

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra speciální pedagogiky

**Miroslava Šulíková**

III. ročník – Kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky

**Sexuální výchova  
osob s mentálním postižením  
v zařízeních s křesťanskou spiritualitou**

Bakalářská práce

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

OLMOUC 2009

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně  
a použila jen uvedených pramenů a literatury.*

V Olomouci, dne 28.3. 2009

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí práce Mgr. Zdeňce Kozákové, PhD. za trpělivé vedení, odbornou pomoc a čas, který mi věnovala v rámci konzultací. Děkuji Mgr. Marii Pavlíčkové a jejímu muži Bc. Petru Pavlíčkovi za podporu při formální úpravě textu. Děkuji také své rodině za trpělivost a čas, ve kterém jsem se mohla věnovat studiu.

# Obsah

<b>Úvod.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Mentální postižení.....</b>	<b>7</b>
1.1 <i>Mentální retardace.....</i>	<i>8</i>
1.1.1 <i>Etiologie.....</i>	<i>11</i>
1.1.2 <i>Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace....</i>	<i>12</i>
1.2 <i>Demence.....</i>	<i>17</i>
1.3 <i>Pseudooligofrenie.....</i>	<i>19</i>
<b>2 Sexualita u osob s mentálním postižením.....</b>	<b>20</b>
2.1 <i>Vymezení pojmu sexualita.....</i>	<i>20</i>
2.2 <i>Vymezení pojmu sexuální identita.....</i>	<i>21</i>
2.3 <i>Projevy sexuality.....</i>	<i>23</i>
2.3.1 <i>Masturbace.....</i>	<i>23</i>
2.3.2 <i>Necking.....</i>	<i>25</i>
2.3.3 <i>Petting.....</i>	<i>25</i>
2.3.4 <i>Pohlavní akt.....</i>	<i>25</i>
2.4 <i>Pohlavní vývoj a jeho fáze.....</i>	<i>26</i>
2.5 <i>Církevní dokumenty týkající se oblasti sexuality.....</i>	<i>28</i>
<b>3 Sexuální výchova osob s mentálním postižením.....</b>	<b>39</b>
3.1 <i>Definice a obsah sexuální výchovy.....</i>	<i>39</i>
3.2 <i>Cíle a principy sexuální výchovy.....</i>	<i>41</i>
3.3 <i>Specifika sexuální výchovy u osob s mentálním postižením.....</i>	<i>44</i>
3.3.1 <i>Metody, formy a cíle sexuální výchovy osob s mentálním         postižením.....</i>	<i>45</i>
3.3.2 <i>Mravní výchova osob s mentálním postižením.....</i>	<i>47</i>
3.3.3 <i>Kompetence pracovníků a Protokol sexuality.....</i>	<i>49</i>
<b>4 Pobytová zařízení pro osoby s mentálním postižením.....</b>	<b>53</b>
4.1 <i>Pohled do historie.....</i>	<i>55</i>
4.2 <i>Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....</i>	<i>57</i>
4.3 <i>Zařízení s křesťanskou spiritualitou.....</i>	<i>58</i>
<b>5 Metodologie šetření.....</b>	<b>61</b>
5.1 <i>Cíle praktické části.....</i>	<i>61</i>
5.2 <i>Metody šetření.....</i>	<i>61</i>
5.2.1 <i>Anketa.....</i>	<i>61</i>
5.2.2 <i>Rozhovor.....</i>	<i>63</i>
5.3 <i>Charakteristika průzkumného vzorku.....</i>	<i>66</i>
5.3.1 <i>Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad .....</i>	<i>66</i>
5.3.2 <i>Uživatelé zařízení.....</i>	<i>70</i>
<b>6 Analýza výsledků a jejich interpretace.....</b>	<b>73</b>
6.1 <i>Anketa.....</i>	<i>73</i>
6.2 <i>Rozhovor.....</i>	<i>78</i>
6.2.1 <i>Individuální rozhovory.....</i>	<i>79</i>
6.2.2 <i>Skupinový rozhovor.....</i>	<i>104</i>
6.3 <i>Výsledek šetření.....</i>	<i>105</i>
<b>Závěr.....</b>	<b>108</b>
<b>Použitá literatura.....</b>	<b>110</b>
<b>Anotace.....</b>	<b>114</b>

## Úvod

***„Vyrovnaný vztah k sexualitě lidí s postižením předpokládá mít vyrovnaný vztah k vlastní sexualitě.“***

*(Libor Novosad)*

V předkládané bakalářské práci se věnuji oblasti sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením, kteří žijí v zařízeních s křesťanskou spiritualitou, tj. v takových zařízeních, kde působily nebo ještě působí řeholní osoby. Motivací, která byla rozhodující pro zvolení tématu, byl především rozhovor s pracovnící, která v takovém typu zařízení pracovala šest let. Oblast sexuality a sexuální výchovy, která je ovlivněna, respektive předpokládám, že je ovlivněna, katolickou morálkou byla řešena následujícím způsobem: *“...vím hlavně z doslechu, že někteří trestali děcka bitím klackem a zažila jsem jejich pudry potlačovat studenou sprchou nebo koupelí a nebo nechali zbít chovance jednotlivcem nebo skupinou spoluchovanců. To je vše z mé zkušenosti.”* Tuto zkušenost pracovnice získala na konci devadesátých let. Byla jsem otřesena touto výpovědí a rozhodla jsem se tedy věnovat tomuto tématu.

V průběhu studia literatury k danému tématu jsem zjistila, že toto téma je velmi široké a pro rozsah bakalářské práce bude obtížné nevěnovat se obsahu v celém rozsahu. V teoretické části jsem nakonec volila věnovat se následujícím tématům: v první kapitole vymezím problematiku mentálního postižení, respektive mentální retardace a její etiologie, charakterizují jednotlivé stupně mentální retardace. V rámci mentálního postižení vymezím také demenci a pseudooligofrenii. Problematice sexuality osob

s mentálním postižením budu věnovat druhou kapitolu v následujících bodech: vymezení pojmu sexualita a sexuální identita, přiblížení projevů sexuality (masturbace, necking, petting, pohlavní akt). Budu se také věnovat pohlavnímu vývoji a jeho fázím. Vzhledem ke specifickému prostředí, na které se práce zaměřuje, se pokusím přiblížit jednotlivé dokumenty a prameny katolické církve, které se věnují oblasti sexuality. Sexuální výchova má svoji definici, svůj obsah, cíle a principy. Těmto skutečnostem se bude věnovat třetí kapitola, která bude dále pokračovat v popisu specifik sexuální výchovy u osob s mentálním postižením, a to metodám, formám a cílům, mravní výchově a kompetencím pracovníků v zařízeních, která poskytují služby osobám s mentálním postižením. Čtvrtá, poslední kapitola teoretické části, by se měla věnovat vymezení pobytových zařízení pro osoby s mentálním postižením. Krátce představím historii pobytových zařízení, dále domovy pro osoby se zdravotním postižením a na závěr kapitoly se pokusím vysvětlit pojem „zařízení s křesťanskou spiritualitou“.

Praktická část práce by se měla věnovat především postojům pracovníků zařízení k oblasti sexuality a sexuální výchovy u osob s mentálním postižením a také informovanosti uživatelů v oblasti sexuality a jejich vnímání možností naplňování vlastní sexuality s rozměrem do budoucnosti. Praktická část by měla využít výzkumných metod jako jsou anketa a rozhovor. Charakteristika průzkumného vzorku by měla představovat nejen historii zařízení, ale také současný stav poskytování péče osobám s mentálním postižením v konkrétním zařízení a jeho uživatelům.

# 1 Mentální postižení

Na začátku je třeba vyrovnat se s problematikou terminologie, která je v oblasti péče o osoby s mentálním postižením nejednotná. Je zřejmé, že terminologická nejednotnost je v oblasti psychopedie<sup>1</sup> zapříčiněna především historicky, resp. společensky, neboť termíny používané jako odborné se stávají, resp. stávaly, výrazy pejorativními, a proto odborná veřejnost je, resp. byla, opakovaně postavena do role novátorů terminologie. Proto se v literatuře setkáváme s velmi bohatou terminologií.

Pojem, který se jeví jako nejnütnější pro vymezení v rámci rozsahu této práce, **mentální postižení**, vnímejme jako střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci, který orientačně označuje všechny jedince, s IQ pod 85. (Vašek a kol., 1994, in Valenta, Müller, 2007, s.13). Pod tento střešní pojem patří termíny mentální retardace a demence, ale také hraniční pásmo mentální retardace, resp. všechny i historicky podmíněné označení pro osoby s opožděným rozumovým vývojem (např. oligofrenie, slaboduchý, imbecil, debil, idiot apod.). Statisticky je České republice evidováno asi 300 000 osob s mentálním postižením, v celosvětovém měřítku můžeme hovořit o 200 miliónech osob (Valenta, Müller, 2007).

Odborná terminologie, která sjednocuje v dnešní době profesionální pracovníky z oblasti medicíny a pedagogiky, je stanovena od roku 1992 světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Mezinárodní klasifikaci nemocí<sup>2</sup>. Jde o termín mentální retardace a následně jeho stupně<sup>3</sup>. Je-li mentální retardace vrozená, či získaná do 2 roku života dítěte, můžeme hovořit o oligofrenii, resp. primárnímu mentálnímu postižení (Valenta, Müller, 2007).

---

1 Psychopedie se zabývá zákonitostí rozvoje, výchovou a vzděláváním dětí, mládeže a dospělých s mentálním postižením, autismem a jiným psychickým postižením.

2 V České republice je MKN-10 platná od 1. 1. 1993.

3 Termín mentální retardace však WHO stanovila a užívá již od roku 1959 (Müller, 2006).

Jde-li o sekundární postižení, v období po 2 roce života dítěte, potom se setkáváme s termínem demence.<sup>4</sup>

Humanizační tendence v přístupech péče o osoby s jakýmkoli typem postižení však vyvíjejí stále silnější tlak na terminologii, a proto se v praxi můžeme setkávat s velmi zavádějícími a nejednoznačnými termíny.<sup>5</sup> Velký přínos humanizace však můžeme vidět v obrácení pozornosti od diagnózy k samotnému člověku. V praxi to znamená nikoli označení mentálně postižený, mentálně retardovaný, ale **osoba s mentálním postižením, osoba s mentální retardací** (Valenta, Müller, 2007).

## **1.1 Mentální retardace**

Mentální retardace, jak uvádí Vašek (1994, in Müller, 2001, s. 7) *ve svém moderním globálním pojetí vystihuje medicínské, psychologické, pedagogické a sociální aspekty života mentálně retardovaného člověka od narození až po smrt – což vytváří pojem interdisciplinárního charakteru.*

Úkol definovat mentální retardaci jistě není jednoduchý, neboť dostupná literatura přináší nepřehledné množství definic. Mnozí autoři se zaměřují na problematiku mentální retardace z různých úhlů pohledu, a jsou to podstatné znaky biologické, psychologické, pedagogické či sociální. My si uvedeme některé definice z novějších publikací a také definici stanovenou WHO a Americké psychiatrické společnosti.

Valenta a Müller (2007, s. 12) uvádí tuto definici mentální retardace: *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.*

4 Koluchová (in Vágnerová, 2000) vymezuje věkovou hranici mezi vrozeným a získaným mentálním postižením již 18. měsícem.

5 Valenta, M. a Müller, O. ve své Psychopedii uvádí příklad z Velké Británie, kde humanizační trend vytvořil termín „learning difficulty“, tj. výukové těžkosti, obtíže. Autoři vnímají tento termín spíše jako poruchy učení než mentální postižení.



Krejčířová (2006, s. 195) nabízí definici, kdy mentální retardace je *závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.*

Bazalová (in Pipeková, 2006, s.269), která vychází z Dolejšího (1978), hovoří o mentální retardaci jako o *vývojové poruše integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.*

Vágnerová (2000, s. 146) vnímá mentální retardaci jako souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností, *neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70%normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován.*

WHO ve své MKN-10 definuje mentální retardaci takto: *Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových pohybových a sociálních schopností.* Dále hovoří o kombinaci s jinými typy postižení, o výskytu v populaci a také o vlivu sociálního prostředí.

Americká psychiatrická společnost, která má na odbornou veřejnost nemalý vliv, pak ukazuje mentální retardaci z hlediska diagnostických kritérií, kterými jsou: snížení intelektových funkcí pod 70 IQ<sup>6</sup>, k tomu se pojí deficit v oblasti adaptability jedince<sup>7</sup>

6 Průměrný výkon při kvantitativním hodnocení inteligence má hodnotu IQ 100, hranice mentální defektivy je určena na hodnotě IQ70 (Vágnerová, 2000).

