpověď-mazlení se s osobou druhého pohlaví, 9 (10%) respondentů uvedlo odpověď-jiné, 5 (5%) uvedlo-homosexualita, 4 (4%) uvedlo intimní styk.

Graf 32 Soukromí v pobytových zařízeních



Graf 32 znázorňuje v procentech odpověď na otázku 32: „Myslíte si, MP mají v pobytových zařízeních dostatek soukromí pro svůj sex. život?“ Celkem 58 (62%) respondentů zvolilo odpověď-ne, 36 (38%) odpovědělo-ano.

Graf 33 Reakce společnosti na sex. MP



Graf 33 znázorňuje v procentech odpověď na otázku 33: „Jak si myslíte, že ostatní lidé ve společnosti reagují na projevy sexuality MP?“ Celkem 41 (44%) respondentů odpovědělo-myslí si, že neexistuje, 31 (33%) zvolilo odpověď-tolerují je, 11 (12%) nesetkávají se s nimi, 9 (9%) jsou na ně zvyklí, 2 (2%) zvolilo odpověď- za sex. projevy je odsuzují.

5. DISKUZE

Z odpovědí všeobecných sester na dané otázky v předloženém dotazníku vyplynulo mnoho zajímavých někdy však odlišných skutečností. Mohli bychom se domnívat, že otázka sexuality v ošetrovatelství zaujímá místo pouze při vyplňování dotazníků při příjmu pacienta či klienta do zařízení. V pobytových službách klientů s mentálním postižením je však sexualita běžnou součástí života postiženého, vše je podmíněno stupněm postižení jednotlivce, ale také přístupem ošetřujícího personálu, tedy i všeobecných sester. Ne ve všech zařízeních jsme se setkali s ochotou vyplnit dotazník, jedním zařízením jsme byli zcela odmítnuti s argumentací, že na toto téma se s nikým bavit nebudou. Velký vliv na sexualitu jednotlivce v zařízení má také samotný systém ubytování a skladba klientů. Podle Štěřbové (28) se v České republice daří jenom pomalu prosazovat práva mentálně postižených ve vztahu k prožívání vlastní sexuality a práva na systematickou výchovu a osvětu. Můžeme tedy kladně konstatovat, že velká většina z respondentů si myslí, že MP mají právo na prožívání své sexuality, přesto se našlo ještě několik respondentů, kteří si myslí, že toto právo mají, pokud s tím souhlasí opatrovník. Domníváme se, že je to především nedostatkem informací, které se týkají opatrovníků a opatrovnictví jako takového. Do vztahu klient-opatrovník vstupuje především sociální pracovník daného zařízení či pobytové služby častěji než všeobecná sestra. Ovšem o kompetenci opatrovníků by měly být informovány i všeobecné sestry. Opatrovník nemá právo zasahovat do sexuality svého opatrovance. Jak uvádí Šedá (25), sexuální potřeba se u všech MP nevytváří. Záleží na stupni postižení, někdy se jedná pouze o vyjádření touhy po blízkém člověku, mnozí lidé si však nepřipouští myšlenku, že by MP mohl žít plnohodnotným sexuálním životem. Někteří jedinci tak žít chtějí, jen jim to není umožněno, často ani nenaleznou z nedostatku příležitostí partnera, s kterým by mohli žít v partnerském svazku.

Z první oblasti otázek v dotazníku pro všeobecné sestry lze usuzovat toto: šetření se zúčastnily pouze ženy, vypovídá to o složení zaměstnanců, všeobecných sester v pobytových zařízeních a nejen tam. Povolání všeobecné sestry je i nadále doménou žen. Na grafu 3 vidíme rodinný stav dotazovaných, kdy v 70 % se jednalo o ženy vdané, 19 % bylo rozvedených a pouze 10 % svobodných. Rodinný stav

respondentů je důležitým prvkem. Může ovlivnit výsledky dalších odpovědí, mohou se zde promítnout různě zvládnuté vztahové a osobní problémy. Více než polovina respondentek byla starší 41 let (graf 1). Práce v sociálních službách je náročná a můžeme se pouze domnívat, jestli výsledek není následkem toho, že studentky po ukončení studia nemají na prvním místě chuť začínat v sociálních službách a spíše hledají uplatnění v nemocnicích, u obvodních lékařů nebo v lukrativnějších oblastech zdravotnictví. Oblast informovanosti všeobecných sester byla zpracována v grafech 5-8. Největší výpovědní hodnotu pro potvrzení H1 měly grafy 5 a 7. Respondenti si celkem 56× zvolili možnost-mám dostatek informací, ale zároveň z grafu 29 vyplývá, že účast na supervizi týkající se sexuality byla potvrzena 9×, ale zájem o ni byl projeven 49×. Graf 7 potvrzuje, že všeobecné sestry znají práva MP na prožívání sexuality. Z výzkumu, o kterém píše Plesníková (17) a který probíhal mezi rodiči a opatrovníky lze soudit, že i laická veřejnost sdílí souhlasný názor na sexualitu MP. Z výsledků, které nám ukazuje graf 8 naopak vyplývá nedostatečná informovanost všeobecných sester o náplni činnosti opatrovníka, pokud je klient zbaven či omezen ve způsobilosti k právním úkonům. Po zpracování a vyhodnocení všech výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza H1-všeobecné sestry mají dostatek informací o problematice sexuality osob s MP, žijících v pobytových zařízeních, byla potvrzena.

Pro H2 byla vypracována oblast otázek 23-26. Největší výpovědní hodnotu měly otázky 23-25. Pouze 11× bylo na otázku 23 odpovězeno-párové soužití MP je nevhodné. Všechny ostatní odpovědi byly kladné a partnerskému soužití osob s MP jsou všeobecné sestry nakloněny. Zároveň si sestry uvědomují nevhodnost rodičovské role pro MP a myslí si, že těhotenství MP ženě je třeba zabránit (graf 25). Pokud by se dítě MP ženě narodilo, jeho osud by se odvíjel od postižení matky (graf 26). V pilotní studii, která proběhla před vlastním výzkumem, se dotazovaní k partnerskému soužití osob s MP, vyjadřovali většinou negativně. Společnost má o potřebách MP stále nejasné nebo zkreslené představy.

