

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

IVANA ŠIMÍČKOVÁ

III. ročník – kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**SEXUALITA OSOB SE STŘEDNĚ TĚŽKOU A TĚŽKOU
MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph. D.

OLOMOUC 2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Kopřivnici dne 19. 3. 2007

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph. D., za odborné vedení bakalářské práce, ale i všem pracovníkům ústavů sociální péče, kteří byli vstřícní při mém výzkumu.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	
1 Mentální retardace	9
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	9
1.2 Klasifikace mentální retardace	10
1.2.1 Středně těžká mentální retardace	12
1.2.2 Těžká mentální retardace	13
1.3 Etiologie mentální retardace	14
2 Sexualita a sexuální výchova osob s mentální retardací	17
2.1 Pojem sexualita	17
2.2 Sexualita osob s mentální retardací	18
2.3 Práva osob s mentální retardací	19
2.4 Předsudky o sexualitě osob s mentální retardací ...	21
2.5 Sexuální výchova osob s mentální retardací	23
2.5.1 Možné kroky postupu při zavádění sexuální výchovy podle Mgr. Kozákové	25
2.5.2 Zásady pro instruktory sexuální výchovy	28
2.6 Sexuální zneužívání osob s mentální retardací	29
Praktická část	
3 Metodická východiska šetření	30
4 Analýza výsledků šetření a jejich interpretace...	32
4.1 Sexuální potřeby osob s mentální retardací vzhledem k věku	32
4.2 Projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací	33

4.3	Aktuální problémy diskutované v ústavech sociální péče	37
4.4	Agresivita versus sexualita.....	38
4.5	Masturbace na veřejnosti	38
4.6	Zajištění soukromí klientům v ústavech sociální péče	39
4.7	Sexuální výchova klientů	40
4.8	Vedení klientů v jejich prožívání sexuality	41
4.9	Poradenské služby pro sexuální aktivity	42
4.10	Spolupráce s „veřejnými domy“	44
4.11	Informovanost pracovníků přímé péče	45
	Závěr	47
	Použitá literatura a prameny	49
	Seznam grafů	51
	Přílohy	
	Anotace	

Úvod

Žijeme ve společnosti, která se snaží o maximální podporu osob s mentální retardací. Jednou z oblastí, ve které osoby s mentální retardací potřebují podporu, je také oblast sexuality a jejího prožívání. Závěrečná práce se zaměřuje na osoby se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Snaží se zmapovat jejich sexuální potřeby a způsob, jakým jsou tyto potřeby uspokojovány. V práci budeme používat termín *ústav sociální péče*, přestože se již podle nové legislativy nepoužívá. Důvodem je nejednotnost v nové terminologii a dosud neuvedení této nové terminologie do praxe.

Tato oblast je velice diskutovaná především mezi lidmi, kteří mají poskytovat podporu osobám s mentální retardací. Právě tato aktuálnost, ale také nejednotnost v názorech na sexualitu osob s mentální retardací, nás motivovala věnovat se tomuto tématu. Hledání správného přístupu není jednoduchou záležitostí, která vyžaduje čas a spoustu informací nejen o sexualitě osob s mentální retardací, ale také o sobě samém. V oblasti sexuality osob s mentální retardací se pohybujeme na tenkém ledě především v hledání hranice, co je ještě přípustné, a co už hraničí s „dobrými mravy“ nebo dokonce se zneužíváním. Je tedy důležité se tomuto tématu maximálně věnovat a ujednotit se v postojích, přístupech a formách podpory.

Závěrečná práce má za cíl zjistit, *současný stav poskytované podpory v oblasti sexuality osobám se středně těžkou a těžkou mentální retardací v ústavech sociální péče.*

K naplnění tohoto cíle byly stanoveny dva úkoly:

1. *Zjistit postoj personálu k sexualitě osob s mentální retardací.*

2. *Zjistit, jaké jsou potřeby osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací a jak jsou naplňovány.*

Na základě předběžného šetření jsme se domnívali, že uživatelům ústavů sociální péče není poskytnuta dostatečná sexuální výchova, z toho důvodu jsou uživatelé dezorientováni v oblasti své sexuality.

Práce je rozdělena na dvě části. Část teoretická se snaží o vymezení termínu mentální retardace a zmapování oblasti sexuality osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Část praktická se věnuje analýze dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na zjištění současného stavu poskytované podpory uživatelům služeb, postojů pracovníků v přímé péči v oblasti sexuality a zjištění sexuálních potřeb osob se středně těžkou a těžkou MR.

Teoretická část

V teoretické části se budeme věnovat vymezení termínu mentální retardace. Budeme se podrobněji zabývat sexualitou osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací, jejich právy a možnostmi sexuální výchovy.

1 Mentální retardace

Termín mentální retardace nahrazuje řadu dřívějších termínů, které působily pejorativně. Význam termínů označujících mentální retardaci se v průběhu času proměňuje a z termínů původně neutrálních se často stávají zraňující nebo urážlivá označení. Dnes již ani tento termín není zcela ideální.

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Termín mentální retardace vychází z latinských slov Mens, 2. p. mentis = mysl a retardare = zdržet, zaostávat. Definování pojmu mentální retardace je ovlivněno řadou faktorů a kritérií, ke kterým se pak jednotliví autoři přiklání.

Jak uvádí Rubinštejnová (1976, Krejčířová in Renotiérová, Ludíková, s. 161), z pohledu biologických faktorů je mentální retardace (dále jen MR) pojímána jako *„trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku“*.

Sociální hledisko zdůrazňuje ve své definici Benko (1971, Krejčířová in Renotiérová, Ludíková, s. 161): *„Člověk je z právního hlediska oligofrenik, jestliže si své záležitosti nemůže obstarat sám, nemůže se to naučit pro své vlastní dobro a blaho společnosti, potřebuje dozor, kontrolu a péči.“*

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanoví MR jako *„stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšední úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností“*

(Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1992, Krejčířová in Renotiérová, Ludíková, s. 162).

Interdisciplinární charakter lze vycítit z definice podle Valenty, Müllera (2004, s. 19). „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

1.2 Klasifikace mentální retardace

Tak jako bylo definování pojmu mentální retardace obtížné z důvodů mnoha faktorů a kritérií, tak i na klasifikaci mentální retardace může být nahlíženo z různých úhlů. Uvedeme si pouze dvě nejčastěji uváděná kritéria pro klasifikaci mentální retardace. Mentální retardaci rozlišujeme:

➤ **podle typu postižení:** (Valenta, 2004, s. 12)

- typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný)
- typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný)

➤ **podle stupně postižení:**

„*V roce 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která je zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě a rozděluje MR do šesti kategorií:*“ (Švarcová, 2001, s. 27)

- **F 70 Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)** Podle Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 162), v dospělosti srovnatelné s mentálním věkem 9 – 12 let.
 - ~ dřívější označení: lehká slabomyslnost (oligofrenie)
 - lehká mentální subnormalita
 - debilita

- **F 71 Středně těžká mentální retardace** (IQ 35 – 49)
Podle Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 162),
v dospělosti srovnatelné s mentálním věkem 6 – 9 let.
~ dřívější označení: střední slabomyslnost (oligofrenie)
střední mentální subnormalita
imbecilita

- **F 72 Těžká mentální retardace** (IQ 20 – 34) Podle
Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 162),
v dospělosti srovnatelné s mentálním věkem 3 – 6 let.
~ dřívější označení: těžká slabomyslnost (oligofrenie)
těžká mentální subnormalita
idioimbecilita

- **F 73 Hluboká mentální retardace** (IQ do 19) Podle
Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 163),
v dospělosti srovnatelné s mentálním věkem pod 3 roky).
~ dřívější označení: hluboká slabomyslnost (oligofrenie)
těžká mentální subnormalita
idiotie

- **F 78 Jiná mentální retardace** („*tato kategorie se používá
jen v případech, kdy stanovení stupně mentální retardace
je obzvlášť nesnadné nebo nemožné pro přidružené
smyslové nebo tělesné poškození*“). (Švarcová, 2001, s.30)

- **F 79 Nespecifikovaná mentální retardace** („*tato
kategorie se používá v případech, kdy je mentální
retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo
možno pacienta zařadit do jedné z uvedených kategorií*“).
(Švarcová, 2001, s. 30)

Vzhledem k tomu, že se tato práce chce věnovat osobám se středně těžkou a těžkou MR, charakterizujeme podrobněji jen tyto dvě skupiny osob s MR.

1.2.1 Středně těžká mentální retardace

Jak uvádí Švarcová (2001, s. 28), u osob se středně těžkou mentální retardací je jejich neuropsychický vývoj omezený, výrazně opožděný. Velmi častá jsou tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Motorika je výrazně opožděna, ale většina osob se středně těžkou MR může chodit bez pomoci. V oblasti psychiky jsou osoby se středně těžkou MR celkově omezeny. Pokroky ve škole jsou limitované vzhledem k jejich nízké koncentraci pozornosti a výraznému opoždění rozvoje chápání, ale někteří žáci se středně těžkou MR si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost.

Dále Švarcová (2001, s. 28) uvádí, že v dospělosti jsou tyto jedinci většinou schopni vykonávat jednoduché manuální práce. Podmínkou je, aby úkoly byly pečlivě strukturovány, a byl zajištěn odborný dohled. Úplně samostatný život v dospělosti je možný jen ve výjimečných případech. Zpravidla bývají fyzicky aktivní a plně mobilní a většina z nich prokazuje schopnosti v navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a účastní se na jednoduchých sociálních aktivitách.

Podle Švarcové (2001, s. 29) jsou u jedinců se středně těžkou MR veliké rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v sociální interakci a komunikaci, ale jsou značně neobratní, někteří naopak dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzomotorických než ve verbálních schopnostech. Úroveň řeči je variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace (jejich verbální projev bývá často agramatický a špatně artikulovaný), zatímco druzí se jen těžko

dokáží domluvit o svých základních potřebách. Určité procento se nenaučí mluvit nikdy, třebaže rozumí jednoduchým verbálními pokyny. Mohou se naučit gestikulovat nebo používat jiné formy nonverbální komunikace, díky které potom mohou částečně nahradit komunikaci verbální.

Podle Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 168) jsou jedinci se středně těžkou MR jsou v oblasti citů a vůle velice labilní. Objevuje se střídání nálad, impulzivita a zkratkovitě jednání. Specifickým rysem, jak uvádí Valenta (2004, s. 44), je dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle).

Žáci se středně těžkou MR bývají většinou vzdělávání podle Rámcového vzdělávacího programu pro vzdělávání žáků v základní škole speciální, 1. dílu, který je věnován vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením.

1.2.2 Těžká mentální retardace

U jedinců s těžkou MR Švarcová uvádí (2001, s. 29), že je jejich neuropsychický vývoj celkově omezený. Stejně jako u osob se středně těžkou MR jsou častá somatická postižení, neurologické příznaky a častý výskyt epilepsie. Většina trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Velice často se u jedinců s těžkou MR objevují stereotypní automatické pohyby.

V oblasti komunikace, podle Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 168), jsou osoby s těžkou MR schopny převážně nonverbální komunikace, v případě komunikace verbální se jedná především o jednotlivá slova nebo neartikulované výkřiky.