7 Deficit z oblasti adaptability musí obsahovat minimálně dvě z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční akademické dovednosti, práce, odpočinek, zdraví a bezpečnost (Valenta, Müller, 2007).

a začátek poruchy je diagnostikován před 18. rokem života (Valenta, Müller, 2007).

Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí (MNK-10, ICD-10) dělí mentální retardaci následovně:

- **F70** – lehká mentální retardace (mild mental retardation, dříve debilita) – IQ 50—69,
- **F71** – středně těžká mentální retardace nebo střední mentální retardace (moderate mental retardation, dříve imbecilita) – IQ 35—49,
- **F72** – těžká mentální retardace (severe mental retardation, dříve idioimbecilita, prostá idiocie) – IQ 20—34,
- **F73** – hluboká mentální retardace (profound mental retardation, dříve idiocie, vegetativní idiocie) – IQ pod 20,
- **F78** – jiná mentální retardace,<sup>8</sup>
- **F79** – nespecifikovaná mentální retardace.

Číselná hodnota IQ musí pro nás zůstat pouze orientačním vodítkem, neboť je vytvořena uměle a nikdy nemůže být definována s absolutní přesností. Měřením vždy získáme hodnotu aktuálního výkonu osoby, nikdy však nemůžeme očekávat, že výsledek je přesnou mírou skutečných intelektových schopností. Nesmíme opomínat podstatný rozměr pro určení pásma mentální retardace: kvalita zvládnání životních nároků osoby v jejím přirozeném prostředí (Říčan, Krejčířová, 2006).

MNK-10 dále v závislosti k mentální retardaci nabízí i typ postižení, které se vztahuje k chování. Můžeme hovořit o minimálně postiženém chování nebo výrazně postiženém chování. Chování z hlediska aktivity dělíme (Kozáková, 2005):

- eretický typ – instabilní, dráždivý, nevyhraněný, neklidný, verzatilní (rychlé střídání vzruchu a útlumu, prchlivost

---

<sup>8</sup> F78 a F79 - Tyto diagnózy se užívají v případě, že stanovení stupně mentální retardace je nesnadné. Většinou se jedná o osoby s kombinovaným postižením (senzorickým, somatickým) nebo v případě těžkých poruch chování nebo u osob s autismem.

a neklid, citové prožívání charakterizuje nestálost, slabá vůle, rychlé střídání emocí, nesoustředěnost),

- torpidní typ – strnulý, apatický, netečný (chorobně zpomalený proces vzruchu a útlumu, těžkopádnost, zpomalené pohyby, tiché a klidné chování může obsahovat stereotypní vzorce),
- nevyhraněný typ (proces vzruchu a útlumu lze v podstatě hodnotit jako rovnovážný).

### 1.1.1 Etiologie

Etiologii mentální retardace nelze jednoznačně určit. Můžeme ji rozdělit do několika skupin (dle Valenta, Müller 2007). Z hlediska **časového působení**:

- **Prenatální příčiny** – působí od početí do narození. Patří sem hereditární, genetické příčiny, infekce matky v těhotenství, teratogenní vlivy (působení záření a toxických látek, virové či mikrobiální teratogeny). Setkáváme se s termíny blastopatie (poškození zárodku vlivem infekčního onemocnění, průmyslových škodlivin, nesprávnou výživou či zářením), embryopatie (poruchy vývoje embrya od 15. dne do konce 3. měsíce vývoje) a fetopatie (poruchy vývoje v období 4. až 9. měsíce těhotenství, nejčastěji zastavení nebo zpomalení vývoje). Embryopatii dále dělíme na psychogenní (zapříčiněná emocionální zátěží matky, která může vyvolat hypoxii plodu nebo změny v hormonálních procesech), karenční (nedostatečný přísun všech složek potravy), toxickou (radiční, lékové, metabolické); (Kozáková, 2005).
- **Perinatální příčiny** – jedná se o období těsně před porodem, během porodu a po těsně po porodu. Patří sem asfyxie, hypoxie plodu, protrahovaný porod, hyperbilirubinémie, poškození hlavičky při porodu, jehož následkem je krvácení do mozku. Díky poruchám krevního oběhu dochází k poškození CNS.

- **Postnatální příčiny** – jedná se o příčiny, které se vyskytují po narození. Uvedme např. záněty mozku, nádorová onemocnění mozku, infekce novorozence, metabolické onemocnění, úrazy.

Jiné rozdělení etiologie mentální retardace hovoří o dvou rovinách, které se zabývají příčinami vzniku z hlediska dědičnosti a environmentálního vlivu. Endogenní a exogenní příčiny se však vzájemně prolínají.

- **Endogenní příčiny** – genetické mutace a chromozomální aberace při vývoji jedince.
- **Exogenní příčiny** – dále dělíme na anorganické (fyzikální: záření, mechanické poškození a chemické: léčiva, jedy, chemické látky) a biologické (viry, bakterie, plísně); (Kozáková, 2005).

### **1.1.2 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace**

V nejobecnějším vymezení jedince s mentální retardací můžeme hovořit o postižení kognitivních schopností, opoždování vývoje řeči a postižení verbální inteligence.

Myšlení je charakteristické stereotypií, rigiditou a lpěním na určitém způsobu řešení problému.

Organické poškození mozku může u osob s mentální retardací způsobovat nedostatky v motorické koordinaci mluvidel nebo zhoršovat sluchovou diferenciaci, následkem čehož je postižení řeči v obsahové i formální složce. V jednoduchém projevu se také můžeme setkat s perseverací či echolálií.

Nedostatečné porozumění učenému, nedostatky v koncentraci pozornosti a paměti ovlivňují významným způsobem proces učení. Tento proces můžeme charakterizovat jako mechanický, asociační. Primárním motivačním činitelem je oblast emocí.

V oblasti motivace a regulace osob s mentálním postižením je dobré připomenout potřebu stimulace, učení, citové jistoty a bezpečí, potřebu seberealizace a životní perspektivy. Stimulace musí být přiměřená mentální úrovni jedince, srozumitelná a jednoznačná. Učení je závislé na aktivitě druhé osoby a mělo by mít řád a srozumitelná pravidla. Citová jistota a bezpečí slouží jako zdroj rovnováhy a je u osob s mentálním postižením velmi silná. Seberealizaci ovlivňuje jednak stupeň mentální retardace, jednak sebehodnocení vybudované převážně vnějšími faktory. Životní perspektiva a uspokojení vlastních potřeb nemívá pro jedince s mentální retardací příliš vzdálený obzor.

Seberegulace je charakteristická sugestibilitou, silně vázána na emoce, pozitivní hodnocení a akceptaci druhým člověkem. Volní procesy mohou ovlivňovat aktuálně atraktivní motivy.

Nesmíme zapomínat, že vývoj inteligence u osob s mentálním postižením má svoji dynamiku, že zrání těchto jedinců probíhá zpravidla jinak a že mentální retardace ovlivňuje celý socializační proces. Socializace je pak ovlivněna nejen primárním defektem, ale také nedostatkem zkušeností (Vágnerová, 2000).

### **F70 – lehká mentální retardace (IQ 50-69)**

Je často diagnostikována až v předškolním věku, neboť retardace se začne projevovat až na vyšších úrovních vývoje. Jde především o postižení schopnosti abstrakce a logického usuzování (může dosáhnout úrovně konkrétních logických operací), sklon ke stereotypnímu myšlení, malá slovní zásoba, opožděný vývoj komunikativních dovedností. Mentální věk těchto osob se v dospělosti pohybuje mezi 9 až 12 rokem (Kozáková, 2005).

Dle Bazalové (in Pipeková, 2006) bychom etiologii mohli najít v dědičnosti, sociokulturní deprivaci a nedostatku stimulace.

Dle Krejčířové (in Říčan, Krejčířová, 2006) se můžeme u osob s lehkou mentální retardací (dále také LMR) častěji než v běžné populaci setkat se specifickými vývojovými poruchami učení, a to

na základě stejného etiologického podkladu, kterým je časné organické poškození centrální nervové soustavy.

Matulay (1986, in Müller, 2001, s. 18) v souvislosti s lehkou mentální retardací uvádí následující: *V současnosti platí, že sociokulturní činitelé mají největší význam při lehké mentální retardaci. Při mírných stupních jsou v popředí genetické faktory, zatímco při těžkých formách převládají exogenní příčiny. Při současném chápání dědičnosti, zejména při lehké mentální retardaci, má tedy prostředí význam jako předpoklad fenotypové realizace polygenně podmíněného defektu. Na to, aby se projevil příznak, kterým je v tomto případě mentální retardace, vystupuje do popředí jako podmínka faktor prostředí.*

V oblasti emocionality se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, pasivita, sugestibilita (Pipeková, 2006).

V období dospívání, upozorňuje Krejčířová, zjevná důvěřivost může vést k využívání či zneužití jak ze strany dětí, tak ze strany dospělých (Říčan, Krejčířová, 2006).

Vzdělání: předškolní vzdělávání, zpravidla bezproblémově základní škola praktická (9let), možnost integrace do základní školy, učební obory – střední odborná učiliště, odborná učiliště nebo praktické školy.

V dospělosti mohou být osoby s lehkou mentální retardací v postatě úplně samostatné, zařazeny do pracovního procesu, podporu je jim nutné poskytovat v řešení nových životních situacích (Říčan, Krejčířová, 2006). Využívání sociálních dovedností závisí na náročnosti sociálního prostředí (Pipeková, 2006).

Statistika uvádí, že výskyt osob s LMR v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v populaci pak 2,6%.

### **F71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)**

Velmi často v kojeneckém věku, nejpозději pak ve věku batolecím, zjišťujeme první známky opožďování vývoje, a to zejména v oblasti pohybu a řeči. V průběhu vývoje si osoby se středně těžkou

mentální retardací (dále také STMR) zpravidla osvojí takovou slovní zásobu, která jim postačuje na základní dorozumění se, v obsahově chudém slovníku se objevují často agramatismy, řeč je dyslalická, artikulace neobratná. Mentální věk u dospělých se pohybuje v rozmezí mezi 6 až 9 rokem (Kozáková, 2005).

Při cílené stimulaci zvládne osoba se středně těžkou mentální retardací sebeobsluhu. V oblasti jemné a hrubé motoriky však celý život přetrvává celková neobratnost, obtížná koordinovanost (Pipeková, 2006).

Na prognóze celkového vývoje osoby se středně těžkou mentální retardací se významně podílí kvalita prostředí, ve které osoba žije (Říčan, Krejčířová, 2006).

V emocionální oblasti se můžeme setkat s labilitou a nepřiměřenými afektivními reakcemi.

Vzdělání: předškolní vzdělávání, základní vzdělání zpravidla vzdělávací programy základní školy speciální (10let), nabídka delšího přípravného období, tzv. přípravný stupeň (až 3roky), možnost integrace do základní školy, po ukončení základního vzdělání možnost osvojit si jednoduchou pracovní činnost v chráněných dílnách nebo programech podporovaného zaměstnání, popř. praktická škola, praktická profesní příprava.

V minulosti (před rokem 1989) byly také osoby se středně těžkou mentální retardací označovány za „nevzdělavatelné“ zbavovány, resp. osvobozovány od povinné školní docházky. Školský systém neumožnil těmto osobám osvojení základů čtení, psaní a počítání.

Statistika uvádí, že výskyt osob se STMR v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 12%, v populaci 0,4%.

*Většina lidí s lehkou i středně těžkou mentální retardací si své postižení v nějaké míře uvědomuje a vnitřně je zpracovává (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 203).*

## **F72 – těžká mentální retardace (IQ 20-34)**

Již v kojeneckém věku osoby s těžkou mentální retardací (dále také TMR) vykazují značné opoždění ve vývoji. Literatura (např. Říčan, Krejčířová, 2006, Pipeková, 2006) uvádí, že jde zpravidla o postižení kombinované, to znamená, že k postižení rozumových schopností je přidruženo další postižení, a to pohybové, zrakové nebo sluchové. Mentální věk těchto osob se v dospělosti pohybuje mezi 3-6 rokem (Kozáková, 2005).

Velmi významné je postižení v oblasti řeči, a proto je v oblasti vzdělávání kladen hlavní důraz na komunikační schopnosti jedince. Můžeme se setkat s jednoduchou řečí, nebo s komunikací omezenou na jednoduchá slova či slovní spojení, řeč se však také nemusí vůbec vytvořit (Pipeková, 2006). Sebeobsluha má velmi významné postavení v procesu vzdělávání. Cílem je především osvojit si základní hygienické návyky.

V oblasti emocí se setkáváme s narušením afektivní sféry, s výraznou impulzivitou a nestálostí nálad (Pipeková, 2006).