S párovým soužitím MP mám velmi dobré zkušenosti. V DOZP, kde pracuji, jsem byla postavena před skutečnost, kdy pár klientů s MP si přál svatbu. Nebyl to jejich momentální nápad, žili spolu neoficiálně již několik let a manželský slib byl pro

ně svým způsobem splněný sen. Nikdo ze zaměstnanců si nedovedl představit, že se jim tento sen splní. Předcházelo tomu spousta příprav. Spolupracovali na nich klíčoví pracovníci jednotlivých klientů, kteří museli vysvětlovat, co vlastně sňatek pro ně, ale i pro DOZP bude znamenat. Bylo nutno informovat soud, protože oba byli nesvéprávní. Soud na uzavření sňatku udělil klientům výjimku a mohla proběhnout svatba, která byla zcela normální, ale pro zúčastněné byla vyjímečná. Pro zaměstnance to byl tak trochu zázrak, myslím, že také pro matrikářku obce, která se s ničím podobným ještě nesetkala. Příkladem bylo chování opatrovníků, kteří dali k sňatku souhlas. Dnes již manželé, oba s MP, žijí svůj život tak, jak si přáli. Mají dostatek soukromí a zcela běžné manželské starosti. Pravdou je, že jsme si nemuseli dělat starosti s případným těhotenstvím, protože klientka byla v menopauze. Druhý partnerský svazek nemohl být naplněn manželským slibem, zde opatrovníci nedali souhlas. Protože však tento pár velmi toužil po tom „mít svatbu“ připravili jsme pro ně slavnost, kde si svůj slib řekli. Dnes nám to přijde samozřejmé, ale dobře si vzpomínám na vyděšené tváře kolegyň. Vidím změnu v chování klientů, jsou mnohem klidnější, dokáží se prosadit, integrovat, nejsou egoističtí a učí se myslet na toho druhého po svém boku. Mohu tedy říci, že párové soužití klientů s MP je možné a vhodné. Na druhou stranu přináší také nemálo starostí a klienti se stále musí některým věcem učit, sexualitu nevyjímaje. Mohu hovořit o velkém štěstí, naši klienti mají k personálu a sestřám důvěru. Každý samozřejmě upřednostňuje někoho jiného, ale není zde nikdo, kdo by nebyl vyslyšen. Často se svěřují s velmi intimními problémy, zpočátku bylo mezi klienty a personálem určité napětí, v otázkách sexuality nebyl nikdo proškolen a bylo zřejmé, že chybí jakýsi návod pro to, jak s klienty o sexu hovořit, jakým způsobem je můžeme vychovávat, jaké bychom v této oblasti měli mít znalosti. Hypotéza H2- všeobecné sestry chápou partnerské soužití osob s MP jako přínosné pro všechny strany, byla na základě zpracovaných dat potvrzena.

K potvrzení H3 jsme vycházeli z oblasti otázek 17-22. Týkaly se komunikačních dovedností všeobecných sester v oblasti sexuality u osob s MP. Největší výpovědní hodnotu pro potvrzení hypotézy měly otázky 18-21. Graf 18 vypovídá o tom, že všeobecné sestry jsou schopny komunikovat s MP klienty o sexualitě a nemají s tím

problém. Nejčastější komunikační prostředky jsou zobrazeny v grafech 19-20. Mezi nejvíce používané prostředky patří rozhovor a naučný film, pro komunikaci s neslyšícími je to především pomocí piktogramů a gestikulace. Znaková řeč je zmíněna pouze 16×. Mohli bychom z toho usuzovat, že všeobecné sestry nemají příliš velké zkušenosti se znakovou řečí a využívají primárně výše uvedené prostředky. Rozhodně však nelze opomenout, že chtějí a řeší problémy a základní věci, které souvisejí se sexualitou MP. Z grafu 17 vidíme, že přikládají důležitost sexuální výchově klientů v pobytových zařízeních. Aby však mohly správně a dostatečně podávat informace MP klientům, je nutné všeobecné sestry v této oblasti vzdělávat. Z výzkumu, jak uvádí Spilková (24), je vidět, nakolik je personál odborně proškolený. Specifickou průpravu prodělalo 23,9 % z 358 pracovníků Ústavů sociální péče v České republice. Průpravou neprošlo 72,5 % a zájem o ni projevilo 62,1 % pracovníků, pouhých 16 % pracovníků o průpravu zájem nemá. Tento výsledek je možno porovnat s grafem 29. Nezájem na toto téma byl projeven 34×. Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že letos poprvé naši zaměstnanci, včetně sester, absolvovali školení o sexualitě MP. Víme, kde děláme chyby, ale také jak se jim můžeme vyhnout. Na sestry v pobytových službách je často přesouvána práce, kterou by měli vykonávat pracovníci v sociálních službách. Je jasné, že náplně práce se navzájem prolínají a péči o klienty je potřeba zvládnout ve všech rovinách. Supervize, která se týkala sexuality MP se podle dotazníku zúčastnilo pouze devět respondentek, to si myslím, že je velmi málo. Podle Štěrbové (28) je povinnost absolvovat vzdělávací program o sexualitě osob s MP zakotvenou v protokolu sexuality daného zařízení. V ČR je v současné době málo cíleně organizovaných vzdělávacích seminářů s tímto tématem. Systematicky se vzdělávání pracovníků osob s MP věnuje Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu Praha. Společnost se rozhodla nabídnout semináře v oblasti sexuality a v roce 2006 získala akreditaci pro zdravotní pracovníky. Svým obsahem naplňují cíle Standartů kvality sociálních služeb o dalším vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Bohužel mám pocit, že ochota personálu dále se vzdělávat v této oblasti není adekvátní potřebě, která je mnohem větší. Hypotéza H3-všeobecné sestry umí využít svých komunikačních dovedností s MP, byla na základě zpracování dat potvrzena.

Další stěžejní oblast naší práce se týkala rizika sex. obtěžování ze strany MP. Podle Mgr. Kozákové (8) se často ve společnosti setkáváme s tvrzením, že MP mají zvýšený nebo naopak snížený sex. pud. V některých zařízeních je tento pud tlumen farmakologicky. Chápu, že je to nejrychlejší a nejjednodušší cesta jak projevy (např. masturbace) zvládnout. Nemyslím si však, že je to etické, mám pocit, že farmaka by měla být na posledním místě, pokud klient neohrožuje sebe nebo druhé. Pro potvrzení H4 měly největší výpovědní hodnotu otázky 9,11,13,15. Celkem 18 x byla zvolena odpověď: ano, osobně jsem se setkala se sex. obtěžováním ze strany MP klientů. Nejčastější forma sex. obtěžování, se kterou se všeobecné sestry setkávají je slovní (49 %). Z dotazníků vyplývá, že na druhém místě je to obtěžování formou doteků (40 %). Sexuální obtěžování každá sestra bude hodnotit jinak. Pro některou to může znamenat samotné porušení osobního prostoru, jiná to samé může zhodnotit jako přátelský kontakt. Velmi záleží na osobním přístupu každé sestry, na tom, kam až nechá zajít kontakt od klienta, od toho se odvíjí další možné následky. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že MP mají obecně větší potřebu přímého kontaktu. Hypotéza H4-riziko obtěžování ze strany MP vůči sestře je minimální, se na základě zpracování dat potvrdila.