Podle Krejčířové (2004, in Renotiérová, Ludíková, s. 168) se u jedinců s těžkou MR objevuje celkové poškození afektivní sféry a časté sebepoškozování.

Jak uvádí Švarcová (2000, s. 29): „*Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené. Je prokázáno,*

že včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“

Pro výchovu a vzdělávání osob s těžkou MR jsou zřizovány rehabilitační třídy základní školy speciální. Jsou vzdělávány podle Rámcového vzdělávacího programu pro vzdělávání žáků v základní škole speciální, 2. dílu, který je věnován vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

1.3 Etiologie mentální retardace

Podle Švarcové (2001, s. 51), když rodiče zjistí, že jejich dítě je mentálně postižené, kladou si jedinou otázku: „Kdo je viníkem?“ Žádají od lékařů odpověď na svoji otázku a chtějí slyšet PROČ je jejich dítě mentálně postižené? Chtějí znát příčinu. Žádný viník většinou neexistuje. Vznik mentální retardace může ovlivňovat několik různých příčin, které se navzájem podmiňují a spolupůsobí.

Jak uvádí Valenta (2004, s. 51), je nutno říci, že i když dnešní věda při objasňování příčin urazila kus cesty, stále ještě není schopna dopátrat se příčiny poruchy asi u třetiny osob s mentální retardací.

Mentální retardace může být způsobena příčinami endogenními (vnitřními) nebo příčinami exogenními (vnějšími). „*Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické.*“ (Švarcová, 2000, s. 51) Exogenní faktory mohou způsobit mentální retardaci od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodního období i v raném dětství.

Exogenní příčiny se dále podle Švarcové (2001, s. 51) dělí na příčiny prenatální (působící v období od početí do porodu),

perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).

Prenatální příčiny

Mezi prenatální příčiny Valenta (2004, s. 51) řadí *dědičné vlivy* (hereditární). Do těchto vlivů řadíme po předcích zděděné nemoci (převážně metabolické poruchy) stejně jako po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti. U intelektových předpokladů platí princip tzv. regrese ke středu (průměru populace). To znamená, že dítě nadprůměrně nadaných rodičů s největší pravděpodobností nebude dosahovat jejich inteligenčních schopností, a naopak inteligence dítěte rodičů s podprůměrnou inteligencí je statisticky vyšší.

Druhou skupinou prenatálních vlivů podle Valenty (2004, s. 51) jsou specifické *genetické příčiny*. K těmto příčinám patří mutace genů vlivem mutagenních faktorů (např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy atd.), aberace chromozomů či změny v jejich počtu (nejznámější poruchou je Downův syndrom). Tato kategorie zahrnuje také dědičná metabolická onemocnění (např. fenylketonurie, galaktosemie, homocystinurie atd.).

Ke kategorii prenatálních příčin Valenta (2004, s. 52) zařazuje ještě *enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství* (např. zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplasmóza, otrava olovem, intoxikace, ozáření dělohy, alkoholismus matky, nedostatečná výživa atd.). Tady platí zákonitost, že čím dříve k onemocnění dojde, tím závažnější to má následky pro zdraví dítěte (nejkritičtější období jsou první tři měsíce těhotenství – blastopatie a embryopatie).

Příčinou mentální retardace může být podle Valenty (2004, s. 52) také nedostatek plodové vody, vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie).

Perinatální příčiny

Mezi perinatální příčiny Zvolský (1996, in Valenta, Müller, s. 52) udává perinatální encefalopatii (organické poškození mozku), mechanické poškození mozku při porodu a hypoxii či asfyxii (nedostatek kyslíku).

Mentální retardaci může způsobit podle Valenty (2004, s. 53) také předčasný porod a nízká porodní váhy dítěte stejně jako nefyziologická novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinémie).

Postnatální příčiny

K postnatálním příčinám Valenta (2004, s. 53) řadí např. zánět mozku způsobený mikroorganismy (encefalitidy, meningitidy, meningoencefalitidy), mechanické vlivy jako jsou např. traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a převážně v pozdějším věku onemocnění vedoucí ke snížení inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholová demence, schizofrenie, epileptická demence atd.).

K snížení intelektu může podle Valenty (2004, s. 53) dojít také při senzoričké, citové a sociální deprivaci dítěte, které vyrůstá v nepodnětném, nepřátelském prostředí nebo v institucionální péči. K psychosociální deprivaci dochází především u dětí rodičů s nižšími intelektovými schopnostmi.

2 Sexualita a sexuální výchova osob s mentální retardací

Sexualita osob s MR je dosti diskutované téma, které se dostalo do popředí v souvislosti s integrací osob s MR a s uplatňováním jejich lidských práv.

2.1 Pojem sexualita

„Sexualita je definována jako souhrn všech somatických i psychických složek souvisejících s rozdíly mezi pohlavími a z nich vyplývajícími projevy lidského chování. Zahrnuje výběrové tendence směřující ke sbližování mezi jedinci různého pohlaví s cílem sexuálního vzrušení a ukojení. Sexualita je spojena s vývojem etických a estetických tendencí. Děti si svou sexuální identitu uvědomují ve věku asi 3 let. V tomto období se zpravidla objevuje počátek zájmu o záležitosti sexu.“ (dostupné na World Wide Web: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/93325-sexualita>, cit. 9. 1. 2007)

Jak uvádí Bazalová (2004, s. 63): *„Sexualita je podstatná a cenná součást lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý člověk, mladý nebo starý, s handicapem nebo bez něj, je sexuální bytost a má právo na prožití vlastní sexuality. Její projevy se liší podle možností, tužeb a potřeb každého jedince.“*

Definice sexuálního zdraví dle WHO

„Jde o souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky. Je stejně hodnotnou součástí života i u lidí s postižením.“ (dostupné na World Wide Web: www.florence.cz/cislo.php?stat=311, cit. 15. 1. 2007)

2.2 Sexualita osob s mentální retardací

Sexualita osob s MR je docela nedávno odtabuizované téma. Lidé s MR a souvisejícími vývojovými vadami byli po mnoho let považováni za asexuální, bez potřeby lásky a naplňujícího vztahu k ostatním. Bylo jim odpíráno právo na sexualitu, která je základní lidskou potřebou pro zdraví a duševní pohodu.

„V období dospívání se projevuje sexuální potřeba u všech jedinců, bez ohledu na jejich zdravotní stav a postižení. Ne u všech se musí, zejména pak u osob s mentálním postižením, sexuální potřeba vyvinout.“ (Vagnerová, 2001, in Bazalová, s. 62) Jak uvádí Bazalová (2004, s. 62), *„někdy jde spíše o vyjádření touhy po blízkém člověku. Sexuální potřeba bývá uspokojována autostimulací, někdy se v této souvislosti objevují nápadné změny chování, např. obnažování na veřejnosti, neselektivní sexuální ataky apod. Člověk s postižením si mnohdy s vlastní sexualitou neví rady, nemá příležitost se uspokojit, a často ani sám neví, jak by to měl udělat. Může se proto stát obětí zneužívání. Pro svou sugestibilitu, závislost a neschopnost obrany jsou zneužíváním jakéhokoliv typu zvýšeně ohroženi.“*

U dětí a mládeže s lehkou MR se sexuální vývoj někdy mírně zpožďuje, jindy se pod vlivem prostředí a specifických kulturních zvyklostí naopak urychluje. Ve většině případů však spěje ke zralosti a k naplnění práva na plnohodnotný sexuální život. V dospělosti pak běžně uzavírají manželství a zakládají rodiny. (Prevendárová, 2002, dostupné na World Wide Web: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1091, cit. 9. 1. 2007)

Dále Prevendárová (2002) uvádí, že u osob se středně těžkou a těžkou MR málokdy dochází k takové samostatnosti, aby mohli žít běžným partnerským a sexuálním životem (bez podpory rodičů nebo vychovatelů). Život těchto osob je často situován za zdmi ústavů, které jsou často ještě

nekoedukovaného typu. Tyto ústavy nemohou vyhovovat přirozeným společenským a sexuálníм potřebám obyvatel. Obyvatelé takovýchto ústavů bývají často trvale citově deprivováni, sexuálně frustrováni, anebo volí náhradní autoerotické či homosexuální praktiky. K sexuální frustraci dochází také v direktivních rodinách, které popírají sexualitu svých dětí a udržují své děti v určité izolaci.

Sexuální chování se podle profesora Karola Matulaye (dostupné na World Wide Web: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1091, cit. 9. 1. 2007) projevuje u každého jedince velmi individuálně, v závislosti na mnoha faktorech (pohlaví, věk, stupeň postižení, vliv výchovného prostředí). Sexuální vývoj může být nejen opožděný, zpomalený, ale v některých případech i zastavený, pokud se nevyvinou u jedince sekundární pohlavní znaky. Jedna osoba může mít ve stejném čase různý biologický věk, mentální věk (rozvoj kognitivních funkcí a schopností), sociální věk (úroveň kooperace, schopnost projevovat pocity) a sexuální věk (zájem o opačné pohlaví a partnerský vztah, touha po dítěti).

Podle Prevendárové (2002, dostupné na World Wide Web: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1091, cit. 9. 1. 2007) bývá chování osob s MR spontánní, rozumem nekontrolováno. I předvídat následky svého chování jsou omezené. Proto se některé projevy navenek jeví jako společensky neúnosné. Týká se to například masturbace na veřejnosti či sklonu k agresi. Je na rodičích a vychovatelích osobu s MR natolik poznat, aby dokázali předvídat situace provokující jeho agresivitu, a snažili se jim předcházet.

2.3 Práva osob s mentální retardací

Každý člověk, tedy i jedinec s mentální retardací, má právo na sexuální život. Toto právo zajišťují osobám s MR především tři dokumenty: *Deklarace práv mentálně postižených*,

Deklarace sexuálních práv, Charta sexuálních a reprodukčních práv.

Deklarace práv mentálně postižených (Valné shromáždění OSN, 20. 12. 1971)

(dostupné na World Wide Web: www.planovanirodiny.cz/view.php?cislodanku=2007021201, cit. 4. 3. 2007)

- Osoby s MR mají stejná práva jako ostatní lidé, tedy:
právo na prožití vlastní sexuality.
- Osoby s MR mají právo na řádnou zdravotní péči, školní výchovu, vzdělání a osvětu, rehabilitaci a podporu, díky níž mohou rozvíjet své schopnosti a potenciální možnosti:
právo na sexuální výchovu a osvětu a na rozvoj vlastní sexuality.
- Osoby s MR mají právo na ochranu proti využívání, zneužívání a nedůstojnému zacházení:
právo na ochranu před sy CAN (Child Abuse and Neglect) a CSA (Child Sexual Abuse).

Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko, 20. 6. 1997)

(dostupné na World Wide Web: www.planovanirodiny.cz/view.php?cislodanku=2007021201, cit. 4. 3. 2007)

Každá společnost má vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva:

- Právo na svobodu.
- Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla.
- Právo na sexuální rovnost.
- Právo na sexuální zdraví.
- Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě.
- Právo na dostatečnou sexuální výchovu.
- Právo svobodně se stýkat.
- Právo svobodné a odpovědné volby.
- Právo na soukromí.