Vzdělání: předškolní vzdělávání, rehabilitační třídy při základní škole speciální (10let), popř. základní škola speciální

Při kvalitní a cílené stimulaci mohou být osoby s těžkou mentální retardací zapojeny do dílčích pracovních činností.

Osoby s TMR jsou celoživotně odkázány na péči druhé osoby.

Statistika uvádí, že výskyt osob s TMR v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci 0,3%.

## **F73 – hluboká mentální retardace (IQ pod 20)**

Je téměř pravidlem, že osoby s hlubokou mentální retardací mají také těžké poškození pohybového ústrojí. Zřejmě můžeme vidět příčinu poškození již v etiologii, která je zpravidla organická. Vedle omezení v oblasti motoriky pak nacházíme kombinaci s postižením sluchovým, zrakovým či jinou těžkou neurologickou poruchou (Pipeková, 2006). Mentální věk těchto osob v dospělosti se pohybuje v úrovni pod 3 roky (Kozáková, 2005).



Komunikace s osobami s hlubokou mentální retardací (dále také HMR) je často globální, to znamená, že vyjadřují spokojenost (relaxace, úsměv) či nespokojenost (grimasy, zvýšené napětí, pláč). Verbální složka v oblasti exprese obsahuje zvuky, slabiky, v oblasti porozumění: běžné pokyny. Nonverbální složka je obtížně srozumitelná.

Velmi významná je oblast taktilního a sluchového vnímání. U sluchového vnímání máme na mysli především rozměr emočního ladění slov, výška či hloubka hlasu, rychlost, intenzita.

U osob s HMR se často setkáváme s problematikou autostimulace či sebepoškozování.

Vzdělání: předškolní vzdělávání, rehabilitační třídy při základní škole speciální (10let)

Statisticky vyjádřeno pak osoby s HMR v celkovém počtu osob s mentální retardací tvoří 1%, v populaci 0,2%.

U osob s těžkou a hlubokou mentální retardací pak v oblasti vzdělávání nesledujeme prvořadě osvojení trivia, ale rozvoj osobnosti s využitím silných stránek a maximální rozvoj samostatnosti pro život v dospělosti (Říčan, Krejčířová, 2006).

Vhodně využíváme prvků augmentativní a alternativní komunikace.

## **1.2 Demence**

V souvislosti s mentální retardací se v literatuře setkáváme, jak jsme již dříve uvedli, také s termínem demence. Vymezení tohoto typu postižení je pro nás důležité z hlediska psychopedické prognózy a prostředků k edukaci jedince s demencí. Osoby s demencí mají odlišnou psychickou výbavu i osobností rysy než osoby s mentální retardací (Valenta, Müller, 2007). Demence je vždy postižením, které je získané.

Bazalová (in Pipeková, 2006, s. 270) hovoří o demenci jako *procesu zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje po druhém roce života.*

Müller (2006, s. 18) nabízí tuto definici demence: *Demence je získaná (sekundární) porucha inteligence, která modelově vzniká až po druhém roce ontogenetického vývoje.* Vágnerová (2000, s. 137) demenci nazývá *syndromem, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.*

Příčinou demence je nejčastěji nemoc (encefalitida, meningitida, nádor apod.) či úraz mozku, kdy dochází zpravidla k lokálnímu poškození mozku. Proto se u problematiky demence můžeme setkat s termínem „intelektový ostrov“, který představuje víceméně zachovanou mentální funkci (Valenta, Müller, 2007). Od mentální retardace se demence liší progredujícím charakterem a tendencí postupného zhoršování a prohlubování příznaků (Pipeková, 2006). Zpočátku můžeme postižení vnímat jen jako specifickou poruchu učení, v průběhu času však dochází k rozšiřování a prohlubování lokálního poškození, sledujeme rozpad schopnosti koncentrace a autoregulace a nakonec dochází k rozpadu celého integrovaného systému CNS (Valenta, Müller, 2007).

Mezi nejčastější projevy demence můžeme najít: porucha paměti, orientace, úsudku, porucha abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování a komunikace, apraxie, porucha spánku.

Podle doby výskytu pak hovoří literatura o demenci dětské a stařecké. Dětskou demenci nazýváme deteriorací. Hlavním důvodem pro užívání termínu deteriorace inteligence vidí Svoboda zvláště v kombinaci vlivu nemoci s vývojovými, dynamickými změnami dětského věku (Valenta, Müller, 2007).

Další dělení, se kterým se v literatuře (MKN-10) můžeme setkat je následující: demence atroficko-degenerativní, demence

ischemicko-vaskulární a demence symptomatická neboli sekundární. Dle MKN-10 jde však o samostatnou diagnostiku demence (F00-F09).

### **1.3 Pseudooligofrenie**

Termín, o kterém budeme ještě hovořit, a který literatura v souvislosti s mentální retardací zmiňuje je pseudooligofrenie, někdy také nazývána zdánlivá mentální retardace (v minulosti používán termín sociální debilita). Rozhodujícím činitelem je vliv vnějšího prostředí. Osobnost, která není dostatečně stimulována, může trpět psychickou deprivací nebo pochází ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Inteligenční kvocient takového jedince se pak nachází v hraničním pásmu mentální retardace, nebo jiným pojmem definováno: v mentální subnorma (Pipeková, 2006).<sup>9</sup> Vágnerová definuje tento stav jako *sociální poškození vývoje rozumových schopností* (Vágnerová, 2000, s. 147).

Mezi projevy pseudooligofrenie patří: opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, infantilismus, narušena je schopnost zobecňovat.

Vliv vhodného výchovného působení a změna nepodnětného prostředí může stav výrazně zlepšit (Kozáková /2005/ uvádí variaci inteligenčního kvocientu 10 až 20 bodů), neboť se na rozdíl od ostatních druhů mentálního postižení nejedná o stav trvalý, neměnný (Pipeková, 2006).

---

<sup>9</sup> Hraniční pásmo mentální retardace dříve definovala i MKN-8, nyní již v MKN-10 není obsaženo. Jedná se o jedince, jejichž IQ se pohybuje v pásmu 70-85, tedy stupeň inteligence je na úrovni mírného až hlubokého podprůměru (Müller, 2001).

## **2 Sexualita u osob s mentálním postižením**

Humanizační tendence v přístupu k osobám s mentálním postižením se projeví také v oblasti sexuality. Ještě před několika lety oblast velkého tabu a potlačování se dnes mění na cestu porozumění a na prostor realizace. Tento prostor je pro mnohé osoby s mentálním postižením stále ještě nenaplněným. Nemají možnost prožít svoji sexualitu dle svých potřeb, představ a přání v důsledku sociální izolace v ústavní nebo rodinné péči, kde zažívají citovou deprivaci a sexuální frustraci (Novosad, 2000). Pro mnohé jiné osoby s mentálním postižením se však oblast prožívání vlastní sexuality stala „rajskou zahradou“. Učí se rozumět sami sobě, svému tělu i svým emocím, svým potřebám, svým touhám.

Je dobré na začátku této kapitoly připomenout skutečnost, že centrum pro lidskou sexualitu se v mozku nachází v oblasti hypotalamu. Tedy v místech, která jsou u osob s mentálním postižením nepoškozena. Změny, respektive postižená část mozku, jsou vždy v oblasti mozkové kory a to v praxi znamená, že korová složka nedovede upravit pudové jednání osoby. Proto je úkolem společnosti, aby vytvořila potřebné prostředí a vhodně výchovně působila na zdravý rozvoj sexuality u osob s mentálním postižením.

### **2.1 Vymezení pojmu sexualita**

Termín sexualita vychází z latinského slova *sexus*, tzn. pohlaví. Sexualitu můžeme definovat jako celek prožitku, způsobu chování a jejich tělesných základů, spojených s pohlavními orgány. Celostně chápaná sexualita se odehrává na všech úrovních lidské osobnosti: tělesné, citové, intelektuální, morální a duchovní. Sexuální prožívání tedy daleko přesahuje pouze biologický úkol rozmnožování. (Schmidbauer, 1994)

Již Bible hovoří v knize Genesis o dvojím, pohlavně diferencovaném, rozměru sexuality. „*Bůh stvořil člověka, aby byl*

*jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím, jako muže a ženu je stvořil.“ (Gn 1,27)*

Sexualitu nemůžeme chápat pouze jako aktivitu týkající se fyzického vztahu mezi mužem a ženou, ale především jako citlivý prostor přijímání a darování lásky. Směrnice pro výchovu v rodině říká, že sexualitu nelze redukovat na něco čistě biologického a zdůrazňuje vztah sexuality k intimnímu jádru osoby. Církev sexualitu definuje jako základní složku osobnosti, jeden ze způsobů bytí, projevování se a sdílení s druhými, jak cítí, jak vyjadřuje a jak žije lidskou lásku (Papežská rada pro rodinu, 1996).

Janiš (2005) uvádí následující funkce sexuality: funkce reprodukční, funkce slasti, funkce komunikační, funkce redukce napětí a funkce prestiže (ve smyslu společenského postavení).

Sexualita je tedy způsobem existence člověka. Je to prostor komunikace s druhými lidmi a prostor lásky (Daniel-Ange, 1998). Dle Janiše (2005) nelze jednoznačně definovat sexuální normalitu a zdraví. Hlavním důvodem této „nemožnosti“ je skutečnost, že sexualita sama o sobě postrádá primární kategorii mravnosti.

Matulay (1986, in Valenta, Müller, 2007) hovoří u osob s mentálním postižením o vlivu hloubky postižení na prožívání vlastní sexuality, respektive na sexuální chování. Čím hlubší je postižení, tím osoba projevuje sexualitu méně a čím méně je jedinec postižen v intelektu, o to obvyklejší je jeho sexuální vývoj.

## **2.2 Vymezení pojmu sexuální identita**

Identitu v obecném slova smyslu můžeme chápat jako *„identitu Ega, jako pocity jednoty mezi obrazem sebe sama, sociální úlohou a uznáním významnými vztažnými osobami, což odpovídá pocitu dostatečné seberealizace.“* (Schmidbauer, 1994, s. 47)

Sexuální identitu v nejobecnějším měřítku můžeme rozdělit na mužskou a ženskou. Sexuální identita je ovocem zrání biologických a psychosociálních faktorů (Valenta, Müller, 2007).

V počátečním stadiu puberty může mít sexualita ambivalentní charakter. Znamená to, že není pohlavně vyhraněná. Dospívající hledá sám sebe. Můžeme však konstatovat, že relativně rychle v procesu identifikace vymezi svůj zájem, svou zaměřenost, většinou na opačné, pohlaví. V tomto „vymezení sebe samého“ spolupůsobí velké množství faktorů. Tento proces může být ztížen minulostí (např. zneužití v dětském věku), ale i přítomností (např. dlouhodobé pobývání jen s osobami stejného pohlaví). (Daniel-Ange, 1998)

Konečným cílem pohlavního dospívání, tzn. vytvoření sexuální identity, je psychosexuální zralost. Proces zrání začíná v pubertě a je ukončen až v dospělosti.

Cílem psychosexuálního vývoje u chlapců je zralý muž. Muž, který je věrný, trpělivý, který umí pracovat a cítí zodpovědnost za sebe i za rodinu. V žádném případě není cílem muž, který umí „jen“ souložit. Genitální aktivita sama o sobě nikdy nemůže představovat dospělou sexualitu. (Augustyn, 1998)

Stejně tak cílem psychosexuálního vývoje u dívek je zralá žena. Žena, která je schopna dávat a přijímat lásku, je starostlivá, věrná, chápavá. Cílem není žena, která je „jen“ schopná pohlavního aktu.

„Dospělá sexualita“ je zdoluhavým procesem, jež je završen vytvořením opravdového intimního vztahu mezi mužem a ženou (Orvin, 2001).

Richard Warshark, americký psycholog, v procesu psychosexuální zralosti vidí konflikt. Domnívá se, že pro přijetí sexuální role mužství a ženství má dnešní mladý člověk nedostatečné vzory, a to zejména v rodině. Chlapci jsou prý v tomto ohledu zranitelnější než dívky.

Sexuální identifikaci, ztotožnění se se svou sexuální rolí, přijetí rysu mužnosti a ženskosti, ovlivňují nejen vychovatelé (zejména rodiče), ale také kultura a pravidla společnosti či sociální skupiny. Sexuální identita nemusí být v souladu s genetickým pohlavím, tedy navazování vztahu nemusí mít podobu heterosexuální, ale může mít také podobu homosexuální či bisexuální (Valenta, Müller, 2007).

## **2.3 Projevy sexuality**

Projevy sexuality, které budou v následující části práce vymezeny, předpokládají především projevy, se kterými je možné setkat se u osob s mentálním postižením. Pozornost je soustředěna na problematiku neckingu, pettingu, pohlavního aktu a masturbaci.