Jak uvádí Mgr. Z. Kozáková (8) nekoedukovaná zařízení jsou nepřírozenou formou soužití a přes všechnu snahu personálu lze jenom těžko zprostředkovat realitu běžného života. Dovolím si oponovat. Naše zařízení zřejmě mezi nekoedukovaná zařízení patří, už jenom kapacitou, která je 84 klientů. To samozřejmě přináší spoustu problémů. Je to pobytová služba, ve které žijí společně muži a ženy. Jejich sexuální život, je nám poodhalen v případě, kdy potřebují pomoci, či poradit. Vždy se snažíme spolupracovat s gynekologem, psychiatrem a se sexuologem. Máme také páry, které spolu nebydlí, ale vyhledávají se a je vidět, že touží po blízkosti toho druhého a po pohlazení.

6. ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo na samém počátku vybráno pro svou aktuálnost. Je pochopitelné, že sexualita mentálně postižených je stále pro laickou veřejnost málo známým a dosti často nepředstavitelným pojmem. Pro všeobecné sestry, které pracují v pobytových zařízeních sociálních služeb je tato oblast velmi dobře známá. V teoretické části se práce zabývá základními pojmy v oblasti mentálního postižení a sexuality. V části výzkumné se práce zabývá praktickými znalostmi, názory a dovednostmi všeobecných sester. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou, technikou dotazníku. Při vytyčování výzkumu byly stanoveny čtyři cíle. Cíl 1- zjistit informovanost všeobecných sester o problematice sexuality osob s MP, žijících v pobytových zařízeních. Cíl 2- zjistit postoj všeobecných sester k partnerskému soužití osob s MP. Cíl 3- zjistit komunikační dovednosti všeobecných sester v oblasti sexuality u osob s MP. Cíl 4- zjistit výši rizika obtěžování se sex. podtextem ze strany MP vůči sestře. Všechny čtyři cíle bakalářské práce byly splněny.

Byly stanoveny čtyři hypotézy. H1: Všeobecné sestry mají dostatek informací o sexualitě MP, jejich znalosti souvisejí s možností se vzdělávat na toto téma. H2: Všeobecné sestry chápou partnerské soužití osob s MP jako přínosné pro všechny strany. H3: Všeobecné sestry umí využít svých komunikačních dovedností s MP. H4: Riziko obtěžování ze strany MP vůči sestře je minimální. Všechny čtyři hypotézy byly potvrzeny.

Na základě prostudované literatury a s ohledem na zpracovaná data jsem dala podnět a aktivně se účastnila vypracování Metodiky k sexualitě uživatelů v Domově pro osoby se zdravotním postižením, Sociální pohoda o.p.s..

7. POUŽITÉ ZDROJE

1. ČADILOVÁ, Věra. JŮN, Hynek. THOROVÁ, Kateřina a kol. *AGRESE LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A AUTISMEM*. 1.vyd. Portál, 2006. 248 stran. ISBN 978-80-7367-317-2
2. ČILÍKOVÁ, Kristýna. Nový trestní zákoník a sexuologická praxe. *Zdravotnické noviny*, r. 2011, roč. 60, č. 13, s. 1-2
3. DAVID, Michal. Počátky péče o duševně nemocné v ČR. *Sestra*, r. 2010, roč. 20, č. 2, s. 68 – 70, ISSN 1210 – 0404
4. DOENGES, E. Maryllin. MOORHOUSE Mary Frances. *KAPESNÍ PRŮVODCE ZDRAVOTNÍ SESTRY*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8
5. HAVLÍN, Miroslav. Volba hormonální antikoncepce pro mentálně postižené- pohled gynekologa. In: *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2009. s. 74-77, ISBN 978-80-903519-7-4
6. HEJCMANOVÁ, Ludmila. *Mateřská fenyketonurie*
<http://www.espku.cz/slovo/s3.html>. (2011-7-15)
7. KOVÁŘ, Petr. Znásilnění a sexuální zneužívání z pohledu gynekologa, specifika u handicapovaných. In: *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2009. s. 70-74, ISBN 978-80-903519-7-4
8. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2004. s. 28-39, ISBN 80-903519-0-5
9. KREJČOVÁ, Lenka. STRNADOVÁ, Iva, VÁGNEROVÁ, Marie, *NÁROČNÉ MATEŘSTVÍ*. 1.vyd. Karolinum, 2009. 333 stran. ISBN 978-80-246-1616-2
10. KREMLIČKOVÁ, Marta. NOVOTNÁ, Marie, *KAPITOLY ZE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY*. Praha: SPN, 1997. 115 stran. ISBN 80-95937-60-3
11. KVAPILÍK, Josef. ČERNÁ, Marie. *ZDRAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 134 stran. ISBN 1998-811-03
12. MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. *PSYCHIATRIE*. 2.vyd. Portál, 2010.143 stran. EAN 978 807 367 7237

13. MAREČKOVÁ, Jana. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY V NANDA DOMÉNÁCH. 1.vyd. Grada, 2006. 264 stran. ISBN 80-247-1399-3
14. MATOUŠEK, Oldřich. ÚSTAVNÍ PÉČE. 2. vyd. Sociologické nakladatelství Praha, 1999.159 stran. ISBN 80-85850-76-1
15. MITLÖHNER, Miroslav. Právní problematika sexuality osob s mentálním postižením. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. s. 40-44, ISBN 80-903519-0-5
16. NOVOSAD, Libor. ZÁKLADY SPECIÁLNÍHO PORADENSTVÍ. 1.vyd. Praha: Portál, 2000.159 stran. ISBN 80-7178-403-6
17. PLESNÍKOVÁ, Hana. Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi rodiči mentálně postižených osob k problematice sexuality mentálně postižených osob. Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. s. 55-61, ISBN 80-903519-0-5
18. PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, Jaroslava. NEZRALÁ SEXUALITA. 1.vyd. Avicenum, 1990. 144 stran. ISBN 80-201-008-3
19. PORTNER, Marlis. NA OSOBU ZAMĚŘENÝ PŘÍSTUP V PRÁCI S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A S KLIENTY VYŽADUJÍCÍMI TRVALOU PÉČÍ. 1.vyd. Portál 2009. 172 stran. ISBN 978-80-7367-582-0
20. PRŮŠA, Ladislav. Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování. *Sociální služby*, 2009, roč. 11. č. 5, s. 14-15
21. PRŮŠA Ladislav. Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování. *Sociální služby*, 2009, roč. 11. č. 6, s. 20-21
22. SELIKOWITZ, Mark. DOWNŮV SYNDROM. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 200 stran. ISBN 80-7178-973-9
23. SLOWÍK, Josef. KOMUNIKACE S LIDMI S POSTIŽENÍM. 1.vyd. Praha: Portál. 2010. 160 stran. ISBN 978-80-7367-691-9
24. SPILKOVÁ, Jana. Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi pracovníky ÚSP v ČR k problematice sexuality mentálně postižených. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2004. s. 50.54, ISBN 80-903519-0-5