Charta sexuálních a reprodukčních práv (1995)

(dostupné na World Wide Web: www.rvp.cz/danek/174/247, cit. 4. 3. 2007)

- Právo na život.
- Právo na svobodu a osobní bezpečnost.
- Právo na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace.
- Právo na soukromí.
- Právo na svobodu myšlení.
- Právo na informace a vzdělání.
- Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek, založit a plánovat rodinu.
- Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti.
- Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví.
- Právo užívat plodů vědeckého pokroku.
- Právo na svobodu shromažďování a politickou účast.
- Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení.

Tyto tři dokumenty by měly zaručovat osobám s MR jejich práva na prožívání své sexuality. Jak uvádí Svatoš (2004, s. 37), každý, kdo tabuizuje, odsuzuje či dokonce znemožňuje sexualitu lidem s MR, jedná protiprávně.

2.4 Předsudky o sexualitě osob s mentální retardací

K odtabuizování problematiky sexuality osob s MR došlo teprve před několika lety a ve společnosti stále přetrvává mnoho předsudků o sexualitě osob s mentálním postižením.

Jedním z předsudků, podle Kozákové (2004, s. 29), se kterým se ve společnosti setkáváme, je tvrzení, že *osoby s mentální retardací mají zvýšený nebo naopak snížený sexuální pud*. Donedávna převládal názor, že lidé s mentálním postižením jsou hypersexuální, tedy že jejich sexualita přesahuje „normální“ hranice. Pokud se zamyslíme

nad příčinami tzv. hypersexuality můžeme je najít někde jinde. Jak uvádí Kozáková (2004, s. 29) mnohdy se jedná o reakce na podněty , které jedinec není schopen zvládnout. Rovněž pocity osamocení a frustrace mohou být v pozadí těchto nápadností. Masturbace může být také reakcí na nudu, nebo naopak na strach, vnitřní napětí, kdy se jedinec snaží tenzi uvolnit právě masturbací. Může být také reakcí na skutečnost, že se jedinec nachází neustále ve stejném prostředí se stejnými lidmi, kdy chybí dostatečná podnětnost okolí, nebo odezvou na nenaplnění psychických potřeb člověka. Jejich projevy v tomto ohledu nepředstavují nedostatek sebekontroly a neosvojené sociální normy. Někteří jednotlivci prostě neumějí zvládnout techniku masturbace do té míry, aby dosáhli uspokojení. Tak se nacházejí ve stavu permanentního vzrušení a často onanují několikrát denně. Někdy by takový problém vyřešila jednoduchá rada nebo názorná ukázka. Okamžitě však narážíme na etický problém, kdo by takové postupy či techniky měl jedince s mentálním postižením naučit. Lékaři a vychovatelé tuto službu odmítají, jelikož se obávají obvinění ze sexuálního obtěžování.

Sexuální potřeby osob s MR se dají utlumit náročnou fyzickou prací. Toto je další z předsudků, který podle Kozákové (2004, s. 30) koluje v naší společnosti. Osoby s MR nejsou ve svých sexuálních potřebách v ničem jiné než intaktní osoby. Není proto na místě si myslet, že díky nabitému dennímu programu, zapomenou osoby s MR na své sexuální potřeby.

Jedním z předsudků, který je snad už jen systémově praktikován, je myšlenka, že se ***vyhneme sexuálním problémům u osob s MR, pokud oddělíme od sebe obě pohlaví.*** Nekoedukovaná zařízení nejsou stále ještě minulostí, jak připomíná Kozáková (2004, s. 28). Je to prostředí naprosto nepřírozené, které obyvatelům neposkytuje realitu běžného života. Klientům chybí zkušenosti s druhým pohlavím.

Dalším z předsudků, který zmiňuje Kozáková (2004, s. 31), je, že *osoba s MR je zůstává dítětem a že díky sexuální výchově se probouzí zbytečně sexuální touhy*. Ta se ovšem projeví i bez sexuální výchovy, která navíc má moc do určité míry projevy sexuality kultivovat. Jelikož ovšem není povinnost sexuální výchovu v ústavech vyučovat, je jen a jen na personálu, jak se k tomuto problému staví.

Předsudek, že *osoby s mentální retardací mají postižení i v oblasti sexuality*, zmiňuje Kozáková (2004, s. 31) jako jeden z dalších, který uvádí závislost postižení v oblasti sexuality na postižení mentálním. Osoby s MR nemají stejné možnosti jako intaktní jedinci, často bývají odchylky způsobeny traumatizujícími prožitky, nedostatečnou informovaností nebo prostředím, ve kterém vyrůstají.

Mezi další rozšířené předsudky podle Kozákové (2004, s. 31) patří, že *součástí plnohodnotného intimního vztahu musí být pohlavní styk*. Někteří klienti nedospějí do fáze pohlavního styku, proto není potřeba jim ho ani vnucovat nebo podsouvat. Některé klienty uspokojuje např. jen líbání, mazlení nebo „pouhá“ přítomnost milované osoby.

2.5 Sexuální výchova osob s mentální retardací

Bazalová (2004, s. 62) představuje sexualitu jako důležitou a cennou součást každého lidského života, tedy i života jedince s MR, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý člověk má právo na prožití vlastní sexuality, proto cílem všech institucionálních zařízení by měla být odpovídající pomoc klientům při možnostech prožívání vlastní sexuality.

Cílem sexuální výchovy je podle Prevendárové (2002, dostupné na World Wide Web: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1091, cit. 9. 1. 2007) poskytování pravdivých informací, formování osobnosti, budování zdravých návyků

a postojů, směřování citového prožívání, aby bylo v souladu s mravními ideály a hodnotami společnosti. Důležitou součástí sexuální výchovy je prevence, klade důraz na poučení klienta a pomoc v konkrétní situaci.

Mnohokrát se setkáváme s otázkou, *kdy se sexuální výchovou začít*. Sexuální výchova podle Plesníkové (2004, s. 55) by měla začít již od narození dítě. Z toho vyplývá, že prvními učiteli jsou rodiče, kteří mají na začátku vývoje svého dítěte jeden velký úkol. Přijmout dítě takové jaké je, dát mu lásku a naučit dítě jak tuto lásku dávat. Dítě se seznamuje s obětavostí, tolerancí, pochopením, úctou atd. To vše se dozívá pozorováním své rodiny a chování jednotlivých jejích členů, navazuje první sociální kontakty. Dítě si hlazením a mazlením začíná uvědomovat své tělo. Tyto začátky si později člověk vnáší do dalších vztahů k lidem.

Z toho vyplývá, že sexuální výchova by měla být realizována systematicky, individuálně, přiměřeně věku (jak chronologickému tak mentálnímu) a to již od raného věku dítěte.

Sexuální výchova osob se středně těžkou a těžkou MR, kteří žijí v ústavech sociální péče, jak se zmiňuje Prevedárová (2002, dostupné na World Wide Web: www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1091, cit. 9. 1. 2007), není vázána žádnými učebními osnovami ani závaznými pravidly. Závisí tedy na ochotě a angažovanosti personálu, na jejich zkušenostech, vynalézavosti a pedagogickém mistrovství. Témata jimiž se sexuální výchova zabývá jsou: poznávání těla, udržování osobní hygieny, kultivování citů a sexuálního pudu (pohlavní orgány jsou intimní a nepatří na veřejnost), orientace, rozlišování mezi blízkými osobami a nepřáteli, nutnost omezování projevů náklonnosti, trénink sociálních dovedností včetně schopnosti říci „ne“ apod. Se zralejšími jednotlivci anebo páry můžeme pak řešit antikoncepci, sexuální praktiky, pravidla soužití atd. U osob s těžším stupněm postižení

je častým předmětem diskusí masturbace. Janiš (2004, s. 20) zdůrazňuje, že cílem sexuální výchovy u těchto osob není tlumit tyto sexuální projevy, ale snažit se je kultivovat a dát jim určité meze (kdy a kde je onanie vhodná a společensky přijatelná). O sdělení základních informací se snažíme pomocí názorného materiálu (modelování z hlíny, plastelíny, písku) – modelování částí těla a jejich umisťování na správné místo. Pro zvýšení názornosti je vhodné využívat vizuální pomůcky (obrázky, fotografie, jednoduché filmy, panny a modely s mužskými a ženskými pohlavními charakteristikami, plakáty apod.). Nácvik sociálních dovedností provádíme pomocí jednoduchých dramatických scének, pantomimy, vhodné jsou herní techniky a loutky. (Kozáková, 2005, s. 67)

Sexuální výchova od dětství, jak uvádí Janiš (2004, s. 21), může přispět k integraci osoby s MR do intaktní společnosti.

2.5.1 Možné kroky postupu při zavádění sexuální výchovy podle Mgr. Kozákové

Při zavádění sexuální výchovy je potřeba si předem uvědomit, jak budeme postupovat, co všechno je třeba udělat pro realizaci sexuální výchovy u osob s mentálním postižením.

1. Vytvoření obecných podmínek pro realizaci sexuální výchovy v daném zařízení

Aby mohlo být působení při sexuální výchově účinné a stálo na pevných základech, je třeba zajistit naplnění obecných podmínek daného zařízení.

Obecnými podmínkami a pevnými základy je myšlena koedukovanost zařízení, integrace jedinců s MR do společnosti, rozšiřování sociálních kontaktů klientů (např. formou podporovaného zaměstnávání – motivuje např. jedince ke kvalitnějšímu sociálnímu chování), zřizování ústavů a budov tak, aby jejich uživatel mohl naplňovat své sexuální potřeby, aniž by strádal nebo rušil ostatní klienty apod.

Samotná integrace má v sobě prvky, které značnou měrou ovlivňují sexualitu a partnerské vztahy, rozvíjí osobnost, vedou k samostatnosti a motivují k větší péči o sebe.

2. Vytvoření konkrétních podmínek pro realizaci sexuální výchovy v daném zařízení

Konkrétními podmínkami pro sexuální osvětu, poradenství a ochranu před sexuálním zneužíváním je myšleno vytvoření rámce, souhrnu vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, kterých se budeme při budování tohoto systému držet. Soubor pravidel může být nazván tak jako v Holandsku, *Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití* a tvoří jej souhrn postojů, znalostí, odpovědností a norem, za nimiž si zařízení jako instituce stojí a k nimž se hlásí.

Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití by měl obsahovat:

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů (filozofie sexuality a postoje k ní, hodnoty a normy, kterých se budeme držet)
- témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty (formy vztahů a sexuality – co si pod nimi představují naši klienti, co o nich ví současná věda, co z toho budeme svým klientům zprostředkovávat)
- způsob řešení možných důsledků sexuality (otázky antikoncepce a možné důsledky sexuality)
- přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory (přípustné formy kontaktu a důstojného zacházení, tělesná péče, její možnosti a hranice)
- osvěta a prevence (témata osvěty, prevence sexuálně přenosných nemocí, zvýšení obranyschopnosti)
- zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (odpovědnost všech pracovníků, odpovědnosti ve výchově a sexuální osvětě, osoba důvěrníka, spolupráce s rodiči, odborníky)

- rodiče a zákonní zástupci (vzájemná spolupráce)
- postoj k sexuálnímu zneužívání
- postup při sexuálním zneužití (podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli)
- preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta pracovníků, klientů)

Ať už bude podoba protokolu jakákoliv, je potřeba vždy respektovat potřeby a práva klientů.