### **2.3.1 Masturbace**

Problematika masturbace neboli autoerotiky, je velmi diskutována. Jedná se o nezralý projev sexuality, jehož etická hodnota není jednoznačná. Synonyma pro masturbaci jsou sebeukájení, onanie a autoerotika.

Masturbací chápeme dobrovolné dráždění vlastních pohlavních orgánů za účelem příjemných sexuálních pocitů, které mohou vést až k orgasmu. Tento proces je doprovázen sexuálními fantaziemi. Schmidbauer nabízí tvrzení, že jde o proces důkladného poznávání vlastních tělesných reakcí a v období dospívání vidí masturbaci jako žádoucí. Zajímavou se také jeví následující úvaha: jestliže sebelásku vnímáme jako předpoklad lásky k druhému člověku, pak masturbaci, respektive autoerotiku, můžeme vnímat jako předpoklad zralé sexuality. (Schmidbauer, 1994)

Z hlediska biologie rozumějme masturbaci jako chování, které není lidskému organismu nikterak škodlivé, naopak je prospěšné, neboť pomocí masturbace zvláště mladý člověk uvolňuje sexuální napětí.

Někteří autoři se však domnívají, že masturbace v sobě může nést riziko závislosti, která ovlivňuje složku psychickou, emocionální a také složku duchovní. Nejčastější příčinou pravidelné masturbace může být dlouhodobý, neřešený problém v oblasti emocionální, příliš velký stres nebo sklon k depresi. Autoerotika může podporovat, především u dospívajících, sobectví a zaměřenost na sebe samého a v nejzářším případě může vést k silné narcistické izolaci. Taková

izolace pak brání člověku navázat kvalitní heterosexuální vztah, neboť hledá v sexualitě především vlastní uspokojení. (Joyeux, 1994)

Novosad (2000) vnímá masturbaci jako obecně samozřejmou záležitost, zvláště u osob s mentálním postižením. Masturbaci dokonce nazývá prostředkem terapie, pokud je citlivá a humánní (při zaručenosti soukromí a respektu lidské důstojnosti), neboť dochází k uvolnění psychiky, která je blokována nemožností sexuálního uvolnění. Při takovém přístupu k masturbaci vidí pak Novosad větší možnost rozvoje osobnosti (osoba s mentálním postižením je bez přebytkového sexuálního napětí vstřícnější k vnějším i vnitřním podnětům).

Schnabl (1977) vyjmenovává symptomy, které se mohou objevit u lidí, kteří dlouhodobě nemají možnost heterosexuálně milostných vztahu, ačkoli si to přejí. Patří zde: nervozita, nepokoj, podráždění, poruchy spánku, snížená pracovní výkonnost. V masturbaci také Schnabl vidí vhodný terapeutický prostředek k ventilaci sexuálního napětí. Upozorňuje však, že masturbace je „vždy jen náhražkou“, nouzovým řešením. Domnívá se, že masturbace nedokáže vyvolat pocit štěstí jako je tomu při sexuálním styku dvou milujících se lidí. Pocity, které zanechává masturbace, jsou jen prázdnota a samota.

Církev nazývá masturbaci závažným narušením řádu, které je samo o sobě nedovolené, a které nelze mravně ospravedlňovat. Definuje skutečnosti, které mohou ovlivňovat mravní hodnocení sebeukájení. Patří mezi ně nezralost, psychická úchylnost nebo návyk. Ve svých úsudcích hovoří také o příčinách vnitřních konfliktu a sobeckého pohledu na sexualitu. (Papežská rada pro rodinu, 1996) Existuje jediná situace, kdy z hlediska morálního církev označuje masturbaci jako nezávadnou. Jestliže muž prožije pohlavní akt podstatně rychleji než žena a touha ženy nebyla dostatečně uspokojena, muže doplnit plnost sexuálního prožitku masturbací. (Skoblík, 1997)



### 2.3.2 Necking

Tento termín má základ v anglickém slově neck, to znamená hrdlo, prsa. Jedná se o takové sexuální chování, které zpravidla doprovází proces sbližování partnerů a můžeme o něm hovořit jako o sexuální hravosti. Myslíme tím prvé doteky, polibky. Partneři si vzájemně rukou dráždí erotogenní zóny (krk, ústa, prsní bradavky, ušní lalůčky). (Binarová, 2001)

### 2.3.3 Petting

Vychází z anglického slova pet, to znamená mazlit se. Schmidbauer definuje petting jako *„sexuální kontakty, které vedou od polibku přes dráždění prsu a pohlaví rukou nebo ústy až k orgasmu, aniž by přitom došlo k pohlavnímu styku.“* (Schmidbauer, 1994, s. 106)

Morální teologie hovoří o pettingu jako o „souhrnu nedokonaných sexuálních úkonu obou partneru navzájem s úmyslem nedosáhnout při tom úplného tělesného spojení.“ Takové sexuální chování považuje za neúplné. Morální teologové řeší stanovisko, zda je takové jednání správné či nikoli (Skoblík, 1997).

### 2.3.4 Pohlavní akt

Psychologický lexikon základních pojmu hovoří o pohlavním styku následovně: *„naplnění sexuálního vztahu zavedením údu do pochvy a vzájemným drážděním až k orgasmu jednoho nebo obou partneru. V homosexuálních vztazích, mnohdy rovněž ve vztazích mezi muži a ženami, se pohlavní styk nahrazuje nebo doplňuje jinými formami sexuálního chování, mezi které patří např. Anální styk, cunnilingus, felace.“* (Schmidbauer, 1994, s. 111) Orgasmus jako sexuální vyvrcholení je muži a ženami rozdílně prožíván. Tato rozdílnost vychází z psychologických a fyziologických daností (Binarová, 2001).

Kozáková (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že lidé s mentálním postižením často vůbec netouží mít plnohodnotný pohlavní styk.

To koresponduje s tvrzením Vágnerové (2000), že sexuální potřeba osob s mentálním postižením je spíše v rovině touhy po blízkém člověku.

Církev vnímá pohlavní akt jako darování jeden druhému v prostoru neomezenosti (to znamená, že má být pohlavní styk otevřený životu, tj. případnému početí), výlučnosti (pouze tito dva lidé), trvalosti (vztah je nerozlučitelný lidským rozhodnutím) a navíc je vyžadována sociálně postižitelná příslušná forma, kterou v naší kultuře nazýváme manželství. Církev vysvětluje, že pouze v manželství může docházet k plně humánní sexualitě a to proto, že obsahuje tyto prvky: svobodné darování sebe sama (tento prvek je porušen při znásilnění), dar druhé osobě (tento prvek je narušen při masturbaci), dar života (tento prvek není zaručen při homosexualitě). (Skoblík, 1997)

## **2.4 Pohlavní vývoj a jeho fáze**

Každý zdravý člověk roste a vyvíjí se. Také oblast sexuality má své mezníky a směřuje k pohlavní zralosti. Než však tato zralost nastane, musí projít základními fázemi pohlavního vývoje. Anchell (1996), který vychází z Freudových úvah, dělí tyto fáze následovně: první fáze od narození do pěti let, druhá fáze od šesti do dvanácti let, třetí fáze: od třinácti let do dospělosti.

První fáze pohlavního vývoje má většinou bezproblémový průběh a můžeme jej dále rozdělit na tři stupně: orální, anální a falický. Tyto stupně mají dle Freudových poznatku přímý vztah k erotogenním zónám lidského těla.

- Orální stupeň – erotogenní zónu zde představují rty novorozence (resp. kojence) a celá dutina ústní, neboť libido<sup>10</sup> je spojeno s příjmem potravy. Sullivan hovoří o tomto stupni

---

<sup>10</sup> Libido – Freudův pojem pro psychickou energii, která oživuje všechny osobností funkce, jde především o pudovou sílu sexuální. Srov. Schmidbauer, 1994

jako o prvních interpersonálních zkušenostech dítěte, tzv. teorie „prsů v ústech“. (Drapela, 1998)

- Anální stupeň – pozornost dítěte se přesouvá na erotogenní zónu v oblasti rektální, libido je prožíváno z uvolnění tenze v rektu při spontánním vyprazdňování obsahu střev.
- Falický stupeň – do popředí zájmu se dostávají pohlavní orgány. Je to u dítěte stupeň touhy vidět a ukazovat nahotu, stupeň prvního uvědomění si rozdílnosti pohlaví, zkoumání pohlavních orgánů, prvních sexuálních fantazií. Freud v tomto období ještě hovoří o konfliktu Oidipově a Elektřině. Oidipův konflikt propuká u chlapců, Elektřin u dívek. Podstatou obou konfliktů je zamilovanost dítěte do rodiče opačného pohlaví. Freud hovoří o tom, že u chlapců dochází k tzv. kastracní úzkosti, která vychází z představ, že otec chlapce vykleští, aby nemohl navázat erotický vztah s matkou. U dívek Freud poukazuje na frustraci, která vychází z touhy po penisu, který otec má, zatímco dívka nikoli. Dochází však k přerodu a falický stupeň je dovršen identifikací chlapce či dívky s rodičem stejného pohlaví. (Drapela, 1998)

Druhá fáze pohlavního vývoje je obdobím latence, to znamená, že přímá sexuální energie není aktivní a dítě soustřeďuje svou energii a pozornost především na rozvoj fyzické a duševní síly. Freud hovoří dokonce o „zastavení a ústupu v sexuálním vývoji“. (Drapela, 1998) Toto „zastavení“ je však velmi důležité a pro zdravý vývoj dítěte nutné. Je to období, ve kterém jsou děti nejvzdělavatelnější (Anchell, 1996). Nebylo by tomu tak, kdyby pozornost dítěte byla silně směřována k sexualitě.

Třetí fáze je charakterizována probuzením přímé sexuální aktivity, sexuálního citění. Freud toto období nazývá genitálním, vstupem do dospělosti, kdy se libido probouzí s novou silou (Drapela, 1998). Na rozdíl od fází předchozích, je třetí fáze prožívána odlišně u dívek a u chlapců.

Dívka na počátku třetí fáze není ještě biologicky – svou genitální strukturou – ani psychicky plně připravena na aktivní sexuální život. Na rozdíl od chlapce dívka v tomto stadiu netouží přímo po pohlavním styku. Dle výzkumu má k pohlavnímu styku přirozenou averzi. Dívky nejvíce zaměstnávají a uspokojují sexuální fantazie a sny, které jsou ve zdravém sexuálním vývoji prospěšné. V těchto fantaziích dívka zpracovává zejména touhy milovat a být milována, touhy po polibcích, něžných dotecích, něžných milostných slovech. Někdy muže uvažovat i o těhotenství a mateřství. Aktivní pohlavní život na počátku třetí fáze pohlavního vývoje znamená pro dívku většinou narušení vývoje ženské psychiky, velmi často přináší pocity zklamání, chladu a prázdnoty. Dochází k frustraci citových potřeb. (Anchell, 1996)

Chlapce na začátku tohoto období zajímá především ženská nahota, vyobrazení pohlavního ústrojí, pornografické materiály a kreslení obscénních obrázků. Binarová uvádí, že u chlapců je vzbuzený sexuální pud intenzivnější než u děvčat, a proto je obtížnější jej potlačovat. U chlapců se častěji setkáváme s potřebou ventilace sexuálního napětí, která se v chování muže projeví jako agresivita či hlučnost.

Při charakteristice třetího období máme na zřeteli také významné hormonální změny u obou pohlaví, jejichž vlivem dochází k projevům druhotných sexuálních znaků (Binarová, 2001).

Chceme-li vyjádřit jednoduše cíl třetí fáze sexuálního vývoje, nazveme cílem pro dívky roli ženy, pro chlapce roli muže. V obou případech role zralého, dospělého člověka, jehož vývoj směřuje do budoucnosti.

## **2.5 Církevní dokumenty týkající se oblasti sexuality**

Církevní dokumenty, které se věnují oblasti sexuality, představují v římskokatolické církvi podstatu církevní morální

nauky. Většina z uvedených dokumentů byla církví deklarována v osmdesátých a devadesátých letech 20. století, resp. po II. vatikánském sněmu, který se konal v letech 1962 – 1965. Většinu dokumentů tedy zaštiťuje osobnost papeže Jana Pavla II.

Je obtížné určit závaznost jednotlivých dokumentů, proto jsou pro přehlednost a základní orientaci dokumenty řazeny abecedně.