25. ŠEDÁ, Vlasta. Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2004. s. 71- 74, ISBN 80-903519-0-5
26. ŠIŠKA, Jan. *MIMOŘÁDNÁ DOSPĚLOST*. 1.vyd. Karolinum 2005.100 stran. ISBN 978 802 460 9928
27. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A OSVĚTA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM*. 1.vyd. Praha 2009, 85 stran. ISBN 978-80-7415-005-0
28. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM*. 1.vyd. Olomouc 2007,101 stran. ISBN 978-80-244-1689-2
29. ŠTĚRBOVÁ, Dana. Sexualita osob s mentálním postižením – vzdělávání pracovníků poskytujících sociální služby. In: *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2009. s. 13 – 23, ISBN 978-80-903519-7-4
30. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením není tabu!*
<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28899>.(2011-12-1)
31. ŠVARCOVÁ, Iva. *MENTÁLNÍ RETARDACE*. 3.vyd. Portál 2006. 198 stran. EAN 9788073670603
32. ŠVARCOVÁ, Iva. Právní normy vztahující se k lidem s mentální retardací a jejich dodržování, *Mentální retardace*, 2000, roč. 3, č. 40, s. 2-3
33. THOROVÁ, Kateřina. Kompletní diagnostika autismu.
<http://www.autismus.cz/diagnostika/index.php>.(2011-7-19)
34. UZEL, Radim. Antikoncepce u mentálně postižených. In: *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2004. s. 17-19. ISBN80-903519-0-5
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Portál 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9
36. VRUBLOVÁ, Yveta. *Sexuální výchova v ošetrovatelství*
<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloslanku=2009110102>.(2011-5.26)
37. VYKYDALOVÁ, Hana. *Sexuální identita*.
<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>.(2011-12-1)

8. KLÍČOVÁ SLOVA

mentální postižení

obtěžování

opatrovník

pobytové služby

právo

sexualita

sociální služby

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Dotazník pro veřejnost

Příloha 3 – Deklarace práv mentálně postižených

Příloha 4 – Metodika sexuality uživatele

Příloha 1

Dobrý den,

jmenuji se Hana Hubáčková a navštěvuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní program Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci a **souhlas** s vyplněním předloženého dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma :**„Sexualita osob s mentálním postižením (MP), žijících v pobytových zřízeních, z pohledu sestry“**. Dotazník je anonymní a týká se pouze všeobecných sester ve vašem zařízení. Předem velice děkuji za jeho vyplnění a odeslání dotazníku a souhlasu na uvedenou do dvou týdnů po obdržení.

Souhlasím s vyplněním dotazníku všeobecnými sestrami v našem zařízení

V.....dne.....

podpis, razítko zařízení.....

Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně/kolego,

navštěvuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Dovolují si Vás požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma: „**SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM (MP), ŽIJÍCÍCH V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH, Z POHLEDU SESTRY**“. Dotazník je anonymní. Předem velice děkuji za jeho vyplnění a odeslání na uvedenou adresu do dvou týdnů po obdržení. Hana Hubáčková

U některých otázek, pokud není napsáno jinak, je možno zvolit více odpovědí.

1. věk

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 50 a více let

2. nejvyšší dosažené vzdělání

- střední odborné vzdělání s maturitou
- středoškolské + PSS
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské + specializační
- jiné, prosím

uved'te.....

3. stav svobodná vdaná rozvedená jiný

4. Jste žena muž

5. Myslíte si, že máte dostatek informací o sexualitě MP?

ano

ne

nemám

chybí mi informace, proč

(prosím

doplňte).....

6.

Setkáváte se se sexualitou MP při svém zaměstnání?

ano

ne

často

málo,

pravidelně

7. MP mají právo na prožívání své sexuality?

nemají

mají

mají - pokud s tím souhlasí lékař

mají - pokud s tím souhlasí opatrovník

8. Má opatrovník právo zasahovat do sexuality svého opatrovance?

vyznačte prosím jednu odpověď

- nemá
- má-pokud je to v zájmu opatrovance
- nevím
- má

9. Setkáváte se se sex. obtěžováním ze strany MP vůči personálu?

- ano-osobně,
- ano-týkalo se to jiné kolegyně
- ne
- ano-z doslechu

10. Setkáváte se se sex. obtěžováním mezi MP ?

- ano
- ne
- občas
- pravidelně

11. Nejčastější sex. obtěžování ošetřujícího personálu ze strany klientů?

- slovní
- gesta
- doteky

12. Nejčastější vzájemné obtěžování mezi klienty?

- slovní
- gesta
- doteky

13. Toto sex. obtěžování personál?

- řeší
- neřeší
- toleruje
- respektuje
- vede v dokumentaci klienta
- informuje o nich opatrovníka
- informuje o nich sociální pracovníci

14. Setkala jste se někdy se sex. obtěžováním klienta ze strany ošetřujícího personálu

- ano
- ne
- slyšela jsem o něm
- neslyšela jsem o něm

15. Je vhodné tlumit sex. projevy MP medikamenty ?

- vhodné
- ano- vždy
- ne- nikdy
- ano - pokud si to přeje opatrovník,
- ano - pokud je to v zájmu MP
- ano - pokud by se MP dostal do střetu se zákonem
- ano - pokud je to obtěžující pro ostatní klienty

16. Myslíte si, že sex. konflikt mezi klienty s MP by se měl řešit

- medikamenty
- reorganizací (v rámci pobytové služby)
- ergoterapií
- sportovní terapií
- pohovorem
- jiné, prosím uveďte

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

17. Měla by být v pobytových zařízeních sex. výchova pro MP?

vyznačte prosím jednu odpověď

- ano
- ne
- nevím,
- není to vhodné
- je to nutné

18. Dokážete hovořit s MP o sexualitě?

- ano
- ne, mám s tím problém
- nemám s tím problém
- poprosím jinou kolegyni, aby s ním o tom promluvila

19. Jaké komunikační prostředky s MP používáte?

- rozhovor
- film
- piktogram
- papír tužka

20. Jaké komunikační prostředky používáte při komunikaci s MP neslyšícími?

- znaková řeč
- film
- gestikulace
- piktogram
- papír tužka

21. Myslíte si, že MP v pob. službách mají dostatek informací o sexualitě?

- ano
- ne
- ne všude
- neznám takové zařízení

22. Kdo by měl s MP o sex.hovořit? *vyznačte prosím jednu odpověď*

- zdravotní sestra
- klíčový pracovník
- pracovník v sociálních službách (vychovatel - ka, ošetřovatel--ka)
- sociální pracovník
- opatrovník
- ten, ke komu má MP důvěru

23. Párové soužití osob s MP je ?

- vhodné
- nevhodné
- přirozené
- obohacující obě strany

24. Rodičovství u osob s MP je ? *vyznačte prosím jednu odpověď*

- vhodné
- nežádoucí
- nevhodné
- přirozené

25. Těhotenství MP žen? *vyznačte prosím jednu odpověď*

- je třeba zabránit
- je možné povolit
- musí s ním souhlasit opatrovník
- jiné, prosím

vypište.....