Směrnice jsou pro všechny pracovníky závazné, a to i v případě, že se neshodují s vlastními přesvědčeními, představami a hodnotami zaměstnance.

3. Speciální příprava cílových skupin sexuální výchovy

Jelikož sexuální výchova osob s MR v ústavech sociální péče většinou chyběla, je potřeba působit jak na klienty, tak i na rodiče, vychovatele, učitele, budoucí profesionály, profese přicházejících do styku s lidmi s MR. Důležitá je spolupráce odborníků, výměna informací a praktických zkušeností.

4. Sexuální osvěta a výchova jedinců s MR

Základní formou sexuální osvěty je práce ve skupině. Práce se skupinou má řadu výhod: instruktor získá lepší přehled o znalostech, prožívání a přáních klientů, téma ztratí příchut' zakázaného ovoce, klienti se lépe naučí termíny užívané v rámci sexuality.

Navazující formou se práce individuální, která se zaměřuje na osobní otázky a problémy klientů. Tato forma je vhodná zejména u otázek, které se týkají soukromí klienta, při ostýchavosti či studu a samozřejmě kdykoliv o to klient sám požádá.

Témata jsou individualizovaná s ohledem na biologický, mentální, sociální a sexuální věk klientů. Týkají se např. poznávání těla a dodržování hygieny, kultivování citů

(pochopení rozdílu mezi láskou, přátelstvím), kultivování sexuálního pudu (sexuální chování je intimní, nepatří na veřejnost), orientace ve vztazích (cizí člověk x přítel), jak se chránit před sexuálním násilím (umět říci ne, komu o zneužívání říct) atd.

2.5.2 Zásady pro instruktory sexuální výchovy

Štěrbová (2004, s. 23) připomíná, aby byla intervence efektivní a přiměřená, měl by každý, kdo se věnuje problematice sexuality osob s MR, znát a zachovávat určité zásady:

- Respektovat práva osob s MR. Právo na prožití vlastní sexuality, právo na sexuální výchovu a osvětu, na rozvoj své sexuality, právo na ochranu před sexuálním zneužitím. Tato práva zajišťuje Deklarace práv mentálně postižených.
- Znat vědomosti a schopnosti klientů a vzdělávat je v malých skupinách.
- Edukaci provádět v kratších časových úsecích a využívat jednoduchý jazyk. Znat obecně užívanou terminologii i slangové vyjádření, která užívají klienti (vědět, co pod pojmem rozumí).
- Rodiče klientů by měli být zapojeni do sexuální osvěty svých dětí. Měli by s nimi pracovat i doma a učit je jak prožívat jejich sexualitu ve společensky přijatelné podobě.
- Znat základy anatomie, využití antikoncepce a její význam, morální standardy a faktory, které ovlivňují sexuální život klienta.
- Informovat klienty o sexuálním zneužívání a ochraně proti zneužívání, včetně praktického výcviku.
- Znat základy protokolu o sexualitě.
- Nepřetržitě se vzdělávat v oblasti sexuality osob s MR.
- Být s klientem v jeho každodenních aktivitách a starostech.

Dodržování těchto zásad je velice důležité, abychom mohli poskytovat kvalitní podporu klientům, jejich rodinám a opatrovníkům.

2.6 Sexuální zneužívání osob s mentální retardací

Lečbych (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz>, cit. 15. 1. 2007) upozorňuje, že osoby s MR patří mezi významné rizikové skupiny, které jsou ohroženy sexuálním zneužíváním. Sexuální zneužití bývá často spojeno s domácím násilím, často bývá realizováno v domácím nebo ústavním prostředí či v prostředí azylových domů. Děti s MR bývají často zneužívány lidmi, které dobře znají, kterým důvěřují a na kterých jsou závislé (nebývají zvyklé pochybovat o těch, kteří jim pomáhají a rozhodují o nich).

Mezi aspekty, které zvyšují riziko sexuálního zneužívání u osob s MR, patří podle Kozákové (2005, s. 57) zejména snížená schopnost úsudku, snadná ovlivnitelnost a omezené komunikační a mentální schopnosti jedince. Jedinec s MR nedokáže posoudit míru nebezpečí, situaci často nerozumí, neuvědomuje si, že se jedná o chování nepatřičné nebo nezákonné. Neví, jak reagovat, jak se bránit, na koho se obrátit. Mnohdy si myslí, že nemá právo odmítnout zacházení, při němž je sexuálně zneužíván nebo je nucen se mu podvolit ze strachu, z potřeby být přijat tím, kdo zneužívá, nebo proto, že je na této osobě závislý. Tyto osoby bývají zvyklé podřizovat se autoritě, režimu, potřebám druhých, kladně bývá posuzována poslušnost, přizpůsobení se. Pokud už osoba začne vypovídat, bývá zpochybňována věrohodnost této výpovědi.

Lečbych (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz>, cit. 15. 1. 2007) zdůrazňuje, že sexuální výchova výrazně působí jako prevence sexuálního zneužívání. Klade důraz na nácvik asertivních technik (např. dovednost říkat ne), naučit jedince s MR kde je jejich intimní zóna, co si k nim může dovolit cizí člověk a co pouze blízký, naučit je poznat nebezpečí zneužití a způsoby reagování na ně. Seznámit je s právem říci „ne“ na vše, co je jim nepříjemné.

Praktická část

Praktická část se věnuje rozboru dotazníkového šetření, které mělo za cíl zjistit současný stav poskytované podpory v oblasti sexuality uživatelům služeb. Úkolem praktické části bylo zjistit postoje pracovníků v přímé péči v oblasti sexuality a zmapovat sexuální potřeby osob se středně těžkou a těžkou MR.

3 Metodická východiska šetření

Cílem šetření je zjistit, zda lidé se středně těžkou a těžkou MR mají sexuální potřeby. V případě, že sexuální potřeby mají, jsme chtěli zjistit, jaké to jsou potřeby a jakým způsobem jsou uspokojovány a naplňovány v ústavech sociální péče.

Pro splnění stanoveného cíle bylo využito metody *dotazníkového šetření*. Šetření bylo zaměřeno na zjištění současného stavu poskytované podpory uživatelům služeb, postojů pracovníků v přímé péči v oblasti sexuality a zjištění sexuálních potřeb osob se středně těžkou a těžkou MR.

Dotazník je velmi frekventovanou metodou získávání dat v pedagogickém výzkumu. Ničkovič (1968, in Chráska, s. 89) definuje dotazník jako *„měrný prostředek, pomocí kterého se zkoumají mínění lidí o jednotlivých jevech.“* Chráska (2001, s. 89) uvádí, že dotazník je *„soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně.“*

Dotazník byl sestaven z položek otevřených, které podle Chrásky (2001, s. 92) nenavrhují respondentovi žádné hotové odpovědi, z položek uzavřených, které se vyznačují tím, jak uvádí Chráska (2001, s. 93), že u nich se respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí a z položek polouzavřených, při kterých se respondentům

předkládá několik odpovědí a nabídka „jiná odpověď“, v případě, že mu nevyhovuje žádná z navrhovaných odpovědí.

V rámci bakalářské práce byl vytvořen dotazník (Celé znění dotazníku je součástí přílohy č. 1), který sestával celkem z dvaceti položek. 5 položek bylo otevřených (položka č. 6, 7, 14, 16, 20), 7 položek bylo polouzavřených (položka č. 3, 5, 8, 10, 11, 15, 17) a 8 položek bylo uzavřených (položka č. 1, 2, 4, 9, 12, 13, 18, 19).

Dotazník byl anonymní z důvodu intimity tématu.

Přes internet bylo osloveno 30 ústavů sociální péče převážně na Moravě, které se věnují péči o osoby se středně těžkou a těžkou MR. Zařízení byla vybrána prostřednictvím metody náhodného výběru. Oslovili jsme 6 zařízení z Moravskoslezského kraje, 3 zařízení ze Zlínského kraje, 3 zařízení z Olomouckého kraje, 15 zařízení z Jihomoravského kraje a 3 zařízení z kraje Vysočina. Dotazník byl určen pracovníkům přímé péče. Na dotazník zareagovalo 17 zařízení (návratnost 57 %), které dohromady poslaly 54 vyplněných dotazníků. Jelikož každý člověk má na sexualitu osob s MR jiný úhel pohledu, mohlo dotazník vyplnit více zaměstnanců z jednoho zařízení. Většina zařízení zaslala vyplněné dotazníky přes e-mail, jen 4 zařízení si vyžádaly adresu a dotazník zaslaly poštou.

Při vyhodnocování šetření jsme postupovali tématicky, nikoli tedy podle pořadí, jakém byly postaveny položky v dotazníku.

4 Analýza výsledků šetření a jejich interpretace

Dotazníkové šetření bylo určeno pracovníkům ústavu sociální péče. Na dotazník odpovědělo **54 dotazovaných** z toho bylo **47 (87 %) žen** a jen **7 (13 %) mužů**. Nízké procento u mužů není nic překvapujícího, ale také nic pozitivního. Je velice potřebné, aby v ústavech sociální péče bylo více mužů, kteří by vnesli do života osob s mentálním postižením mužský vzor.

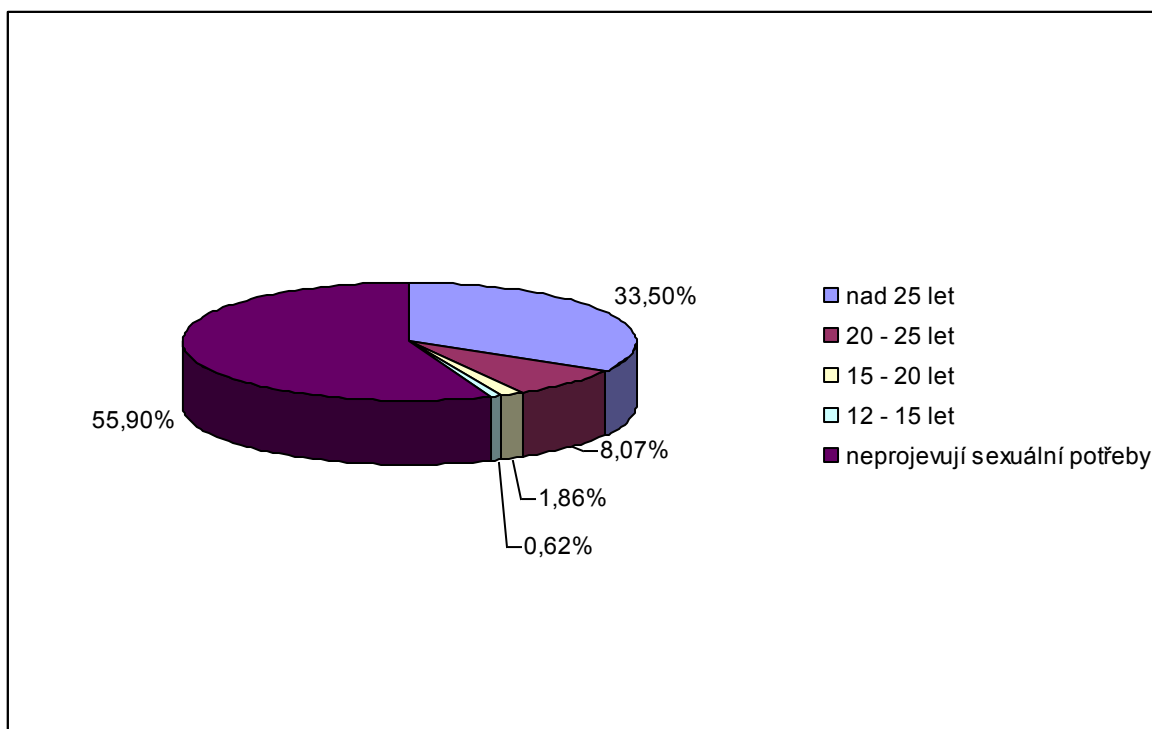
Největší procento (32 %) respondentů bylo ve věku mezi 30 a 40 lety, 27 % respondentů bylo ve věku 40 až 50 let, 24 % ve věku 50 až 60 a 17 % dotazovaných bylo ve věku mezi 20 a 30 lety. **Žádný z respondentů nebyl ve věku pod 20 let.**

Velice pozitivním výsledkem je podíl mezi koedukovanými a nekoedukovanými zařízeními, kdy v současné době již převládají koedukovaná zařízení v poměru **14:3**. To, že v zařízeních spolu žijí společně muži i ženy, vytváří přirozenější prostředí a větší šance pro obyvatele těchto zařízení najít si partnera, odbourává se také problém s vynucenou homosexualitou. Někdo by mohl namítnout, že vyvstává nový problém s nechtěným těhotenstvím, ale ten je řešen v ústavech sociální péče antikoncepcí.