### **Familiaris consortio**

Dokument Jana Pavla II. Familiaris consortio (dále jen FC) – o úkolech křesťanské rodiny v současném světě z roku 1981 je ve vztahu k lidské sexualitě konkrétnější. Lidskou sexualitu vnímá jako velkou, Bohem darovanou hodnotu. (FC, 1981, čl. 16) Skutečně lidské a křesťanské uplatňování lidské sexuality je otevřené pro život. Člověk je z lásky Boha povolán k životu a určen k lásce. Láska je základním a přirozeným povoláním každého člověka. Láska se dle tohoto dokumentu projevuje dvěma způsoby: manželstvím a panenstvím.

Dále hovoří o pohlavním aktu, který je vlastní a vyhrazený pouze manželům. Pohlavní akt je úplné osobní sebeodevzdání druhému, zahrnuje skutečně celou osobu i v její časové dimenzi (závazek dle manželského slibu: „až do smrti“). (FC, 1981, čl. 11) Naplnění manželství jako instituce je v plození a výchově dětí. Tělesná neplodnost má mít v sobě rozměr jiné služby lidskému životu (adopce, výchova, pomoc druhým). (FC, 1981, čl. 14)

Kriticky hovoří na adresu společnosti. Kultura těžce mrzačí nebo úplně ztrácí pravý smysl lidské sexuality, neboť ji zbavuje podstatného vztahu k lidské osobě. Povinností církve je představovat sexualitu jako hodnotu a úkol celé osoby, která byla stvořena jako muž a žena dle Božího obrazu. (FC, 1981, čl. 32) Muže i ženy pak vyzývá k odpovědnému „ano“ předávání životu a k odpovědnému „ne“ antikoncepci, sterilizaci a potratům. (FC, 1981, čl. 30 a 31) Využívání sexuality v plné dynamice vede k využívání období neplodnosti v cyklu ženy. Přijetím tohoto cyklu

roste vzájemná úcta manželu, společná zodpovědnost a sebeovládání. Pokud manželé používají antikoncepci, dopouští se tím manipulace a znetvoření sexuality. (FC, 1981, čl. 38)

Výchovu mravního svědomí vnímá jako naléhavou nutnost. (FC, 1981, čl. 8) Mravní řád odpovídá nejhlubším potřebám člověka a slouží k plnému rozvoji lidství. Člověk mravní řád uskutečňuje podle stupně vlastního růstu. (FC, 1981, čl. 34)

Z hlediska nábožensko-mravního i společenského považuje tento církevní dokument za nepřijatelné „manželství na zkoušku“ (jedná o volné spojení bez perspektivy uzavření manželství). (FC, 1981, čl. 80 a 81)

### **Gaudium et spes**

Pastorální konstituce<sup>11</sup> Gaudium et spes (dále jen GS) o církvi v dnešním světě z roku 1965 vznikla během druhého vatikánského sněmu. Otázce sexuality se věnuje jen malým dílem, ale uvádíme ji proto, že téměř všechny následné dokumenty se na ni odvolávají.

Hovoří o důstojnosti člověka. Sexualita má v sobě přirozeně rozměr důstojnosti. (GS, 1965, čl. 51) Lidské tělo má být považováno za dobré a hodné úcty. (GS, 1965, čl. 14) Ve vztahu k důstojnosti člověka (především ve vztahu k osobám s mentálním postižením) se nám zdá vhodné citovat následující pasáž dokumentu: „ *Aby člověk vedl opravdu lidský život, je nutné zpřístupnit mu všechno to, co potřebuje, jako je strava, oděv, ubytování, právo na svobodnou volbu povolání a na založení rodiny, na výchovu, na práci, na dobrou pověst, na úctu, na náležitou informovanost, na jednání podle správních příkazů svého svědomí, na ochranu soukromého života a na spravedlivou svobodu i ve věcech náboženství.*“ (GS, 1965, čl. 26, s. 203) Dokument zdůrazňuje, že žádný člověk nesmí být z těchto práv vyloučen. Klade

---

<sup>11</sup> Pastorální konstituce vymezuje vztah církve k situaci, resp. k nejrůznějším situacím, v dnešním světě. Jde zejména o vztah církve a státu, vztah církve ke společenskému uspořádání, k čistotě, manželství, rodině, svobodě a jiným podstatným, konkrétním, možno také říci problematickým, prvkům lidské společnosti.

zvláštní důraz na rovnost všech lidí bez rozdílu a odmítá diskriminaci všeho druhu. (GS, 1965, čl. 27 a 29)

Otázku sexuality konstituce řeší pouze v rámci manželství. Poukazuje na důstojnost manželství, která je poškozována mimo jiné „volnou láskou“, rozvody, sobectvím, rozkoší a nedovolenou antikoncepcí. (GS, 1965, čl. 47) Podstatu manželství vidí církve v neodvolatelném osobním souhlasu. Vrcholem a korunou manželství je pak výchova dětí. (GS, 1965, čl. 48) Manželství však není institucí jen pro samotné plození dětí, je to především nerozlučitelný svazek mezi osobami, jehož základem je láska. (GS, 1965, čl. 50) Dokument odmítá antikoncepci. (GS, 1965, čl. 51)

### **Humanae vitae**

Dokument Humanae vitae (dále jen HV), týkající se oblasti sexuality je z roku 1968. Věnuje se především otázkám antikoncepce. Na tento dokument se odvolává mnoho pozdějších vyhlášení církve.

Vrozené pudy mají být pod nadvládou rozumu a vůle. Manželství nese v sobě dva prvky: spojivý a plodivý. Proto jakýkoliv manželský akt musí zůstat otevřený pro odevzdání života. Základní úloha člověka je povolání k rodičovství. (HV, 1968, čl. 8-11)

Dokument odmítá přímé přerušení těhotenství už na jeho počátku, odmítá přímou sterilizaci u mužů i u žen, a zároveň cokoli, co je cíleně použito jako antikoncepce (s cílem nezplodit nový život). (HV, 1968, čl. 14) Jako jedinou, pro křesťanské rodiny vhodnou, „antikoncepční metodu“ doporučuje využívání plodných a neplodných dní v cyklu ženy. Tento způsob vnímá jako správné a důstojné regulování porodnosti, neboť pramení z pravé hodnoty života a rodiny. Uvedený způsob také předpokládá sebeovládání, které patří ke zralým projevům dospělé sexuality.

### **Christifideles laici**

Apoštolský list Christifideles laici (dále jen ChL) – o povolání a poslání laiku v církvi a ve světě z roku 1988 hovoří ve vztahu

k lidské sexualitě především o důstojnosti člověka. Klade důraz na osobní důstojnost každého člověka. Člověka definuje následovně: člověk je „subjekt“, který má svědomí a svobodu a je povolán k tomu, aby žil odpovědně ve společnosti. (ChL, 1988, čl. 5) Základní úkol společnosti je nově objevovat nedotknutelnou důstojnost každého jednotlivého člověka. Odmítá diskriminaci, neboť diskriminace ponižuje lidskou důstojnost. Diskriminace je nespravedlnost, kterou nelze tolerovat. (ChL, 1988, čl. 37)

Ve vztahu k základním právům člověka upozorňuje na porušování (zvláště právo na život a jeho nedotknutelnost, právo na práci, právo na odpovědné rodičovství). První a základní podmínka všech práv je právo na život od početí do přirozené smrti. (ChL, 1988, čl. 38)

Lidské osobnosti je vlastní a vrozená sociální dimenze, která se projevuje v manželství a v rodině. (ChL, 1988, čl. 40) Žena má za úkol dát plnou důstojnost životu manželky a matky a upevňovat morální dimenzi kultury. (ChL, 1988, čl. 51) Dokument apeluje na soulad víry člověka a jeho životní praxe. Člověk má hledat Boží vůli ve způsobu života. Mezi formy života patří nejen manželství, ale také panenství. (ChL, 1988, čl. 52 a 59)

### **Katechismus katolické církve**

Katechismus katolické církve (dále jen KKC) je „*uspořádaný a souhrnný výklad podstatných a základních složek katolického učení.*“ (KKC, čl. 11, s. 17)

Sexualitu člověka řeší především z hlediska morálních zásad. Pohlavnost ovlivňuje celou lidskou osobu, zvláště oblast citů, schopnost milovat a plodit. Ve všeobecné rovině jde o navázání vztahu s druhými. (KKC, čl. 2332) Člověk je stvořen jako muž a žena, každý má vlastní osobní důstojnost (KKC, čl. 2334), každý má přijmout svoji pohlavní totožnost. (KKC, čl. 2393) Sebeovládání je považováno za školu lidské svobody. (KKC, čl. 2339)



KKC odmítá pohlavní rozkoš, pokud není zaměřena na plození a na životní spojení - tedy pokud je mimo manželství. (KKC, čl. 2351) „Volnou lásku“ nazývá „těžkou urážkou důstojnosti manželství.“ (KKC, čl. 2400, s. 583) Odmítá také manželství „na zkoušku“, neboť jen v manželství se láska dává bezvýhradně a definitivně. (KKC, čl. 2391)

Mezi závažné porušení mravních norem řadí: masturbaci (KKC, čl. 2352), pohlavní akt mimo manželství (KKC, čl. 2353), pornografii (KKC, čl. 2354), prostituci (KKC, čl. 2355), znásilnění (KKC, čl. 2356), homosexualitu (KKC, čl. 2357). Porušování morálních pravidel ovlivňuje správné chápání pravidel. Toto chápání však může být citově nezralé, ovlivněno získanými návyky, stavy úzkosti nebo jinými psychickými a sociálními činiteli. Pokud je tedy morální pravidlo porušeno takto ovlivněným chápáním, je mravní provinění oslabeno či zmenšeno. (KKC, čl. 2352)

V souvislosti se sexualitou hovoří ještě o studu. Stud chrání intimitu člověka. (KKC, čl. 2521) „Učit děti a dospívající studu, to znamená probouzet v nich úctu k lidské osobě.“ (KKC, čl. 2524, s. 610) Stud pak spočívá v trpělivosti, skromnosti a diskrétnosti. (KKC, čl. 2533)

### **Kodex kanonického práva**

Kodex kanonického práva (z lat. Codex iuris canonici, dále jen CIC) je dokumentem, který specifikuje církevní právo katolické církve. K otázkám sexuality se nevyjadřuje, ale řeší otázku manželství. Mezi přehled dokumentů jsme jej zařadili proto, že jsme se snažili najít odpověď na otázku, zda by církevní právo umožnilo manželský svazek osobám s mentálním postižením. Naše odpověď je bohužel negativní.

Registrované církve a náboženské společnosti v České republice jsou státem uznávanou institucí k uzavírání manželství s právními důsledky. Manželství v pojetí CIC je trvalým životním společenstvím muže a ženy (CIC, kánon 1055 §1), zaměřené

ke společnému přirozenému dobru a k plození a výchově dětí (CIC, kánon 1055 §2) a je uzavřeno odpovídající právní formou (CIC, kánon 1108–1123).

Ve vztahu k osobám s mentálním postižením jsou podstatné kánony 1095 a 1096. Zde CIC definuje, že pro manželství je rozhodující vnitřní kvalita manželského souhlasu. Tato vnitřní kvalita však může být narušena, a to:

- nedostatečným užíváním rozumu, rozumějme narušení psychickou poruchou nebo duševní nemocí (CIC, kánon 1095, odst. 1),
- závažnou poruchou soudnosti ve vztahu k vzájemným právům a povinnostem manželů (CIC, kánon 1055-1057), přičemž musí jít o poruchu vážnou (CIC, kánon 1095, odst. 2),
- neschopností převzít podstatné manželské povinnosti z psychických důvodů (CIC, kánon 1095, odst. 3),
- nevědomostí – ke vzniku manželského souhlasu chybí minimální znalost, co je to manželství. Obsahem této minimální znalosti je tato nauka církve: Manželství je trvalé společenství mezi mužem a ženou zaměřené k potomstvu, které vzniká na základě sexuální součinnosti (CIC, kánon 1096).

Podle kánonu 1071 odstavce 2 nesmí být uzavřeno manželství, které nemůže být uznáno nebo uzavřeno dle norem světského práva. (Tretera, 1997) V České republice řeší otázku možnosti či nemožnosti uzavřít manželství zákon o rodině č. 94/1963 Sb. Ve znění zák. č. 32/1982 Sb., zák. č. 234/Sb. a nálezu Ústavního soudu ČR č. 72/1995 Sb. Osoby s mentálním postižením mohou být zbaveny způsobilosti k právním úkonům, potom dle §14 odstavce 1 nemohou uzavřít manželství. Pokud je způsobilost k právním úkonům omezena, může osoba s mentálním postižením uzavřít manželství jen s povolením soudu, dle §14 odstavce 2. Pokud by osoba s mentálním postižením, která má omezenou způsobilost

k právním úkonům, uzavřela manželství bez povolení soudu, dle §14 odstavce 5, může soud vyslovit takové manželství za neplatné.