.....

26. Pokud se narodí dítě MP ženě? *vyznačte prosím jednu odpověď*

- je dáno do kojeneckého ústavu
- vychovává jej opatrovník

- je ženě ponecháno
- záleží na postižení matky a jejím zázemí

27. Během ošetrovatelského procesu zvládáte komunikovat s klientem o jeho sex. potřebách ?

- ano, nemám s tím problém
- ne, tomuto tématu se vyhýbám
- nemám na to čas
- čas si vždycky najdu

28. Používání intimních pomůcek klienty s MP?

- považuji za nevhodné
- neslyšela jsem o tom
- je vhodné
- jiné, prosím

vypište.....

.....

29. Supervize související s tématem sexualita MP ?

- mne nezajímá
- mne zajímá

zúčastnila jsem se

jiné, prosím

vypište.....

.....

30. Sexualita klienta s MP by měla být řešena v jeho individuálním plánu?

vyznačte prosím jednu odpověď

vždy

nikdy

jen při obtěžujících projevech

31. S jakými projevy sexuality MP jste se nejčastěji setkal/a ?

vyznačte prosím jednu odpověď

masturbace

mazlení se s osobou druhého pohlaví

homosexualita

intimní styk

jiné, prosím

vypište.....

.....

.....

.....

.....

32. Myslíte si, že MP mají v pobytových zařízeních dostatek soukromí pro svůj sex. život ?

ano

ne

33. Jak si myslíte, že ostatní lidé ve společnosti reagují na projevy sexuality MP?

vyznačte prosím jednu odpověď

jsou na ně zvyklí

myslí si, že neexistují

neseškávají se s nimi

tolerují je

za sex. projevy je odsuzují

jiné, prosím

uved'te.....

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Dotazník pro veřejnost

Dobrý den,

navštěvuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma: „**SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM (MP), ŽIJÍCÍCH V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH, Z POHLEDU SESTRY**“. Tento dotazník je anonymní a je určen pro osoby starší 18 let. Předem velice děkuji za jeho vyplnění.

Hana Hubáčková

U některých otázek, pokud není napsáno jinak, je možno zvolit více odpovědí.

11. věk

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 50 a více let

12. nejvyšší dosažené vzdělání

- střední odborné vzdělání s maturitou
- středoškolské + PSS
- vyšší odborné vzdělání

vysokoškolské + specializační

jiné, prosím

uveďte.....

13. stav svobodná vdaná rozvedená jiný

14. Jste žena muž

15.

Setkal/a jste se se sexualitou MP?

ano

ne

často

málo,

pravidelně

16. MP mají právo na prožívání své sexuality?

nemají

mají

mají - pokud s tím souhlasí lékař

mají - pokud s tím souhlasí opatrovník

17. Má opatrovník právo zasahovat do sexuality svého opatrovance?

vyznačte prosím jednu odpověď

- nemá
- má-pokud je to v zájmu opatrovance
- nevím
- má

18. Setkal/a jste se se sex. obtěžováním ze strany MP ?

- ano - osobně,
- ano - týkalo se to jiné osoby
- ne
- ano - z doslechu
- slyšela jsem o něm
- neslyšela jsem o něm

19. Je vhodné tlumit sex. projevy MP medikamenty ?

- vhodné
- ano- vždy
- ne- nikdy
- ano - pokud si to přeje opatrovník,
- ano - pokud je to v zájmu MP
- ano - pokud by se MP dostal do střetu se zákonem
- ano - pokud je to obtěžující pro ostatní klienty

20. Myslíte si, že sex. konflikt mezi klienty s MP by se měl řešit

- medikamenty
- reorganizací (v rámci pobytové služby)
- ergoterapií
- sportovní terapií
- pohovorem
- jiné, prosím uveďte

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

21. Měla by být v pobytových zařízeních sex. výchova pro MP?

vyznačte prosím jednu odpověď

- ano
- ne
- nevím,
- není to vhodné
- je to nutné

22. Dokážete hovořit o sexualitě?

- ano
- ne, mám s tím problém
- nemám s tím problém

23. Myslíte si, že MP v pob. službách mají dostatek informací o sexualitě?

- ano
- ne
- ne všude
- neznám takové zařízení

24. Kdo by měl s MP o sex. hovořit? *vyznačte prosím jednu odpověď*

- zdravotní sestra
- klíčový pracovník
- pracovník v sociálních službách (vychovatel - ka, ošetřovatel –ka)
- sociální pracovník
- opatrovník
- ten, ke komu má MP důvěru

25. Párové soužití osob s MP je ?

- vhodné
- nevhodné
- přirozené
- obohacující obě strany

26. Rodičovství u osob s MP je ? *vyznačte prosím jednu odpověď*

- vhodné
- nežádoucí
- nevhodné
- přirozené

27. Těhotenství MP žen?

vyznačte prosím jednu odpověď

- je třeba zabránit
- je možné povolit
- musí s ním souhlasit opatrovník
- jiné, prosím

vypište.....

.....

28. Pokud se narodí dítě MP ženě?

vyznačte prosím jednu odpověď

- je dáno do kojeneckého ústavu
- vychovává jej opatrovník
- je ženě ponecháno
- záleží na postižení matky a jejím zázemí

29. Používání intimních pomůcek klienty s MP

- považuji za nevhodné
- neslyšela jsem o tom
- je vhodné
- jiné, prosím

vypište.....

.....

jiné, prosím

vypište.....

.....

.....

.....

.....

30. Myslíte si, že MP mají v pobytových zařízeních dostatek soukromí pro svůj sex. život ?

ano

ne

31. Jak si myslíte, že ostatní lidé ve společnosti reagují na projevy sexuality MP ?

vyznačte prosím jednu odpověď

jsou na ně zvyklí

myslí si, že neexistují

nesetkávají se s nimi

tolerují je

za sex. projevy je odsuzují

jiné, prosím

uved'te.....

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971. Valné shromáždění vyhlašuje tuto deklaraci o mentálně postižených 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 postižená 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 ochranu před jakýmkoliv 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.
6. 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 proti jakékoli formě zneužití. tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost

postíženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí.**

Příloha 4



Sociální pohoda, o.p.s.

Sociální pobytové zařízení :		Druh dokumentu:	
Domov pro osoby se zdravotním postižením			
Javorník 46		Procedurální standard č.2	
IČO: 260 97 982			
Název dokumentu:			
Metodika k sexualitě uživatelů			
Vydání: 1	Ze dne: 18. 7. 2011	Platnost od: 1.10. 2011	tisk dne.: 18. 7. 2011

Vypracoval:	Schválil :	www.socialnipohoda.cz
kolektiv zaměstnanců Sociální pohoda,o.p.s.	Ing. Jiří BENDA	
	ředitel	

REALIZAČNÍ TÝM:

Hana Hubáčková – vrchní sestra

Marie Káňová, DiS. – sociální pracovnice

Dana Miháliková, DiS. – aktivizátor volnočasových činností

SCHVÁLIL:

Ing. Jiří Benda – ředitel Domov pro osoby se zdravotním postižením Sociální pohoda o.p.s., Javorník

.....