4.1 Sexuální potřeby osob s mentální retardací vzhledem k věku

V páté položce jsme se zaměřili na to, kolik klientů na oddělení projevuje sexuální potřeby a v jakém jsou věkovém rozmezí. Sexuální potřeby se u každého jedince objevují různě, tedy i u osob s mentální retardací. U osob s mentální retardací často dochází k opoždění vývoje sexuality. Překvapující

je výsledek určující, že téměř 56 % osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací neprojevuje své sexuální potřeby.



Graf č. 1: *Projevování sexuality osob s mentální retardací vzhledem k věku*

Jak z grafu č. 1 můžeme vidět, 33,5 % osob s MR, které projevují sexuální potřeby se pohybují ve věku nad 25 let. Nemůžeme jednoznačně říci, že je to důsledkem opoždění ve vývoji sexuality u osob s MR, protože zde hraje roli velikost této skupiny.

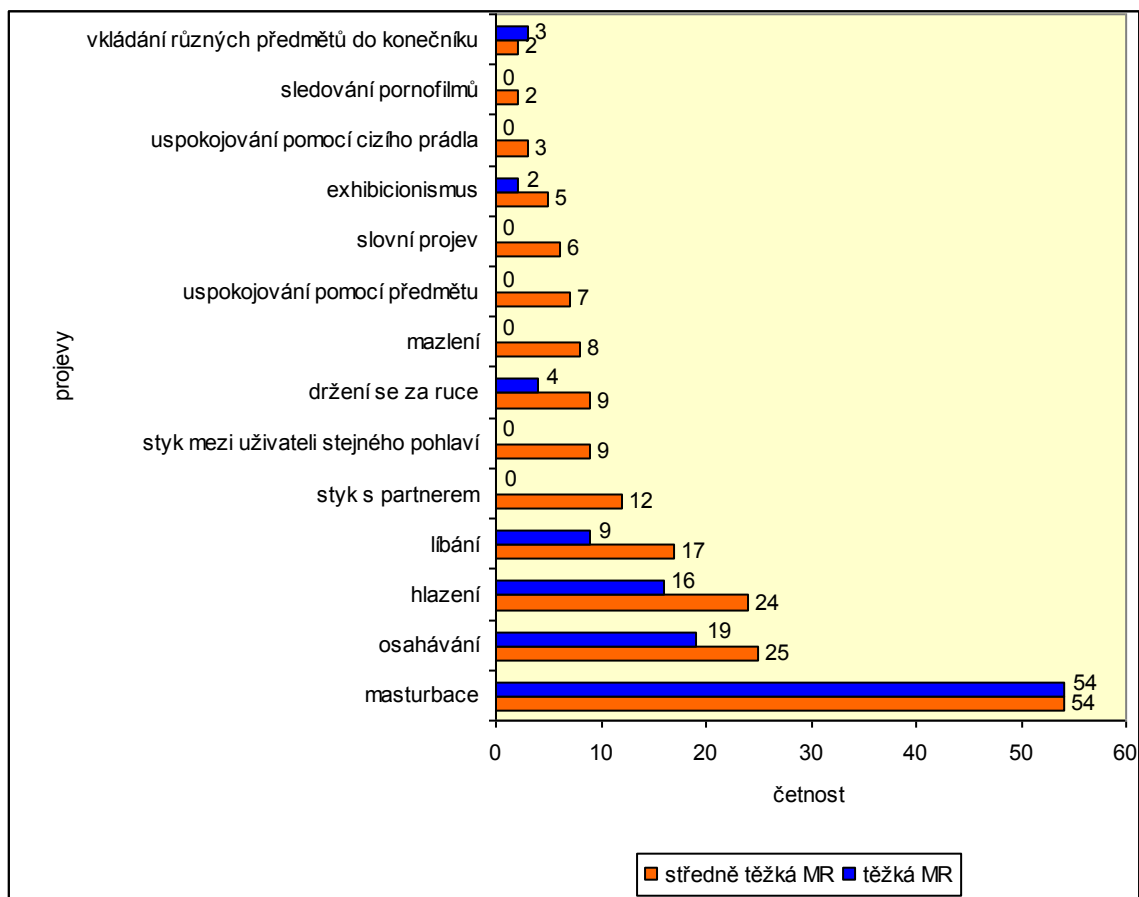
Naopak nízké hodnoty u osob ve věku 12 – 15 let (0,62 %) a 15 – 20 let (1.86 %) jistě opožděnost v projevech sexuality dokazují.

4.2 Projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací

Jakým způsobem projevují svou sexualitu osoby se středně těžkou a těžkou MR, jsme zjišťovali v otázkách č. 7 a 15.

Položka č. 7 se dotazovala, jaké jsou nejčastější projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou MR.

Nejčastěji uváděným projevem sexuality byla masturbace u obou stupňů MR. Pro srovnání projevů sexuality obou zkoumaných skupin využijeme přehledného grafu a tabulky, na které jasně vidíme rozdíly mezi osobami se středně těžkou MR a osobami s těžkou MR.



Graf č. 2: Projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací

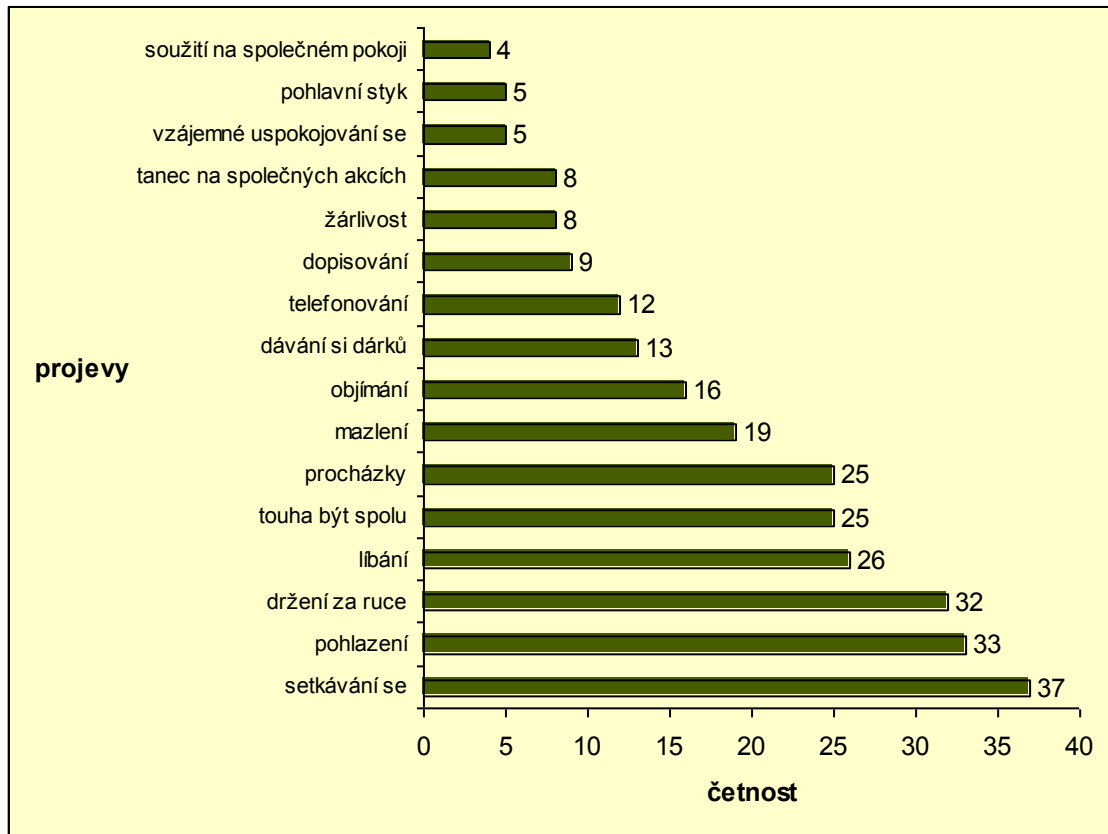
	středně těžká MR		těžká MR	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
masturbace	54	100,00%	54	100,00%
osahávání	25	46,30%	19	35,20%
hlazení	24	44,40%	16	29,60%
líbání	17	31,50%	9	16,70%
styk s partnerem	12	22,20%	0	0,00%
styk mezi uživateli stejného pohlaví	9	16,70%	0	0,00%
držení se za ruce	9	16,70%	4	7,40%
mazlení	8	14,80%	0	0,00%
uspokojování pomocí předmětu	7	13,00%	0	0,00%
slovní projev	6	11,00%	0	0,00%
exhibicionismus	5	9,30%	2	3,70%
uspokojování pomocí cizího prádla	3	5,60%	0	0,00%
sledování pornofilmů	2	3,70%	0	0,00%
vkládání různých předmětů do konečnicku	2	3,70%	3	5,60%

Na grafu č. 2 vidíme, že u osob se středně těžkou MR jsou projevy sexuality pestřejší na rozdíl od osob s těžkou MR. Na četnosti můžeme vidět, že se respondenti u osob se středně těžkou MR setkávají častěji s jednotlivými projevy než u osob s těžkou MR. Shoda nastala u jediného projevu sexuality a to u masturbace. Na té se shodli u obou skupin všichni respondenti. Nemůžeme se proto divit, že se pohled na sexualitu osob s MR často zaměřuje jen na masturbaci. Přestože je masturbace nejčastějším projevem, neměli bychom zapomínat, že není jediným a sexuální život osob s MR může být (a často i je) pestřejší.