### **Mulieris dignitatem**

Apoštolský list *Mulieris dignitatem* (dále jen MD) z roku 1988 je věnován důstojnosti a povolání ženy.

Na začátku dokument připomíná základ křesťanské antropologie. Bůh stvořil člověka jako muže a ženu. (Gn 1, 27) Obě pohlaví mají svou důstojnost a jsou si rovni. Člověk může plně lidsky existovat jen ve vztahu k druhému člověku. Tak byl stvořen. Člověk je povolán, aby žil „jeden pro druhého“. Člověk je osobou. Být osobou znamená tíhnout k sebeuskutečnění, které se projevuje v „opravdovém darování sebe sama“, každý se daruje vlastním způsobem. (MD, 1988, čl. 7)

Za důstojnost ženy jsou odpovědní: každá žena sama za sebe a zároveň muž, který má pro její důstojnost vytvářet vhodné podmínky. (MD, 1988, čl. 14) Povolání ženy má dva rozměry mateřství a panenství. Mateřství je opravdovým sebedarováním, patří do manželského spojení a obsahuje v sobě ochotu počít a plodit děti. Plození je uskutečňováno společně s mužem, ale mateřství je vlastní pouze ženě, je náročnější a závažnější. Mateřství pohlcuje tělesné i duševní síly, celý organismus ženy má účast na rozvoji nového života. (MD, 1988, čl. 17 a 19)

Panenství je dobrovolným, „požehnaným“ a výhradním nasazením všech sil duše i těla pro církev. Nejde jen o zřeknutí se manželství, ale především o darování se z lásky Bohu. Zřící se tělesného mateřství je pro ženu velká oběť. Otvírá se prostor pro „duchovní mateřství“ těm, kdo jsou potřební. (MD, 1988, čl. 20 a 21)

Žena nemůže nalézt sebe sama jinak než darováním lásky druhým. (MD, 1988, čl. 30)

## **Pravda o lidské sexualitě a jejím významu**

Směrnici pro výchovu v rodině, Pravda o lidské sexualitě a jejím významu (dále jen PLS), vydala Papežská rada pro rodinu v roce 1995.

Dokument se věnuje oblasti sexuální výchovy ze všech možných úhlů. Zdůrazňuje, že sexuální výchova není jen poskytováním informací, ale především formací dítěte s ohledem na etapy výchovy a vývoje. (PLS, 1995, čl. 1) Jde o výchovu k lásce a správnému užívání sexuality. (PLS, 1995, čl. 2) Mladý člověk má právo na náležitou informaci v této oblasti. Sexualita nepatří jen do biologie, ale především jde o intimitu. (PLS, 1995, čl. 3) Ve vztahu k sexualitě hovoří také o ctnosti čistoty, která nemá být chápána ve smyslu potlačování, ale jako dar lásky. Čistota brání lásku před sobectvím a agresivitou a rozvíjí lásku k plnému uskutečnění. (PLS, 1995, čl. 4) Život v čistotě dává možnost k vytvoření harmonické osobnosti, která vyžívá a zažívá vnitřní pokoj. Čistota vede člověka k respektu k sobě i k druhým. (PLS, 1995, čl. 17)

Sexualita jako základní složka osobnosti je jedním ze způsobů bytí, projevování se a sdílení s druhými, jak člověk cítí, vyjadřuje a žije lidskou lásku. Láska je základní a vrozené povolání každé lidské bytosti. (PLS, 1995, čl. 8-10) Sexualita jako taková se plně uskutečňuje v manželství, pohlavní darování sebe sama druhému člověku patří pouze do manželství. (PLS, 1995, čl. 14) Sexualita nesmí být oddělena od lásky. (PLS, 1995, čl. 32) Nutnou podmínkou pro sebedarování je sebekontrola. Sebekontrola pak vychází z lidské svobody. (PLS, 1995, čl. 58 a 18) Sexualita, která je banalizována, je hlavním faktorem, který vede k pohrdání života: jen pravá láska dokáže chránit rodící se život. Osoba, která vnímá sexualitu pouze jako předmět vlastního uspokojení, která prožívá rozkoš bez upřímného sebedarování, postupně ztrácí schopnost milovat druhou osobu. (PLS, 1995, čl. 105)

Rodina je nejlepším prostředím k poskytování sexuální výchovy. (PLS, 1995, čl. 64) Dokument nabízí zásady, které se týkají informací, které jsou v sexuální výchově poskytovány. Dítě by mělo být vychovááno individuálně; osobním rozhovorem, který respektuje proces zrání dítěte; ideálně rodičem stejného pohlaví jako je dítě; sexuální výchova musí mít vždy mravní rozměr; má být poskytována v širším kontextu (ne jen biologie a morálka), ve smyslu přirozeného povolání k lásce, nezapomínat na duchovní rozměr sexuality; poslední zásadou je správný čas a správný způsob poskytnutí informace (z hlediska vývoje a zkušenosti dítěte a také z hlediska kulturního prostředí). (PLS, 1995, čl. 65-76) Sexuální výchova nesmí obsahovat materiál erotické povahy. (PLS, 1995, čl. 126) Dokument také odmítá při sexuální výchově užívat graficky všechny podrobnosti intimního pohlavního styku. (PLS, 1995, čl. 139) Církev odsuzuje sexuální výchovu, která je zaměřená proti plození. (PLS, 1995, čl. 136) Nesouhlasí s názorem, že mravní kodex si člověk vytváří sám. (PLS, 1995, čl. 140)

Postoj společnosti k otázce „bezpečného sexu“ vnímá jako nemravnou politiku. Jediným „bezpečným sexem“ můžeme nazývat zdrženlivost. Ta chrání nejen manželství a manželskou věrnost, ale také chrání před onemocněním AIDS. (PLS, 1995, čl. 139)

### **Rodina, manželství a „fakticky existující soužití“**

Papežská rada pro rodinu vydala v roce 2000 dokument Rodina, manželství a „fakticky existující soužití“ (dále jen RMF), který je určen zvláště kněžím. Jedná se v něm o postoji k „fakticky existujícím soužitím“ a vztah takového soužití k manželství a rodině. „Fakticky existujícímu soužití“ rozumějme jako takovému typu soužití, které má pohlavní rozměr, ale bez manželství. (RMF, 2000, čl. 2)

Dokument ve shodě s učením katolické církve zdůrazňuje, že manželství jako přirozená instituce potřebuje ochranu, neboť rodina založená na manželství odpovídá záměru Stvořitele.

Manželství je k životu rozhodně nutnou, zásadní a nezbytnou institucí v uspořádání společnosti. (RMF, 2000, čl. 3) Manželství zaručuje citovou jistotu, hlubší sjednocenost, soustavnost procesu integrace do společnosti a výchovu. (RMF, 2000, čl. 26) Ve společnosti však narůstají „fakticky existující soužití“, která mají tendenci postavit se na roveň rodiny. To církve odmítá. „Fakticky existující soužití“ jako „manželství na zkoušku“ jsou také nepřípustná. (RMF, 2000, čl. 5) Takové soužití se přičí lidské důstojnosti a skutečné lásce. (RMF, 2000, čl. 6)

Dokument také reaguje na homosexuální relace. Homosexuálním vztahům dle církevní nauky chybí objektivně možnost plodnosti ve smyslu předávání života a také jim chybí interpersonální komplementarita, která je možná jen mezi mužem a ženou. Homosexualita je vnímána v protikladu k přirozenému zákonu. (RMF, 2000, čl. 20)

### **3 Sexuální výchova osob s mentálním postižením**

Sexuální výchova je takový typ výchovy, který se nevěnuje pouze samotné oblasti sexuality, ale zároveň obsahuje rozměr mezilidských vztahů a vztahů v rodině (Kozáková, in Valenta, Müller, 2007). Lidská sexualita představuje část osobnosti, kterou lze výchovou ovlivnit (Janiš, Täubner, 1999).

Sexuální výchova je oblastí, která byla v minulosti ve výchovném procesu opomíjena. Některé prvky sexuální výchovy (biologické aspekty sexuality a pohlavně přenosné onemocnění, těhotenství a rodičovství) se v rámci předmětů přírodopis a občanská výchova nabízeli na Základních školách. V ústavní péči však výchovný proces prvky sexuální výchovy potlačoval (nejčastěji přehlížením a případné sexuální projevy byly řešeny medikamenty).

Metodiky sexuální výchovy (např. Janiš, 2005, Täubner, 1996) a také církevní dokumenty (např. Familiaris consortio, 1981, Pravda o lidské sexualitě a jejím významu, 1995) ukazují na rodinu, která by měla mít výhradní postavení na počátku výchovného procesu v oblasti sexuality, neboť je považována za nejideálnější prostředí. Později (období dospívání) by měla mít rodina rozhodující vliv na sexuální výchovu a měla by kooperovat se školou.

#### **3.1 Definice a obsah sexuální výchovy**

Na začátku kapitoly budou vedeny dvě obsáhlejší definice, které dostatečně vymezí prostor pro sexuální výchovu.

*„Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví.“* (Uzel, 1996 in Janiš, 2005, s. 13)

*„Sexuální výchova vychází z přirozené potřeby lidské sexuality po uspokojení v intencích společensky žádoucího sexuálního*

*chování, zejména k příslušníkům opačného pohlaví, při respektování a využívání celistvé a celoživotní výchovy člověka. Sexuální výchova pak představuje organickou součást celého systému výchovy.“(Täubner a Janiš, 1998 in Janiš, 2005, s. 13)*

Sexuální výchovu lze členit dle obsahu. Komplexní sexuální výchova obsahuje tyto čtyři okruhy: pohlavní výchovu, výchovu k partnerství, výchovu k manželství a výchovu k rodičovství.

Při vymezování sexuální výchovy je třeba mít na paměti, že nejde pouze o informovanost dítěte, ale také o vytvoření systému hodnot a vzorců chování.

Obsah sexuální výchovy vymezuje Täubner (1996) v následujících rovinách:

- rovina informativně poznávací – tento typ sexuální výchovy je zřejmě nejvíce používán, jde o základní informace, které pomáhají vytvořit především terminologii, která odmítá vulgarismy a pornolálie,
- rovina emotivně postoje – v této rovině sledujeme nejen informovanost, ale zároveň vytvoření postoje, tato rovina se jeví jako výchovně problematická,
- rovina dovedností, návyků a chování – dle Täubnera jde o nejvíce zanedbávanou rovinu, která by měla směřovat především do budoucnosti.

Matějček (in Valenta, Müller, 2007) řeší sexuální výchovu také ve třech rovinách. Jedná se o roviny, ve kterých sexuální výchova probíhá:

- rovina citových vztahů – tuto rovinu vnímá jako výchozí pro další roviny, považuje ji za nejdůležitější; citovost a citlivost, která se v této rovině rozvíjí, ovlivňuje do budoucna emocionální a sexuální život člověka; vyjadřuje požadavek na bohaté citové zázemí a dobré sociální vztahy,



- rovina sociální – v této rovině si vytváří člověk vztah k sexualitě na základě vlastních emocí a zároveň sociální zkušenosti s okolím; sociální učení má největší význam; vzory a modely, které člověka obklopují, jej také nejvíce ovlivňují,
- rovina rozumová – jde především o informace a poznatky (oblast hygieny, zneužívání, sexualita jako vztah).

Obsah sexuální výchovy u osob s LMR je stejný jako u intaktní populace. V rámci školství je sexuální výchova uskutečňována na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělání s přílohou upravující vzdělání žáků s lehkým mentálním postižením. Z úhlu teorie se jeví sexuální výchova osob s LMR jako komplexní.

Osoby se STMR potřebují ve svém životě podporu společnosti v sociálních i partnerských vztazích. Z hlediska obsahu sexuální výchovy se zaměřuje na praktický život, na trénink dovedností, schopnost říci „ne“, hygienu a péči o tělo, schopnost vyjádřit svůj názor, porozumět druhému a nebát se konfliktu. U osob se STMR je zřejmé zvýšené riziko sexuálního zneužití. Ve školství je obsah sexuální výchovy vymezen v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní školy speciální.