OBSAH

1. Postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově uživatelů služby
2. Terminologie
3. Přístupné a nepřístupné formy kontaktu, péče a poskytované podpory
4. Prevence a způsoby řešení možných důsledků sexuálních aktivit
5. Způsob sexuální výchovy a její zásady

1. POSTOJE ZAŘÍZENÍ K SEXUALITĚ A SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ UŽIVATELŮ SLUŽBY

Podpora párového soužití a přirozeného způsobu života lidí s MP

Respektováno právo jedinců na sexuální život

Respektování sexuální orientace u každého uživatele

2. TERMINOLOGIE

Personál by neměl používat vulgární ani slangové výrazy. Pokud je použije uživatel, personál odpoví uživatelským slovníkem a následně uvede a vysvětlí správnou terminologii užívanou ve společnosti. Slovník uživatelů sociálních služeb se odvíjí od mentálního postžení každého jedince.

	VHODNÉ VÝRAZY	NEVHODNÉ VÝRAZY
PENIS	přirození, pindík	čurák, péro
PRSA	ňadra	kozy
VARLATA	kuličky	koule, pytel
ZADEK	zadek, zadeček	prdel
VAGINA	mezinoží, pipina, kočka	kunda, píča, kačenka
MOČIT	čurat, jít na malou	chcát
STOLICE	kakat, jít na velkou	srát
MASTURBACE	uspokojovat se, onanovat	honit péro
SOULOŽ	milovat, pohlavní styk	šukat, dělat děti, šolichat
EREKCE	stojí mi, tvrdnutí	stojí mně péro
LÍBAT SE	pusinkovat se	cucát, olizovat
MAZLENÍ	hlazení, mačkat se	ohrabávat
ORÁLNÍ SEX	dělat si dobře ústy	kouřit, lízat píču
ANÁLNÍ SEX	strkat do zadku	šukat do prdele
HOMOSEXUÁL	ten co má rád kluky	teplouš, buzerant
LESBIČKY	ta co má ráda holky	mužatky, bukvice
ORGASMUS	vytekl jsem	počural jsem se
PREZERVATIV	ochrana, balónek	šprcka

3. PŘÍSTUPNÉ A NEPŘÍSTUPNÉ FORMY KONTAKTU, PÉČE A POSKYTOVANÉ PODPORY

Emoční a sociální opora vede ke snížení důsledků sociální izolace a podporuje sociální integraci. Dostatečná sociální síť (přátelé, známí, příbuzní) pomáhá k prevenci depresí a pomáhá zmírňovat i projevy somatické (například i zmírňování bolesti). Dobrý sociální vztah je základem kvality života především u osob žijících v institucionálním (ústavním) prostředí.

Přátelství a milostné vztahy jsou důležitou součástí lidského štěstí.

Odpovědnost uživatelů:

Uživatelé, kteří se cítí osaměle, jsou povzbuzováni, aby požádali personál o pomoc.

Uživatelé mohou žádat o asistenci v rozšiřování svých sociálních sítí. Oblasti, ve kterých může být asistence požadována, zahrnují informace, možnosti plánování společenských aktivit a účast na nich.

Uživatel, který se cítí nejistý ve vztazích, včetně otázek o své sexuální orientaci, je povzbuzován, aby hledal pomoc a podporu u personálu nebo u další důvěryhodné osoby.

Uživatelé, kteří se chtějí vzít (v České republice pouze v případě, že nebyli zbaveni způsobilosti k právním úkonům), jsou vybízeni, aby se účastnili předmanželského poradenství a /nebo se zúčastnili procesu navrženého k informování o zodpovědnosti a povinnostech v manželství. Tento proces jim pomáhá rozvinout schopnosti, které mohou zvýšit manželské štěstí.

Odpovědnost personálu:

Přátelství a romantické vztahy jsou záležitostí osobní preference. Personál bude respektovat osobní volby uživatelů a bude zasahovat pouze v případech, kdy je to nezbytné pro bezpečí uživatele. Heterosexuální a homosexuální vztahy budou podporovány rovnocenně.

Vztahy vyžadují, aby vznikly možnosti k jejich vzniku a rozvoji. Personál poskytne nezbytnou podporu k sociální inkluzi a k rozvoji vztahů. Personál bude napomáhat uživatelům v rozvoji vztahových dovedností. Vztahy mohou zahrnovat přátele, rodinu, krátkodobé i dlouhodobé vazby. Personál ohodnotí rozvíjení vztahů a určí, zda jednotlivci tyto vztahy zvládnou bez asistence.

Uživatelé, bez ohledu na jejich úroveň nezávislosti budou, pokud si to přejí, podporováni ve schůzkách. Úroveň požadované podpory personálem bude určena týmem zaměstnanců. Zaměstnanec, který se má starat o uživatelův dobrý pocit v kontextu vztahů, diskutuje s uživatelem způsobem, kdy jej respektuje a neohrožuje uživatelské právo na sebeurčení. V případech, kdy se zaměstnanec domnívá, že je nezbytná diskuse se supervizorem, vyhledá její.

Personál bude podporovat uživatele, kteří si přejí udělat dlouhodobý závazek v rámci milostného vztahu. Personál se s párem setká, aby se určila a vymezila podpora, kterou pár potřebuje. Taková podpora zahrnuje poradenství, informace o sexualitě a sexuálním zdraví, finanční rady, pomoc, asistenci, zařízení ubytování a plánování svatby/svazku. Personál bude podporovat uživatele v případě problémů ve vztazích.

4) PREVENCE A ZPŮSOBY ŘEŠENÍ MOŽNÝCH DŮSLEDKŮ SEXUÁLNÍCH AKTIVIT

Mýtus: lidé s mentálním postižením jsou schopni kontrolovat svůj sexuální pud méně než lidé bez postižení. Poskytovatelé služeb by měli dobře znát uživatele služeb, aby jim byly schopni poskytnout adekvátní podporu v rozvoji přiměřených vztahů, aniž by se uživatel dostal do rozporu se zákonem.

PREVENCE

Sexuální výchova pro uživatele i personál

Antikoncepce: perorální, náplasti, injekční forma × kondom

Gynekologické vyšetření u žen, návštěvy sexuologa

Formy: přednáška, videodokument, názorné ukázky

ZPŮSOBY ŘEŠENÍ

Rozhovor -zmapování situace - popřípadě projednání události se sexuologem, lékařem, psychiatrem dle závažnosti problematiky informovat rodinu, zákonného zástupce /opatrovníka.