Druhou otázkou, která se zabývala projevy sexuality u osob se středně těžkou a těžkou MR, byla otázka č. 15, která snažila zjistit, zda-li projevují klienti se středně těžkou a těžkou MR mezi sebou trvalou náklonnost, lásku a jak se tato náklonnost projevuje.

Na tuto otázku kladně odpovědělo 45 (83 %) respondentů a záporně 9 (16,7 %) respondentů. Tento poměr nám neříká, že 83 % osob s MR má svým způsobem partnerský vztah, ale že 83 % pracovníků v přímé péči se setkává u osob s MR s partnerskými vztahy.

Jak se tento vztah, láska či náklonnost nejčastěji projevuje si ukážeme na grafu, který nám poslouží k lepší orientaci a porovnání.



Graf č. 3: *Způsoby projevování náklonnosti, lásky mezi osobami s mentální retardací*

Na grafu č. 3 vidíme, že nejčastěji respondenti uváděli: setkávání se, pohlazení, držení za ruce, což vyvrací zakořeněný předpoklad – **partnerský vztah = sex** (ve smyslu pohlavního styku). Jak uvedl jeden z respondentů (ve věku mezi 30-40lety): „Nejde vždy o sex“.

Pohlavní styk dokonce uvedlo pouze pět respondentů. Nejsem si ovšem jistá jestli má tento údaj výpovědní hodnotu. Obávám se, že mnoho dotazovaných z různých důvodů tento projev nevedlo.

Z uvedených projevů vidíme, že osoby s MR se projevují ve vztazích stejným způsobem jako osoby intaktní. Z šetření však vyplývá, že jen ve velmi málo vztazích dochází

k pohlavnímu styku. Převládá touha být prostě jen spolu, vídat se, držet se za ruce.

4.3 Aktuální problémy diskutované v ústavech sociální péče

Je mnoho problémů, které musí pracovníci přímé péče řešit a nejsou to jen problémy z oblasti sexuality. Nás ale právě tyto problémy zajímaly.

Nejčastěji uváděným problémem byla *masturbace na veřejnosti*, kterou uvedlo 28 % (15) respondentů. Tomuto problému se ještě budeme dále v textu věnovat.

Na stejné úrovni (cca 19 %) se pohybovaly tyto problémy: *agrese mezi uživateli, vhodnost antikoncepce, žádosti o antikoncepci a rozpor mezi pracovníky na téma sexualita*. Zde vidíme, že lidé, kteří mají poskytovat podporu osobám s MR, stále ještě tápou, neví si rady. Proto by byla potřeba ujednotit postoje v této problematice a jednotně je prosazovat.

Mezi 10 – 15 % se pohybovaly následující problémy: *touha po partnerce, prostory pro zajištění soukromí, sexuální obtěžování personálu (slovní, fyzické výjimečně)*.

Do 5 % se pohybovaly problémy: *exhibicionismus, onanie do prádla, sexuální zneužívání klienta klientem za úplatu, neznalost erekce v dospívání, transexualita, neznalost erekce v dospívání*.

9 % respondentů uvedlo, že v současné době neřeší žádné problémy týkající se sexuality.

Je zřejmé, že problémů, které musí pracovníci v ústavech sociální péče řešit je mnoho a bylo by dobré, kdyby se tito lidé mohli s někým o těchto problémech poradit. Co problém, to podnět k zamyšlení a téma k diskusi.

4.4 Agresivita versus sexualita

V otázce č. 9 jsme se ptali, jestli se pracovníci setkávají ve svém zařízení s agresivitou klientů. Všichni do jednoho uvedli, že se s agresivitou u klientů setkávají. Agresivita je závažný problém, u kterého se velmi těžko hledá jednoznačně správné řešení už jen z toho důvodu, že častokrát nevíme, co nebo kdo agresi u klienta vyvolává.

Jednou z možných příčin může být dlouhodobé neuspokojení sexuálních potřeb. V druhé části otázky jsme proto zjišťovali, jestli dotazovaní vidí souvislost mezi agresivitou klienta a neuspokojením jeho sexuálních potřeb.

50 % respondentů odpovědělo kladně, vidí souvislost u některých svých klientů mezi agresivitou a sexualitou a 50 % respondentů sexualitu, jako jednu z možných příčin agresivity, zamítlo.

Je-li neuspokojení potřeb v oblasti sexuality důvodem agrese u klienta, potýkáme se s problémem, jak tuto situaci vyřešit. Jen velmi těžko můžeme pomoci klientovi uspokojit jeho sexuální potřeby v podmínkách ústavu. V případě ústavu nekoedukovaného, kde není možnost seznámení se s osobou druhého pohlaví, jsme ještě více omezeni. Znovu musíme připomenout, že se pohybujeme na tenkém ledě a jakékoliv snahy (např. učení klienta masturbovat) by mohly být označeny jako sexuální zneužívání. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D doporučuje (seminář Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením, 2007), v námi uvedeném případě, sexuologa, aby on klienta naučil masturbaci.

4.5 Masturbace na veřejnosti

Jeden z problému, se kterým se u osob s MR setkáváme a jenž je zatěžující pro okolí, je masturbace na veřejnosti.

Zjišťovali jsme proto, kolik pracovníků přímé péče se s tímto problémem setkává.

33 (61 %) respondentů uvedlo, že se s tímto problémem v současné době nepotýká. 21 (39 %) dotazovaných odpovědělo na tuto otázku kladně a jich se také týkala druhá polovina dotazu. Zajímalo nás, jakou formou tento problém řeší.

Respondenti uvedli dvě řešení, která někteří používají kombinovaně a někteří odděleně. Jedno z řešení, které uvedlo 15 (28 %) respondentů, je *posílat klienta na místo pro masturbaci určené* (ve většině případů na pokoj). Jako druhé řešení uvedlo 9 (16,7 %) respondentů *domluvu* (vysvětlení, že masturbace je intimní záležitostí).

Domníváme se, že ideální je tyto formy kombinovat. Je to běh na dlouhou trať, ale je možné, že časem klient pochopí, že masturbace do společnosti nepatří, nebo se alespoň naučí, kde masturbaci v soukromí vykonávat.

4.6 Zajištění soukromí v ústavech sociální péče

Dalším otázkou jsme se chtěli zjistit, jak zajišťují ústavy sociální péče soukromí svým klientům.

Zajištění soukromí v ústavech sociální péče je dosti problematické. Největším problémem jsou prostory, ve kterých se zařízení nachází, a také počty klientů v těchto zařízeních. Je tedy nereálné, aby každý klient měl svůj vlastní pokoj.

50 % dotazovaných uvádí, že zajišťuje soukromí klientům na pokojích, kdy před vstupem na pokoj platí pravidlo klepání na dveře. Ve většině zařízení se však jedná o pokoje 2-4 lůžkové.

9 (17 %) respondentů uvádí, že někteří z jejich klientů mají klíče od svých pokojů.

Jako další způsob zajištění soukromí klientům uvádí 13 (24 %) respondentů osobní volno v dohodnutém čase. 5 (9 %)

respondentů uvedlo soukromí na WC, což považují za samozřejmost a věřím, že i ti, kteří soukromí na WC neuvedli, ho respektují a dodržují.

4.7 Sexuální výchova klientů

Součástí podpory, která by měla být klientům poskytována v oblasti sexuality, a na kterou mají právo, je sexuální výchova. Z tohoto důvodu jsme do dotazníkového šetření zařadili otázku č. 10, jejímž cílem bylo zjistit, jestli sexuální výchova v zařízeních probíhá či nikoliv.

38 (70 %) dotazovaných uvedlo, že v jejich zařízení sexuální výchova probíhá. U 16 respondentů (30 %) tedy sexuální výchova neprobíhá, což je docela vysoké procento.

Jakým způsobem tato sexuální výchova probíhá, jsme zjišťovali v druhé polovině dotazu. Nejčastěji respondenti uváděli *individuální pohovor s uživatelem*. Tento způsob uvedlo 27 dotazovaných, což je 71 %. Dále, cca v 39 %, respondenti uváděli *odpovědi na otázky a vysvětlování*.

Sexuální výchovu s takovou náplní, jenž by odpovídala osnovám sexuální výchovy, uvedlo 14 (26 %) pracovníků v přímé péči.

Jedna respondentka měla docela odlišný názor na sexuální výchovu a uvedla jako formu sexuální výchovy prohlídku u lékaře a nabídnutí antikoncepce či prezervativu.

Z těchto odpovědí je zřejmé, že názory na formu a obsah sexuální výchovy se různí. Je tedy potřeba větší osvěty v této oblasti. Přestože již určitá literatura existuje, nedostala se ještě do povědomí odborné veřejnosti a není v dostatečné míře využívána v praxi.

4.8 Vedení klientů v jejich prožívání sexuality

Snahou všech institucionálních zařízení by mělo být pomoc klientů při možnostech prožívání vlastní sexuality. Naším cílem bylo zjistit, jestli taková pomoc funguje i v našich zařízeních.

36 (67 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku ANO, 18 (33 %) respondentů odpovědělo NE. Na výsledku vidíme, že jedna třetina pracovníků sexualitou svých klientů téměř nezabývá, neprobíhá u nich sexuální výchova (viz kapitola 4.7) a zřejmě řeší aktuálně jen problémy, které v tu chvíli vyvstanou.

Svou pomoc vidí respondenti zejména v rozhovoru s klientem a v zajištění soukromí na pokoji. Jako další formy podpory respondenti uváděli radu, vysvětlování, odpovědi na dotazy, poskytnutí intimity a hygieny, setkávání se s klienty jiných ústavů.

Každý klient má právo vědět o všech možnostech svého sexuálního života ať už individuálního nebo partnerského. Dotazovali jsme se proto pracovníků přímé péče (otázka č. 16), jestli jejich klienti vědí o těchto možnostech.

25 (46 %) respondentů uvedlo, že jejich klienti nevědí o všech možnostech svého sexuálního života. Dva z těchto respondentů napsalo, že to nejsou schopni pochopit.

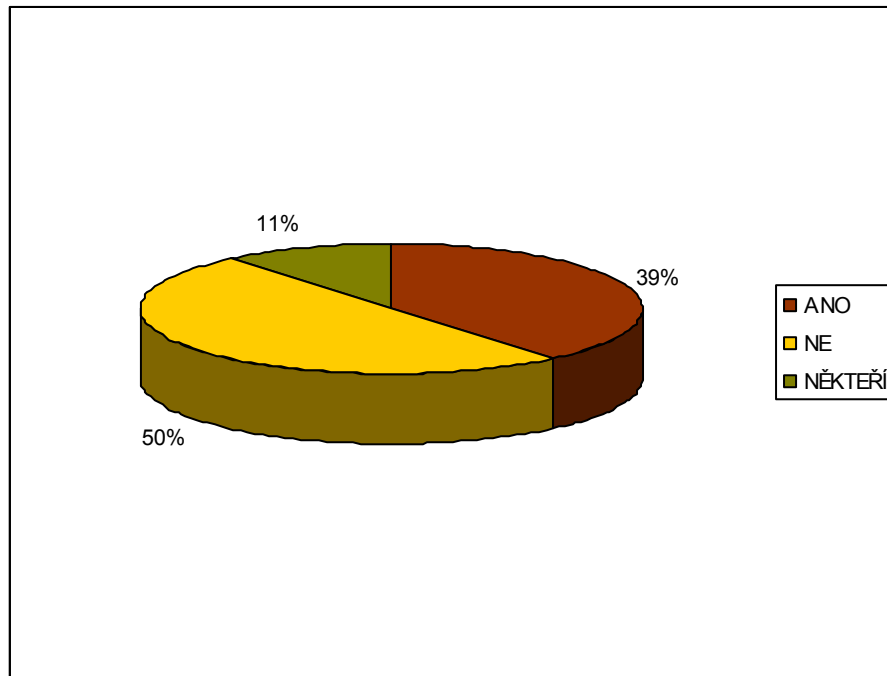
12 (22 %) dotazovaných odpovědělo kladně na tuto otázku a ve své odpovědi dodalo „v rámci rozumových schopností“.