Sexuální výchova osob s TMR a HMR se dotýká nejen samotných osob, ale také okolí (personál, rodiče, vychovatelé, učitelé, aj.). Důraz je kladen na hygienu a sebeobsluhu, hledání možností rozvoje komunikace, orientaci v nejbližším okolí, posilování dobrého a odstraňování negativního chování. (Kozáková, in Valenta, Müller, 2007)

### **3.2 Cíle a principy sexuální výchovy**

*„Cílem sexuální výchovy je získání přiměřených poznatků z oblasti lidské sexuality, partnerských vztahů před manželstvím, v průběhu manželství a rodičovství, získání správných společenských a emocionálních postojů k sexualitě a v nejširším*

*slova smyslu ke všemu, co se sexualitou souvisí; osvojení si návyků a dovedností, které jsou nezbytné pro individuální život člověka a pro jeho společenské fungování v partnerských vztazích, v manželství a v rodině.“ (Täubner, 1996, s. 5)*

Janiš (2005) formuluje několik základních okruhů, které představují cíle sexuální výchovy v rámci základního školství:

- rozvoj základních návyků osobní hygieny, odpovědnost za vlastní zdraví i zdraví druhých, ochrana před pohlavně přenosnými onemocněními, informace o AIDS,
- vytvořit základnu pro žebříček životních hodnot a mravního přesvědčení v oblasti sexuality, které koresponduje s danou společenskou normou,
- přijetí norem sexuálního chování, působit na postoje a potřeby, varovat se odchylek od normy v oblasti sexuálního chování,
- pozitivní a zodpovědný postoj k sexualitě, která představuje organickou součást aktivity osobnosti,
- respektovat vědecké poznatky a položit základ ucelené představy o lidské sexualitě,
- být spoluúčastní na výchově k partnerství, manželství a zodpovědnému rodičovství.

Pedagogické principy, které jsou používány v oblasti sexuální výchovy, celý proces zefektivňují a kultivují. Základním a neodmyslitelným principem jsou přiměřenost (v rovině biologické, psychické a sociální zralosti) a také princip individuálního přístupu.

Specifické principy sexuální výchovy uvádí Täubner (1996):

1. Spolupráce rodiny a školy (rodič má informaci o obsahu a metodách sexuální výchovy, s výchovou souhlasí).
2. Sexuální výchova je neoddělitelná od všeobecné výchovy (výchova k úctě a důstojnosti je úkolem každého pedagoga).

3. Sexuální výchova je vědecká, respektuje rozvoj společnosti (aktuální stupeň vědeckého poznání, pravdivost a přiměřenost).
4. Sexuální výchova má probíhat koedukovaně (sexualita je věcí přirozenou, koedukovaná výchova vede k otevřené komunikaci).
5. Sexuální výchova má obsahovat rozměr etičnosti (etický ideál, odpovědnost, úcta).
6. Sexuální výchova pracuje s principem aktuálnosti, latentnosti a projekce (výchova nejen pro přítomnost, ale také budoucnost; informace a postoje, které vychovávaný může použít v budoucnosti).
7. Komplexnost a harmonický rozvoj celé osobnosti (vyvážit téma biologická a etická; vytvářet nejen vědomost, ale také postoj, dovednost, chování).
8. Aktivita vychovávaného a spolupráce (aktivizační metody výchovy a výuky).
9. Odbornost a pedagogická zdatnost vychovatele (nejen znalosti pedagoga, ale také dovednosti a důvěra).

Zajímavými se jeví také podklady pro sexuální výchovu, které nabízí Imieliňki (1982, in Janiš, 2005). Zdůrazňuje, že jedna z významných příležitostí, kdy lze výchovně ovlivnit sexuální zásady, se nabízí v období dospívání. Nabízí 6 zásad pro sexuální výchovu:

1. Úkolem pedagoga je neprobouzet sexuální život (vytvořit podmínky pro uspokojování potřeb společenských kontaktů, neposkytovat sexuální impulzy).
2. Zdrženlivost v sexuálním životě považuje za nezbytnou. Vnímá ji jako přijetí pravidel, norem chování. Sexuální výchova by měla učit jedince vymežit pudovou sféru (sexuální pud) od vlastních zážitků.
3. Sublimace je vhodný způsob využití tvůrčí energie (z oblasti pohlavního pudu do jiné sféry).

4. Doporučuje respektovat hierarchii vyšších citů a pohlavního pudu (pohlavní akt je doplněním citového vztahu).
5. Výchova k odpovědnosti (sexuální život, partnerství, rodičovství) je podstatným prvkem sexuální výchovy.
6. Sexuální výchova by měla probíhat v koedukovaném prostředí (dívky a chlapci společně).

Uvedené cíle a principy sexuální výchovy jsou vymezeny pro intaktní společnost, resp. dospívající. I když má sexuální výchova osob s mentálním postižením svá specifika, uvedená definice, obsah, cíle a principy sexuální výchovy jsou výchozí také pro osoby s mentálním postižením.

### ***3.3 Specifika sexuální výchovy u osob s mentálním postižením***

Osoby s mentálním postižením mají právo na sexuální projevy, sexuální výchovu a sexuální informaci. Toto tvrzení vychází z Listiny základních práv a svobod, z Deklarace práv mentálně retardovaných a z Deklarace sexuálních práv.

Každý člověk má přirozeně sexuální potřeby. Má také právo je uspokojit. Rozměr sexuálních potřeb může být různý, ale podstatné je, že člověk může tento rozměr naplnit. Na tuto skutečnost má právo i osoba s mentálním postižením.

Vychovatelé ani rodiče nemají právo pod vlivem jakékoli ideologie či náboženství upírat osobám s mentálním postižením toto právo. Je vždy lépe vychovávaného, resp. oblast sexuality, kultivovat než řešit následné problémy.

Kozáková (in Valenta, Müller, 2007) hovoří o možnosti snížení výskytu sexuálních odchylek v chování osob s mentálním postižením tehdy, je-li realizována komplexní sexuální výchova. Apeluje na spolupráci rodičů, vychovatelů a dalších odborníků. Také hovoří

o možnosti prevence traumatizujících zážitků a snížení výskytu sexuálního zneužívání.

Sexuální výchova osob s mentálním postižením klade důraz na oblasti hygieny (menstruace, poluce), antikoncepce, prevence sexuálně přenosných nemocí a na prevenci zneužívání a sexuální kriminalitu.

Sexuální výchovu osob s mentálním postižením ovlivňují tyto faktory (Kozáková, in Valenta, Müller, 2007):

- hloubka mentálního postižení a další specifika postižení,
- pohlaví,
- věk,
- individuální charakteristika (temperament, vůle...),
- prostředí a jeho specifický vliv (rodina, ústav, škola),
- přání a potřeby jedince.

Pro úspěšný proces sexuální výchovy vybízí dále Kozáková (in Valenta, Müller, 2007) k nutnosti přijmout osobu s mentálním postižením ve čtyřech rovinách: biologický věk (tělesný růst a vývoj), mentální věk (kognitivní funkce a schopnosti), sociální věk (schopnost projevit pocity a potřeby, dodržování společenských pravidel), sexuální věk (přijetí pohlavní identity a role, touha po partnerském vztahu, touha po sexuálním vztahu, touha po rodičovství).

### **3.3.1 Metody, formy a cíle sexuální výchovy osob s mentálním postižením**

Sexuální výchova je dlouhodobým a systémovým procesem. V tomto procesu je kladen velký důraz na trvalost, jde přece o postoje, dovednosti a vědomosti, které si s sebou vychovávaný nese do celého života. Nutná je také fáze identifikace, ta je možné tehdy, je-li vychovávaný do procesu výchovy zaangažován. Základní metody by proto měli obsahovat aktivizační prvky. Tyto aktivizační

prvky (jedinec se sám podílí na výchovném procesu) zajišťují především prožitkové techniky.

Täubner (1996) uvádí následující nabídku aktivizačních metod v procesu sexuální výchovy:

- Dialogické aktivizační metody – jde o verbální interakci vychovávaného a vychovatele, oba jsou vnímáni jako aktivní partneři, závěr zpravidla formuluje vychovatel; jako vhodné při práci s osobami s mentálním postižením se jeví dialog ve skupině (ptáme se postupně všech přítomných, odpovědi mohou vyjadřovat nejen verbálně, ale také na příklad pomocí barevných kartiček, např. červená znamená „NE“, žlutá znamená „ANO“) a dialog na podnět simulovaného dialogu (jde o rozhovor vychovatele s odborníkem, na který pak skupina reaguje).
- Problémové metody – jsou velmi náročné na přípravu, formují emocionální a intelektový postoj; představena problémová situace ze života nebo fiktivní příběh, nabídka alternativních logických způsobů řešení, oprava a korekce řešení.
- Inscenační metody – *„umožňují výcvik při tvorbě dovedností sexuálního chování“* (Täubner, 1996, s. 25); tato metoda obsahuje popis situace, popis rolí, popis možností řešení, pokyny pro pozorovatele, provedení inscenace, diskuze, zhodnocení).
- Psychodramatické techniky – u osob s mentálním postižením se jeví jako méně výhodné, neboť dle Täubnera vyžadují sebeprojekci, emocionální a intelektuální vyspělost, slovní zásobu a zkušenost.

Nelze opomíjet, že prvním krokem před použitím jakékoli metody je zjištění úrovně informovanosti vychovávaného. I u osob s mentálním postižením platí, že informace, které jsou poskytovány, musí být pravdivé a přiměřené. Doporučuje se využívat bohatý didaktický materiál. (Kozáková, in Valenta, Müller, 2007)

Sexuální výchova osob s mentálním postižením často pobíhá formou společných sezení. Jde o průběh sexuální výchovy v rovině všeobecně preventivní (poskytování informací, formování osobnosti a jejích návyků, postojů, emocí a chování v souladu se společenskou normou). Pro práci ve skupině považujeme za nutné zdůraznit skutečný prostor bezpečí a důvěry. Velikost skupiny je řízena stupněm mentálního postižení zúčastněných osob. (Kozáková, in Valenta, Müller, 2007) Ve skupině dochází také k dialogu, a proto připomínáme základní pravidla komunikace ve skupině: mluví vždy jeden, ostatní naslouchají, řeší se vždy jen dané téma, pedagog podporuje nápady a sebeúctu zúčastněných, nesouhlas s názorem neznamena odsouzení člověka, úcta ke všem zúčastněným ze strany pedagoga i k sobě navzájem. (Flaherty- Zonis, 1992)

Pokud probíhá sexuální výchova „face to face“, jedná se vždy o rovinu individuálně preventivní. Konkrétní osoba řeší konkrétní problém a hledá radu a pomoc v konkrétní oblasti (Kozáková, in Valenta, Müller, 2007).

Cíle sexuální výchovy u osob s mentálním postižením jsou stejné, jako v sexuální výchově obecně, ale mají také některá konkrétní specifika. Jde především o uvědomění a přijetí vlastní identity („já jsem, chci, nechci“), umění říci „ne“, schopnost požádat o pomoc, úcta k vlastnímu tělu a vymezení hranic vlastního těla, správné pochopení pojmu „soukromí“.

### **3.3.2 Mravní výchova osob s mentálním postižením**

Sexuální výchova a mravní výchova se navzájem doplňují a prolínají. Sexuální výchova je nedílnou součástí mravní výchovy. Mravní výchova obsahuje zásady, které jsou podstatné i pro sexuální výchovu.

Mravní výchova (Kysučan, 1990) usiluje zvláště o rozvoj mravního vědomí, mravních citů a zvyků a zároveň posiluje mravní jednání. Mravní výchova se vyznačuje obtížností a zodpovědností ze strany vychovatele. Mravní rozvoj osoby s mentálním postižením

ovlivňuje socializaci, především schopnost dodržovat mravní normy společnosti (s tím souvisí i základní právní vědomí jedince).

Zásady mravní výchovy:

- Cílevědomost – zvláště optimální pracovní a společenské uplatnění osoby s mentálním postižením.
- Soustavnost a důslednost – nejde jen o působení jednoho pedagoga, ale celého týmu.
- Náročnost spojená s úctou k osobnosti s mentálním postižením – úkolem pedagoga je nezdůrazňovat nedostatky vychovávaného.
- Podpora kladných rysů osobnosti – nedostatek porozumění stupňuje defektivitu.
- Přiměřenost – nezapomínat na etiologii, hloubku postižení, úroveň vědomostí.
- Kolektivnost – člověk je společenský tvor a v mravní výchově jde především o vztahy, učit se přijmout postoj druhého (i pedagog se učí přijmout postoj vychovávaného).
- Názornost – přímá morální zkušenost jedince, která je podpořena emocemi; základní formou názornosti je morální příklad.
- Aktivita – dávat příležitost k mravnímu jednání.

Metody mravní výchovy jsou v mnohém podobné jako metody sexuální výchovy. Kysučan (1990) uvádí následující:

1. metody zaměřené na intelekt – cílem těchto metod je vytvoření jasné morální představy, pojmu a názoru, který by měl dozrát do přesvědčení; pracujeme nejen verbálně, ale také příkladem,
2. metody zaměřené na vůli – můžeme je nazvat metodami tréninku, zpočátku se mohou jevit pouze jako metodou příkazu a zákazu, později však dochází k pochopení ze strany vychovávaného,



3. metody zaměřené na emoce – v podstatě využíváme pozitivní nebo negativní motivaci jedince, úkolem je dané chování posílit nebo naopak odradit.