Reorganizace v rámci zařízení i mimo něj.

Zvýšený dohled ze strany personálu.

Provedení záznamu do dokumentace uživatele + oznámení policie ČR v případě spáchání závažných deliktů.

Zneužívání

Za sexuální zneužívání se považuje takové jednání, kdy je konána jakákoli sexuální aktivita bez souhlasu druhé osoby. Za odmítnutí souhlasu se považuje i odmítavé chování (u klientů, kteří se nemohou verbálně vyjádřit).

Odpovědnost uživatelů:

Uživatelé jsou vybízeni k účasti na sexuálně vzdělávacích programech, které zahrnují sexuální zneužívání. Uživatelé jsou vedeni k tomu, aby se obrátili na důvěryhodnou osobu vždy, pokud by byli vystaveni sexuálnímu nátlaku v minulosti, současnosti či budoucnosti, se kterým nesouhlasí. Uživatelé jsou též vedeni k tomu, aby oznámili jakýkoli sexuální nátlak, který se netýká jich osobně, ale jehož byli svědkem.

Odpovědnost zaměstnanců:

Stane-li se personál svědkem, nebo má-li podezření na sexuální chování, pro něž neexistuje vzájemný souhlas, pak je povinen toto chování zastavit netrestajícím způsobem a poskytnout nezbytnou podporu těm, které toto chování ovlivnilo. Personál prohlédne oběť, zda nedošlo k nějakým zraněním. Zabezpečí, aby byly vzaty a uchovány dostatečné důkazy a zavede vhodná opatření. Tato opatření mohou zahrnovat lékařskou prohlídku. Personál nebude klást zavádějící otázky.

Pro ochranu důkazů se budou zaměstnanci držet následujících pokynů:

Zabezpečí, aby si oběť nečistila zuby, nesprchovala se či neumyla se.

Uchovají fyzické důkazy jako oděv, prostěradlo, příkrývku.

Informují (telefonicky) vedení domova, sociální pracovnice uvědomí opatrovníka, odborného lékaře o následné léčbě oběti sexuálního zneužívání.

Dojednání s lékařem, zda je požadováno kontrolní následné vyšetření pro nějaké zranění (pohmožděniny), které by nebyly viditelné po následujících 72 hodinách.

Chrání uživatele oznámením o domnělém zneužívání, ale nepokouší se o vyšetřování tohoto případu. Toto vyšetřování bude provedeno někým, kdo má potřebný specializovaný trénink.

Personál zajistí, aby byla uživatelům poskytnuta nezbytná pomoc a emoční podpora ke zvládnutí situace sexuálního zneužívání. Personál pozoruje uživatelem, sleduje, jaké se vyskytují reakce. Sleduje jaké má reakce k fyzickým dotekům. Zaměstnanci se budou neprodleně vzájemně informovat a důsledně se budou držet vypracované metodiky a protokolu, který má zařízení vypracovaný v oblasti postupu při sexuálním zneužívání.

Personál zařídí nebo nabídne poradenství pro každého uživatele, který byl nějak v kontaktu se situací sexuálního zneužívání, ať už jako zneužívaný, zneužívající nebo byl svědek. Zaměstnanci, kteří jsou účastni vyšetřování sexuálního zneužívání, mohou tuto zkušenost vnímat jako traumatizující. Proto jim bude nabídnuta konzultace se supervizorem (PhDr. Miroslav Frnoch; <http://www.andra.vzdelavani.sweb.cz>).

Personál minimalizuje riziko dalšího sexuálního zneužívání vzděláváním a tréninkem proti zneužívání za předpokladu účasti supervize nebo mohou oddělovat zúčastněné strany, je-li to nezbytné.

Personál oznámí všechny případy sexuálního zneužívání nebo podezření na sexuální zneužívání. Oznámení jsou dávana týmu, který dodržuje protokol k sexuálnímu zneužívání a rozhoduje, jaké další kroky je třeba udělat, udává směr okamžitých řešení, která jsou potřebná ke snížení rizika dalšího zneužívání. Tým určuje, kdo kam věc ohlásí, respektuje zákonné nebo další úřední normy.

Personál vytváří atmosféru, aby se uživatelé cítili i s odhaleným zneužíváním v maximální pohodě. Personál se bude zdržovat dotazů na kohokoli ani nebude činit jakékoliv okamžité závěry. Bude záležitost dokumentovat a oznámí vše supervizorovi.

Těhotenství

Odpovědnost uživatele:

Uživatelka, která má podezření, že je v jiném stavu, informuje důvěryhodnou osobu a vyhledá odbornou lékařskou péči a následně se v případě těhotenství eviduje u gynekologa jako těhotná.

Uživatelka, která je v jiném stavu nebo která si přeje otěhotnět, se účastní profesionálního poradenství zaměřeného na těhotenství, které vede k informovanému rozhodnutí týkajícího se:

Zda pokračovat v těhotenství nebo těhotenství ukončit.

Zda se bude o dítě aktivně starat jako matka nebo jej poskytne k umístění do náhradní rodinné péče.

Důležitá informace pro potenciální rodiče zahrnuje výhody a povinnosti vyplývající z rodičovství, dopad těhotenství na fyzické a emoční zdraví, na vztah (y), povolání, finance, nezávislost. Další informací je, zda je požadováno genetické poradenství.

Existují-li důvody, které zpochybňují uživatelovu kapacitu dosáhnout informovaných rozhodnutí vztahujících se k těhotenství a rodičovství, ona/oni se zúčastní procesu, který pomůže zjistit, zda je potřebné náhradní řešení.

Uživatelka, u níž je zřejmé, že o dítě nebude pečovat, bude navštěvovat poradenství, které objasní a prozkoumá dosažitelná a dostupná řešení. Bude brát v úvahu emocionální dopad, které těhotenství přináší.

Žena je povzbuzovaná, aby do procesu těhotenství zahrnovala další významné prvky jako otce dítěte, přítele nebo příbuzné, kteří by ji podporovali v tomto procesu.

Odpovědnost zaměstnanců:

Personál bude napomáhat uživatelům svým nekritizujícím podpůrným chováním ve svobodném rozhodování uživatele. Personál pomáhá uživatele dosáhnout lékařského vyšetření, pokud je podezření na těhotenství. Personál bude napomáhat uživatelům ve zpřístupnění služeb, které pomohou k informovaným rozhodnutím vztahujícím se k volbám mezi těhotenstvím, interrupcí, rodičovstvím a adopcí. Personál bude podporovat matku v rozhodovacím procesu vztahujícím se k zahrnutí otce dítěte do rozhodování. Poskytuje-li zařízení sociální služby otci dítěte, personál organizuje poradenství, které mu pomůže identifikovat se s otcovskou rolí, pomůže v komunikaci o jeho prožívání a o nadějích vztahujících se k těhotenství.