Zbývajících 17 (32 %) respondentů uvedlo, že jen někteří klienti vědí o možnostech svého sexuálního života.

Výsledky šetření opět poukazují na nutnost zavedení systematické a cílené sexuální výchovy v ústavech sociální péče, která by pomáhala klientům orientovat se ve své sexualitě.

Nepostradatelnou dovedností každého jedince s MR je umět říci „NE“ na nevhodné doteky a případné sexuální zneužívání.

Tato dovednost je natolik důležitá, že si výsledky raději ukážeme na grafu, kde je můžeme lépe porovnat.



Graf č. 4: *Umění klientů říci „NE“*

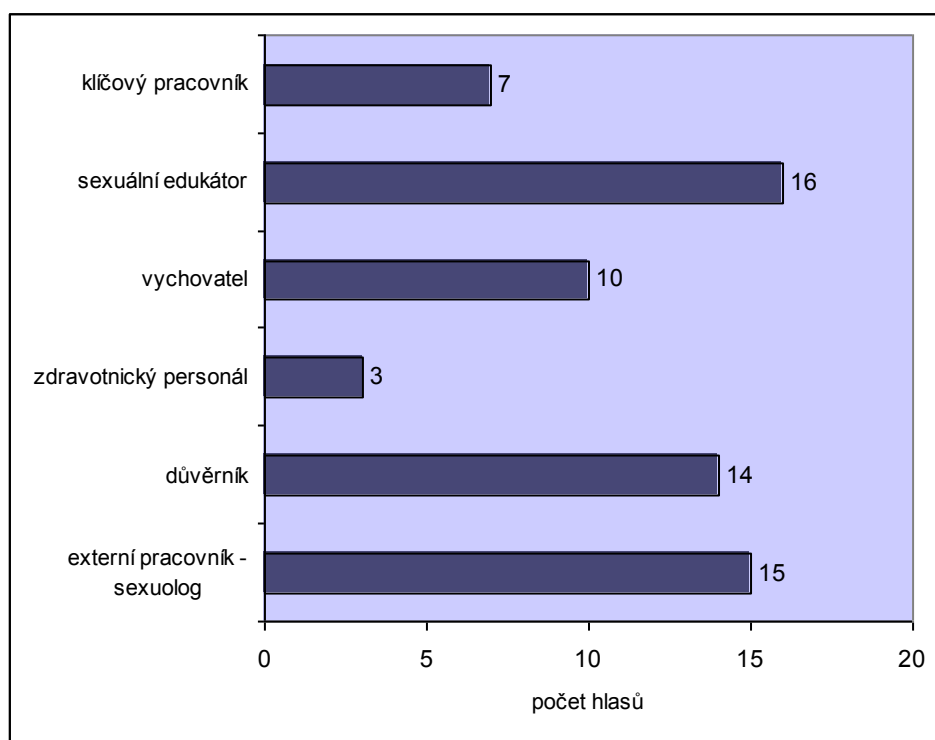
Na grafu č. 4 vidíme, že celých 50 % klientů neumí říci „ne“, tzn. každý druhý klient je zneužitelný. Znovu musíme zmínit nutnost sexuální výchovy u klientů, jejíž součástí by byl také nácvik této dovednosti. Sexuální výchova samozřejmě nesmí být odtržena od všedního života klienta.

4.9 Poradenské služby pro sexuální aktivity

Určitou formou podpory pro klienty se sexuálními potřebami by mohlo být zřízení poradenské služby pro sexuální aktivity. Dotazovali jsme se pracovníků přímé péče, jestli by s touto formou podpory souhlasili.

45 (83 %) respondentů souhlasilo s touto formou podpory a jen 9 (16,7 %) respondentů bylo proti.

V návaznosti na tuto otázku nás zajímalo, kdo by tyto poradenské služby měl poskytovat. Mohli bychom říci, že respondenti hlasovali pro nejvhodnějšího kandidáta, který by tuto pozici zastával. Někteří respondenti dali hlas několika kandidátům. Výsledky hlasování si ukážeme na grafu.



Graf č. 5: *Kdo by měl poskytovat poradenské služby pro sexuální aktivity*

Na grafu č. 5 vidíme, že nejvíc hlasů (16) dostal sexuální edukátor, jehož funkce není ještě ve většině našich zařízení zakotvena.

Z výsledků je zřejmá potřeba mít v zařízení pracovníka, který je v oblasti sexuality dostatečně proškolen, a který by poskytoval poradenské služby klientům v oblasti sexuality. Ne každý pracovník je schopen poskytovat podporu v této oblasti (stydí se, je mu to nepříjemné, cítí odpor...), a proto vidíme řešení v zavedení této funkce.

4.10 Spolupráce s „veřejnými domy“

Jednou z možností podpory pro osoby žijící v ústavu by mohla být i spolupráce s „veřejnými domy“, jak je tomu například v Dánsku. Proto jsme chtěli znát názor pracovníku přímé péče na tuto formu poskytování služeb.

S velkým ohlasem se tato alternativa nesešla. 76 % (41 respondentů) tuto možnost poskytování služeb zamítla a jen 24 % (13 respondentů) s návrhem souhlasilo.

Svůj názor nám podrobněji napsaly jen čtyři (7,4 %) respondentky, přestože jsme o vyslovení názoru v dotazníku prosili. Jelikož jsou názory jen čtyři rádi bychom je ocitovali.

„Byla bych pro spolupráci s ‚veřejnými domy‘. Klienti by se určitě zklidnili, ale možná by nastal problém, jak často by klienti tyto služby potřebovali. Pak bych měla strach sloužit noční služby, aby se jejich sexuální aktivita neobrátila proti mně nebo ostatním pracovníkům.“

„Myslím, že nápad není špatný. V některých státech už existuje. U nás se chováme dost konzervativně. Musel by se změnit způsob myšlení a postoj lidí k MP.“

„Ano, kdo pociťuje potřebu mít pohl. styk s jinou osobou, proč ne. Bylo by to odborné poskytnutí sex. Služby s dodržením hygieny, ochrany, bez ponižování a výsměchu. Jedná se jen o ty klienty, kteří jsou schopni takových nabídek využít. Ne aby to někdo využil a začal zneužívat tuto dovednost ve svůj prospěch v ústavu.“

„Jsem proti tomu, je to nemorální a myslím si, že by peníze, které dostávají od státu mohli jinak lépe využít.“

Na výsledcích vidíme, že v současné době by se zavedení spolupráce s „veřejnými domy“ setkalo s dosti velkým odporem. Pokud budeme chtít tyto služby klientům zavést, máme před sebou ještě pořádný kus cesty.

4.11 Informovanost pracovníků přímé péče

Kvalita poskytovaných služeb závisí také na informovanosti lidí, kteří se věnují podpoře osob s MR. Naším cílem bylo zjistit, zda-li mají pracovníci přímé péče dostatek informací o problematice sexuality osob s MR.

39 (72 %) dotazovaných odpovědělo, že nemá dostatek potřebných informací a jen 15 (28 %) respondentů cítí, že informací o této problematice je dost. Je třeba se proto zamyslet, jak nejlépe a nejefektivněji přinést maximální množství informací na všechna pracoviště, která se věnují osobám s MR a poskytnout tak pomoc pracovníkům, kteří často v této problematice tápou a neví, jaký postoj k sexualitě mentálně postižených zaujmout.

Zajímalo nás, z jakých zdrojů respondenti informace nejčastěji získávají. Nejčastěji uváděným zdrojem informací byl *seminář*, který napsalo celých 42 (78 %) respondentů. Je to také způsob, kterým získáme informace nejlépe (můžeme se ptát, srovnávat informace a zkušenosti s kolegy, konzultovat problémy ...). 27 (50 %) dotazovaných dále zmínilo *odbornou literaturu*, ve které je také možnost získat dostatečné množství informací. 24 (45 %) respondentů uvedlo *časopisy*, kde jsou informace k určité problematice publikovány nepravidelně a je tedy potřeba časopis pravidelně odebírat. Dalším důležitým zdrojem informací, který ovšem uvedlo jen 12 (22 %) dotazovaných, je *internet*, který by měl být do budoucna nejdostupnějším zdrojem informací. Důvod, proč tento způsob uvedlo jen málo respondentů, je asi ten, že zaměstnanci ústavů velmi často nemají na internet přístup. 5 (9 %) respondentů uvedlo jako zdroj informací ještě praxi a média.

Každý z uvedených zdrojů hraje svou určitou roli v informovanosti odborné veřejnosti, proto nemůžeme žádný

zdroj zlehčovat ani ignorovat. Každá informace, kterou získáme, je cenná, ať je z jakéhokoliv zdroje.

Závěr

Cílem závěrečné práce bylo zjistit, současný stav poskytované podpory v oblasti sexuality osobám se středně těžkou a těžkou mentální retardací v ústavech sociální péče. Tento cíl byl splněn pomocí dvou úkolů, které jsme si vytyčili v úvodu práce.

Důležitým faktorem, který ovlivňuje, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby osob s MR, je postoj pracovníků přímé péče k sexualitě klientů. Z výsledků šetření můžeme vycítit, že asi 1/3 respondentů se sexualitou svých klientů příliš nezabývá, neprobíhá u nich sexuální výchova ani jiná forma podpory. Důvodů je mnoho a jistě by mohly být tématem k další práci.

Zbývající 2/3 respondentů se snaží o podporu svých klientů v oblasti sexuality. Chybí jim ovšem tolik potřebné informace, které by pomohly vybudovat si správný přístup k této problematice. Určitou formou pomoci pracovníkům přímé péče by mohlo být působení zkušeného poradce (supervizora), na kterého by se mohli pracovníci obracet se svými problémy a dotazy. Jeho úkolem by také byla osvěta.

Zajištění soukromí klientům ústavu sociální péče je velice problematické z hlediska prostorového řešení zařízení. Většina klientů má soukromí jen na svém pokoji, ale ty jsou ve většině případů 2 – 4 lůžkové. Pokoje by se ovšem daly předělit alespoň zástěnami nebo nábytkem. Tím by vznikl sice malý, ale privátní prostor.

U osob se středně těžkou a těžkou MR se objevují stejné projevy jako u osob intaktních. Četnost výskytu těchto projevů je jistě nižší než u intaktní společnosti, to ovšem nevyvrací tvrzení, že se máme snažit o maximální podporu klientů v jejich prožívání sexuality. Přestože nejčastěji uváděným projevem je u osob se středně těžkou a těžkou MR masturbace, nesmíme

opomíjet, že jejich sexuální život může být pestřejší a měli bychom být otevřeni jiným možnostem v projevování sexuality.