Jsou-li pochybnosti o uživatelově kapacitě dosáhnout informovaných rozhodnutí vztahujících se k těhotenství a rodičovství, personál bude o této záležitosti jednat a bude hledat náhradní rozhodnutí.

pohlavně přenosné choroby

Proškolený personál obeznámí uživatele s pohlavně přenosnými chorobami, s možnými riziky s těmito nemocemi spojenými. Je nezbytné, aby zařízení vedlo uživatele služeb k vzdělávání v sexuální oblasti. Zařízení může nabídnout uživatelům s rizikovým chováním pomoc externího sexuologa (MUDr. Hrdlička, české Budějovice). Personál (klíčový pracovník) zajistí, aby pomůcky týkající se zdraví a prevence sexuálně přenosných chorob (kondomy) byly k dispozici a dosažitelné pro uživatele. S uživateli budou též řešeny alternativní bezpečnější formy sexuálního chování. Při podezření, že uživatel může mít sexuálně přenosnou chorobu nebo provozuje vysoce rizikové chování, bude uživateli zprostředkován kontakt s příslušným odborným lékařem.

Vedení domova zajistí dostatek potřebných informací k případné sexuální výchově zakoupením vhodné odborné literatury: Listy sexuality a zajištěním DVD: Vztahy, O sexu. Pracovníci domova poskytnou uživatelům potřebné informace formou rozhovoru, názorných ukázek a piktogramů. Podávání informací bude přizpůsobeno individuálním potřebám uživatelů.

obtěžující sexuální chování

Poskytovatelé služeb by měli dobře znát uživatele služeb, aby jim byli schopni poskytnout adekvátní podporu v rozvoji přiměřených vztahů, aniž by se uživatel dostal do nebezpečí zranění a ublížení jiným, a tak do rozporu se zákonem. Stejně tak se musí uživatelé služeb soustředit na rozšíření sociální sítě a na vzdělávání a podporu uživatelů, aby je naučili způsoby, které jim usnadní dosahování přiměřených vztahů.

Odpovědnost uživatelů:

Uživatelé se zdrží způsobů chování, které jsou v rozporu se zákonem.

Uživatelé, kteří se chovají způsoby, jež jsou v rozporu se zákonem, budou vystaveni zákrokům s cílem, aby se takové činy neopakovaly.

Odpovědnost zaměstnanců:

Personál varuje uživatele před nevhodným jednáním, které ho může dovést do nebezpečí obvinění ze spáchání přestupku nebo trestného činu. Personál oznamuje toto jednání/chování supervizorovi. Personál se bude držet stanovené strategie zařízení.

Supervizor a personál po poradě s programovými konzultanty zařízení nabídnou strategie k redukci rizika spáchání přestupkového a trestního jednání. Strategie berou v úvahu zahrnutí vzdělávání, poradenství, pomoci, asistence, zvýšené supervize a dalších prostředků podpory.

5) ZPŮSOB SEXUÁLNÍ VÝCHOVY A JEJÍ ZÁSADY

Sociosexuální vzdělávání- před realizací sexuálního vzdělávání by měly být informováni rodiče nebo zákonní zástupci/ opatrovníci. Optimální je forma otevřené komunikace mezi klíčovým pracovníkem (důvěrná osoba) a jemu svěřeným uživatelem. Jestliže neexistuje objektivní překážka, rodiny by měly být informovány o plánovaném sexuálním vzdělávání.

Vzdělávání zaměstnanců- zařízení umožní účast na pořádaném výcviku nebo školení. Školení zajistí kompetenci zaměstnanců v oblasti vztahů a sexuality.

Odpovědnost zaměstnavatele:

bude poskytovat školení, výcvik zaměstnanců v oblasti vztahů a sexuality, který bude zaměřen na oblast osob s mentálním postižením. Strategie a cíle zaměstnavatele týkající se sexuality uživatelů se budou týkat všech stávajících i nově nastupujících zaměstnanců.

Pro řešení sporných otázek by měla být k dispozici odborná literatura, např. Štěrbová, D., *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*, Praha: 2009.

Zaměstnanci by měly vědět, kdy mají k dispozici tištěné informace, audio-vizuální zdroje, vyškolené pracovníky, terapeuty a společenské zdroje.

Odpovědnost zaměstnanců:

Zaměstnanci zajišťují vlastní nezbytné kompetence pro podporu uživatelů služeb v upevňování a podpoře přátelských i milostných vztahů uživatelů. Tyto vztahy mohou zahrnovat sexuální důvěrnosti.

Zaměstnanci zajistí, že uživatelé služeb obdrží přesné a správné informace neodsuzujícím a nekritizujícím způsobem.

Od zaměstnanců je požadováno, aby podporovali uživatelé v realizování jejich vlastních voleb ve shodě se strategií a cíly zařízení, přestože znalosti a hodnoty i podporující úrovně směřující k sexualitě jsou u jednotlivých zaměstnanců různé.

Zaměstnanci budou požadovat vzdělání a přiměřený výcvik (školení), pokud budou pociťovat potíže v podporování voleb a rozhodnutí uživatelů.

Vzdělávání uživatelé služeb

Odpovědnost uživatelů:

Uživatelé budou povzbuzováni k aktivní účasti na formálním a neformálním sociálně-sexuálním vzdělávání.

Uživatelé se mohou dotazovat na sexuální záležitosti a diskutovat o nich způsobem, který respektuje soukromí, tedy ve vhodném čase a na vhodném místě.

Uživatelé, kteří se domnívají, že obdrželi nepřesné nebo odsuzující informace jsou povzbuzováni k tomu, aby podali tuto informaci supervizorovi nebo osobě, které věří (důvěrná osoba, klíčový pracovník).

Odpovědnost zaměstnanců:

Personál bude poskytovat sociálně-sexuální informace a vzdělávání všem uživatelům.

Personál bude reagovat na otázky přesnými informacemi a vhodným způsobem.

Personál bude prezentovat sociálně-sexuální informace způsobem, který odpovídá úrovni komunikace uživatele a jeho mentálním schopnostem.

Pokud je zaměstnanci některé téma osobně nepříjemné nebo se cítí neschopen zvyšování své úrovně sexuálního poradenství projedná tuto záležitost se supervizorem. Poté společně najdou cestu a/nebo střídavou formu podpory.

Zaměstnanci jsou si vědomy, že jejich interpersonální chování slouží jako modelové vztahové chování pro uživatele.

Zaměstnanci respektují uživatelské právo na důvěrnost.

Pokud si uživatelé vyberou k diskusi o sexuálních námětech nevhodnou dobu, zaměstnanci je směřují ke vhodnější době.

Personál podává zprávu supervizorovi o událostech, během nichž uživatelé podali nepřesné nebo nevhodné sociálně-sexuální informace, eventuelně se nevhodně chovali.

Zdroj: vlastní