Jako formu podpory klientům v oblasti sexuality vidí respondenti zejména rozhovor a zajištění soukromí na pokoji. Velké rezervy máme v obsahu sexuální výchovy, která je často omezena opět jen na individuální rozhovory a odpovědi na dotazy. Znovu je zde cítit nedostatek informací u pracovníků přímé péče, kteří mají realizovat sexuální výchovu klientů. Proto by každý pracovník v přímé péči měl projít seminářem, který by byl zaměřen na sexualitu osob s mentální retardací. Náplní semináře by měla být aplikace sexuální výchovy do praxe, zaměření se na vlastní postoje pracovníků přímé péče, náplň a tvorba protokolu o sexualitě a diskuse o aktuálních problémech a jejich možném řešení.

Na úplný závěr můžeme říci, že se nám potvrdila naše domněnka, kterou jsme si uvedli v úvodu, že *uživatelům ústavů sociální péče není poskytnuta dostatečná sexuální výchova, z toho důvodu jsou uživatelé dezorientováni v oblasti své sexuality.*

Použitá literatura a prameny

Domácí násilí a zdravotně postižení. Sborník z konference.

Praha: Centrum denních služeb, 2005. ISBN 80-903519-2-1.

CHRÁSKA, M. *Metodologie pedagogického výzkumu*. Olomouc:

Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, 2001. ISBN

80-706-7952-0.

KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciální pedagogika mentálně*

retardovaných. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.

Speciální pedagogika, s. 161-173. 2. vyd. Olomouc:

Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

Sexualita mentálně postižených. Sborník z konference. Praha:

Centrum denních služeb, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním*

postižením I. Seminář Hradec Králové, 2007.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001.

ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta,

2004. ISBN 80-7320-063-5.

Definice sexuálního zdraví dle WHO. [cit. 15. 1. 2007].

Dostupné na World Wide Web:

www.florence.cz/cislo.php?stat=311.

Charta sexuálních a reprodukčních práv. [cit. 4. 3. 2007].

Dostupné na World Wide Web: www.rvp.cz/danek/174/247.

LEČBYCH, M. *K sexualitě dospívajících osob.*

[cit. 15. 1. 2007]. Dostupné na World Wide Web:
<http://matinlecbych.sweb.cz>.

Pojem sexualita. [cit. 9. 1. 2007]. Dostupné na World Wide
Web: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/93325-sexualita>.

PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s mentálním postižením.*

[cit. 9. 1. 2007]. Dostupné na World Wide Web:
www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1091.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Deklarace práv mentálně postižených.*

Deklarace sexuálních práv. [cit. 4. 3. 2007]. Dostupné
na World Wide Web: [www.planovanirodiny.cz/view.php?
cislodanku=2007021201](http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislodanku=2007021201).

Seznam grafů

Graf č. 1: Projevování sexuality osob s mentální retardací vzhledem k věku.

Graf č. 2: Projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací.

Graf č. 3: Způsoby projevování náklonnosti, lásky mezi osobami s mentální retardací.

Graf č. 4: Umění říci „NE“.

Graf č. 5: Kdo by měl poskytovat poradenské služby pro sexuální aktivity.

Přílohy

Příloha č. 1: Plné znění nevyplněného dotazníku.

Příloha č. 2: Vyplněný dotazník.

Příloha č. 1

Plné znění nevyplněného dotazníku

DOTAZNÍK

Milí pracovníci v přímé péči!

Jsem studentkou speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tento dotazník, který zasílám, by měl být podkladem pro mou bakalářskou práci na téma *Sexualita osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací*. Chtěla bych Vás poprosit o chvilku Vašeho času a vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Pokud byste se chtěli seznámit s výsledky šetření, ráda Vám je zašlu (stačí napsat SMS na číslo 723494041). Dotazník prosím zašlete e-mailem na adresu: IvanaDavidova@seznam.cz

Děkuji za Vaši ochotu Ivana Šimíčková

1. **Jste:** muž
žena
2. **Věk:** méně než 20
20 – 30
30 – 40
40 – 50
50 – 60
3. **Kolik má vaše zařízení klientů se středně těžkou a těžkou mentální retardací (dále jen MR), a kolik klientů vaše oddělení?**
celé zařízení
oddělení
4. **Jste koedukované zařízení?** ANO NE
5. **Kolik klientů na oddělení projevuje sexuální potřeby a v jakém jsou věkovém rozmezí?**
 - pod 12 let
 - 12 – 15 let
 - 15 – 20 let
 - 20 – 25 let
 - nad 25 let
 - neprojevují sexuální potřeby
6. **Jakým způsobem zajišťujete klientům soukromí?**
7. **Jaké jsou nejčastější projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou a těžkou MR?**
 - u osob se středně těžkou MR
 - u osob s těžkou MR

8. Řešíte nějaké problémy ve vašem zařízení z oblasti sexuality? Pokud ano, vypište jaké?

9. a) Potýkáte se ve vašem zařízení s agresivitou klientů? ANO
NE

b) Domníváte se, že tato agresivita souvisí s neuspokojením sexuálních potřeb?

ANO NE

10. Probíhá ve vašem zařízení u klientů sexuální výchova? Pokud ano jakou formou?

11. Setkáváte se s problémem masturbace na veřejnosti? Pokud ano jakou formou ho řešíte?

12. Domníváte se, že by bylo vhodné zřídit klientům v ústavech sociální péče poradenské služby pro sexuální aktivity?

ANO NE

13. Kdo by tyto poradenské služby měl poskytovat?

- klíčový pracovník
- sexuální edukátor
- vychovatel
- zdravotnický personál
- důvěrník
- externí pracovník – sexuolog

14. Jste názoru, že by bylo dobré, kdyby ústavy spolupracovaly s „veřejnými domy“? Napište prosím svůj názor !

15. Projevují klienti se středně těžkou a těžkou MR mezi sebou trvalou náklonnost, lásku? Pokud ano, jak se projevuje?

16. Vědí klienti o všech možnostech svého sexuálního života (individuálního i partnerského)?

17. Snažíte se klienty vést a pomáhat jim v jejich prožívání sexuality? Pokud ano, jak?

18. Umí vaši klienti říci „NE!“ na nevhodné dotyky a případné sexuální zneužívání?

ANO

NE

19. Máte dostatek potřebných informací o problematice sexuality MR?

ANO

NE

20. Z jakých zdrojů čerpáte informace o této problematice?

Ještě jednou děkuji za Vaši ochotu a čas strávený nad tímto dotazníkem!

Ivana Šimíčková

Příloha č. 2

Vyplněný dotazník

DOTAZNÍK

Milí pracovníci v přímé péči!

Jsem studentkou speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tento dotazník, který zasílám, by měl být podkladem pro mou bakalářskou práci na téma *Sexualita osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací*. Chtěla bych Vás poprosit o chvilku Vašeho času a vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Pokud byste se chtěli seznámit s výsledky šetření, ráda Vám je zašlu (stačí napsat SMS na číslo 723494041). Dotazník prosím zašlete e-mailem na adresu: **IvanaDavidova@seznam.cz**

Děkuji za Vaši ochotu Ivana Šimíčková

1. **Jste:** žena
2. **Věk :** 50 – 60
3. **Kolik má vaše zařízení klientů se středně těžkou a těžkou mentální retardací (dále jen MR), a kolik klientů vaše oddělení?**

celé zařízení	54
oddělení	11
4. **Jste koedukované zařízení?** ANO
5. **Kolik klientů na oddělení projevuje sexuální potřeby a v jakém jsou věkovém rozmezí?**
 - nad 25 let 3
 - neprojevují sexuální potřeby
6. **Jakým způsobem zajišťujete klientům soukromí?**

Mají své pokoje, kde mají soukromí
7. **Jaké jsou nejčastější projevy sexuality osob se středně těžkou a těžkou a těžkou MR?**
 - u osob se středně těžkou MR
masturbace, náhradní způsob sexu
 - u osob s těžkou MR
8. **Řešíte nějaké problémy ve vašem zařízení z oblasti sexuality? Pokud ano, vypište jaké?**

Nemáme

9. a) Potýkáte se ve vašem zařízení s agresivitou klientů? ANO

b) Domníváte se, že tato agresivita souvisí s neuspokojením sexuálních potřeb?

NE

10. Probíhá ve vašem zařízení u klientů sexuální výchova? Pokud ano jakou formou?

NE

11. Setkáváte se s problémem masturbace na veřejnosti? Pokud ano jakou formou ho řešíte?

NE

12. Domníváte se, že by bylo vhodné zřídit klientům v ústavech sociální péče poradenské služby pro sexuální aktivity?

ANO

13. Kdo by tyto poradenské služby měl poskytovat?

- klíčový pracovník
- sexuální edukátor
- vychovatel
- zdravotnický personál
- důvěrník
- externí pracovník – sexuolog

14. Jste názoru, že by bylo dobré, kdyby ústavy spolupracovaly s „veřejnými domy“? Napište prosím svůj názor !

NE

15. Projevují klienti se středně těžkou a těžkou MR mezi sebou trvalou náklonnost, lásku? Pokud ano, jak se projevuje?

Projevují, mají se rádi, drží se za ruce, chtějí být spolu

16. Vědí klienti o všech možnostech svého sexuálního života (individuálního i partnerského)? Někteří vědí

17. Snažíte se klienty vést a pomáhat jim v jejich prožívání sexuality? Pokud ano, jak? Klienti si chtějí popovídat a poradit v rámci možností jim pomáháme.

18. Umí vaši klienti říci „NE!“ na nevhodné dotyky a případné sexuální zneužívání?

ANO

19. Máte dostatek potřebných informací o problematice sexuality MR?

NE

20. Z jakých zdrojů čerpáte informace o této problematice?

V odborné literatuře, samostudium, semináře.

Ještě jednou děkuji za Vaši ochotu a čas strávený nad tímto dotazníkem!

Ivana Šimíčková

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Ivana Šimíčková
Katedra:	Speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2007

Název práce:	Sexualita osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací
Název v angličtině:	The sexuality of individuals with semi-serious and serious mental retardation
Anotace práce:	Závěrečná práce se zabývá projevem sexuality u osob se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Cílem práce bylo zjistit, jaké sexuální potřeby osoby s mentální retardací mají a jestli jsou tyto potřeby naplňovány. Zajímali nás také postoje pracovníků přímé péče k sexualitě osob s mentální retardací.
Klíčová slova:	středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, sexualita osob s mentální retardací, masturbace, sexuální potřeby, sexuální výchova
Anotace v angličtině:	The final work deals with sexual manifestations of individuals with semi-serious and serious mental retardation. The aim of the work was to find out what kinds of sexual needs such individuals have and whether they are fulfilled. We've been also interested in attitude of direct care workers towards the sexuality of individuals with mental retardation.
Klíčová slova v angličtině:	semi-serious mental retardation, serious mental retardation, sexuality of individuals with mental retardation, masturbation, sexual needs, sexual education
Přílohy vázané v práci:	Plné znění nevyplněného dotazníku, vyplněný dotazník
Rozsah práce:	51
Jazyk práce:	CZ