Mravní výchova by měla vytvářet prostor pro dostatek zkušeností, orientaci v životě a pochopení mezilidských vztahů. Měla by také poskytovat správnou podporu emocionálně volní sféry.

### **3.3.3 Kompetence pracovníků a Protokol sexuality**

Školská zařízení a zařízení poskytující sociální služby, které svou činnost zaměřují na osoby s mentálním postižením, by vždy měly mít vyjasněnou politiku a strategii v oblasti sexuality, resp. sexuální výchovy.

Standardy kvality sociálních služeb (dále jen Standardy) nabízí způsoby, jak správně jednat s uživateli zařízení sociální péče. Standardy jsou pro zařízení sociální péče závazné.<sup>12</sup> Naplňování kritérií, které stanoví Standardy, je hodnoceno. Toto hodnocení vymezuje vyhláška č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Standard č. 2 se věnuje ochraně práv uživatelů: *„Zařízení ve své činnosti respektuje základní lidská práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidel občanského spoluzití.“* (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2003, s. 21) Vyhláška č. 505/2006 v příloze č. 2 se k ochraně práv uživatelů vyjadřuje následovně: *„Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod, a pro postup, pokud k porušení těchto práv dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.“* Respektování práv uživatelů přepokládá také respektování práva na sexualitu

---

<sup>12</sup> Závaznými je činí zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

a sexuální projevy u osob s mentálním postižením. V standardu č. 1 kritériu 1. 4. definují Standardy následující: *„Zařízení vytváří příležitosti k tomu, aby uživatelé služeb mohli uplatňovat vlastní vůli, jednat na základě vlastního rozhodnutí, aby mohli být sami sebou.“* (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2003, s. 9) Cílem zařízení je tedy vytvořit takové podmínky, aby uživatel mohl sám za sebe rozhodovat, jednat na základě svého rozhodnutí a to i s důsledky z takového jednání plynoucími, a to by mělo platit i v oblasti sexuality.

Uživatelům nesmí být odepřeno právo na důstojnost, možnost volby, pracovníci musí respektovat soukromí, volbu, názor a výběr uživatele, musí mít úctu k vlastnostem a možnostem uživatelů. (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2003)

Kdo pracuje s osobami s mentálním postižením, musí vzít za své, že tato práce obsahuje také rozměr sexuální výchovy. Zajímavým tvrzením Novosad (2000, s. 39) ukazuje základní kvalitu pracovníka: *„Vyrovnaný vztah k sexualitě lidí s postižením předpokládá mít vyrovnaný vztah k vlastní sexualitě.“* Pracovník je jistě ovlivněn vlastním sexuálním pudem a zkušenostmi z oblasti sexuality, kulturními vlivy a vzděláním a v neposlední řadě osobními traumatickými sexuálními zkušenostmi. Měl by však především vytvářet bezpečné a důstojné klima (pozor na dvojsmyslnou řeč), být empatický a citlivě reagovat na uživatele. V neposlední řadě by měl mít každý pracovník možnost konzultací s odborníky, kteří se sexualitě věnují (psycholog, sexuolog, gynekolog, popř. terapeut).

Musíme mít na paměti, že osoby s mentálním postižením mají skutečně právo projevovat vlastní sexualitu a že *„správné a morální je to, co odpovídá potřebám a touhám obou partnerů, co nepoškozuje ani jednoho z partnerů a nezraňuje jeho city.“* (Schnabl, 1977, s. 283)

Pracovníci by měli také jednat s uživatelem dle jeho fyzického věku a vzájemných vztahů. V oblasti sexuality je pracovník ten, kdo musí určovat hranice tělesných kontaktů, je tím, kdo učí osobu

s mentálním postižením sblížovat se s těmi, se kterými si důvěrnou interakci může dovolit. Překročení hranic je vždy rizikem a v péči o osoby s mentálním postižením takové překročení nazýváme sexuálním zneužitím. Personál musí mít na vědomí, že svým chováním, svým jednáním, popř. i svým oblečením, určuje sám situaci, ve které se nachází. Je přirozené, že osoba s mentálním postižením hledá někoho blízkého, ale mezi pracovníkem a uživatelem musí zůstat profesní bariéra.

V oblasti sexuality bychom nikdy neměli pracovat s trestem, pouze s podporou jednání. Je dobré připomenout, že čím větší pozornost dáváme určitému problémovému chování, tím více takové chování podporujeme. Tím však nechceme říci, že by se problémové chování nemělo řešit.

Také intimní hygiena patří do sexuální výchovy. Musí-li pracovník dopomáhat uživateli v oblasti osobní intimní hygieny, neměl by zapomínat na zásady takové péče: uživatel si provádí maximum hygienických úkonů sám, nikdy nepoužíváme k intimní hygieně uživatele holou ruku, nenavazuje při úkonech intimní hygieny oční kontakt a každý úkon dopředu komentujeme.

Protokol sexuality by měl být obecnou normou každého zařízení, které nabízí služby v oblasti sociální péče. Takový dokument jsou povinni respektovat<sup>13</sup> pracovníci, rodiče i klienti, resp. uživatelé zařízení a také všechny osoby, které se zařízením spolupracují (dobrovolníci, osobní asistenti apod.). Protokol sexuality vychází nejen z Listiny základních práv a svobod, z Deklarace práv mentálně retardovaných a z Deklarace sexuálních práv, ale také ze Standardů. V samotném protokolu sexuality mají být pak dokumenty, ze kterých vychází uvedeny.

Protokol sexuality jednak popisuje konkrétní sexuální projevy, jednak vymezuje kompetence a zodpovědnost pracovníků, měl by

---

<sup>13</sup> Protokol sexuality nemusí být v souladu s osobním přesvědčením pracovníka, ale pracovník jej musí respektovat.

nejen vymezovat důsledky při porušení pravidel, ale měl by také chránit samotné pracovníky.

Normy, pravidla a postoje, které zařízení zastává, by měl protokol sexuality řešit v následujících rovinách:

- Sexuální výchova a prevence – obsah konkrétních informací, vymezit vztah ke klientům, pracovníkům a dalším zúčastněným osobám, vymezit zdroje informací.
- Projevy sexuality – dovozené a nedovozené formy kontaktu a péče, formy vztahů, formy sexuálních projevů, vlastní tělo a jeho hranice.
- Antikoncepce.
- Těhotenství a rodičovství.
- Sexuální zneužití a odchylky sexuálního chování od společensky uznávané normy.
- Sexuálně přenosné nemoci a AIDS

Uvedený text je zaměřený především na oblast sociálních služeb, ale je nutné upozornit na skutečnost, že strategii sexuální výchovy, kompetence pracovníků a politika zařízení v oblasti sexuality by měla být vždy definována také ve školských zařízeních, které se věnují výchově a vzdělávání osob s mentálním postižením.

## 4 Pobytová zařízení pro osoby s mentálním postižením

Systém sociálních služeb prošel za uplynulé dva roky významnými změnami. Zapříčinila to především legislativní změna. Od 1. 1. 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách (kromě některých ustanovení, které nabyly účinnosti již během roku 2006) a také nabyla účinnosti prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Obecně lze sociální služby vymezit jako pomoc při péči o vlastní osobu (zajistit stravování, ubytování, chod domácnosti, ošetrovatelská péče), dále pomoc s výchovou, poskytování informací v oblasti sociálních služeb, zprostředkovávání kontaktů se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie a pomoc při prosazování práv a zájmů. ([www. mpsv.cz/cs/9](http://www.mpsv.cz/cs/9))

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách (2006, s. 2) uvádí, že *„hlavním posláním zákona o sociálních službách je ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou v jejich prosazování oslabeni z důvodu zdravotního postižení, věku, či nepříznivé životní situace.“* *„Zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posiluje schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.“* *„Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, v soběstačnosti potřebné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti“* (Stručný průvodce zákonem o sociálních službách, 2006, s. 3).

Sociální služby jsou v České republice poskytovány ve třech základních oblastech:

- poradenství,
- sociální péče jako služba, která zajišťuje základní životní potřeby člověka, který ke kvalitnímu způsobu života potřebuje pomoc druhé osoby,
- sociální prevence, která předchází a zabraňuje sociálnímu vyloučení člověka.

Podle místa poskytování se sociální služby dělí na terénní služby poskytované v běžném prostředí uživatele, ambulantní služby a pobytové služby.

Sociální služba je poskytována na základě smlouvy mezi uživatelem a zařízením. Tato smlouva obsahuje povinnosti uživatele, vnitřní pravidla poskytovatele, způsob podávání a vyřizování stížností na kvalitu služby, respektuje osobní cíle, potřeby a schopnosti uživatele. Zákon zajišťuje tímto smluvním vztahem uplatňování svobodné vůle uživatelů.

Sociální služby mají za úkol pomáhat lidem žít běžným způsobem života (umožnit pracovat, nakupovat, navštěvovat školská zařízení, místa víry, účastnit se volnočasových aktivit, starat se o sebe a domácnost atd.). Hlavním záměrem sociálních služeb je zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života uživatele.

Sociální služby v České republice poskytují obce a kraje, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Pouze u pěti specializovaných zařízení sociální péče je zřizovatelem ministerstvo práce a sociálních věcí.

Pobytové zařízení má společné rysy a funkci s ústavem. Ústav pak můžeme vnímat jako skupinu profesinálních zaměstnanců, kteří pečují o skupinu nějak handicapovaných lidí. Matoušek (1999) nazývá ústav zvláštním fenoménem: pracovníci jsou zaměstnání, je to hlavní objekt jejich práce, zatím co uživatelům dočasně a nebo trvale nahrazuje domov (uživatel chce být vnímán jako individuální objekt). Ústav *„je svět pro sebe, ostrov soběstačného řádu, život je*

v něm omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.“ (Matoušek, 1999, s. 19)

Mezi typické rysy ústavního zařízení patří: vnitřní řád pozitivních a negativních sankcí, hierarchie společenských pozic, formální a neformální nadřazenost, vlastní kultura, slovník, atmosféra, je uzavřený vůči okolí, vstup do něj je kontrolovaný, mezi uživateli a personálem je hranice (Matoušek, 1999).

Dle Matouška (1999, s. 23) je ústav pro některé osoby „jedinou možností umožňující důstojnou existenci.“

#### **4.1 Pohled do historie**

Přehled historie ve vztahu k ústavním, resp. pobytovým, zařízením je možné začít v antice. V tomto období jedinec s handicapem byl zabíjen nebo odkládán. Pokud někdo takové dítě našel, mohl jej přijmout za svého potomka a nebo otroka. Dospělí jedinci s handicapem byli společností v antice tolerováni. (Matoušek, 1999) Seneca se k této problematice vyjadřuje následovně: „*My usmrcujeme mrzáky a topíme ty děti, které přicházejí na svět neduživé a znetvořené. Nejednáme tak z hněvu a zlosti, ale řídíme se zásadami rozumu – oddělit tak špatné od dobrého.*“ (in Valenta, Müller, 2007, s. 17).

Pobytová zařízení pro osoby s handicapem, resp. útulky, začínají být zřizovány až s příchodem křesťanství. Církev tak naplňovala ideál křesťanské lásky k bližnímu. Přesto však období středověku zaujímá k lidem s mentálním a duševním onemocněním ambivalentní postoj. Jsou vnímání buď jako šťastní, vyvolení nebo naopak prokletí, posedlí ďáblem. Až renesance (14.-16. století) začíná odlišovat osoby s mentálním postižením od osob s duševním onemocněním. (Valenta, Müller, 2007)

Stát pobytová zařízení zakládá mnohem později (druhá polovina 16. stol.), jeho principem je vzájemná pomoc, ideál solidarity člověka k člověku. Začátek novověku přináší kvalitativně

nový způsob péče o osoby sociálně handicapované. Tato změna nastává především díky změně v zákonodárství. Ferdinand I. vyhláší roku 1552 Říšský policejní řád, který definuje tzv. domovské právo. Toto domovské právo ukládá povinnost obcím postarat se o své chudé. Obec se tak vedle církve stává novým poskytovatelem ústavní péče. (Matoušek, 1999)

V 17. a 18. století byly osoby s mentálním postižením a s duševními nemocemi vylučovány ze společnosti. Stát zřizoval velká zařízení, ve kterých byly osoby s handicapem internovány; šlo o věznění v útulcích a pevnostech, trestnicích, zavírání do beden a přikování řetězy ke stěnám. (Valenta, Müller, 2007) Určitý typ „vyloučenosti ze společnosti“ zůstává také celé 19. a 20. století. Toto vyloučení však mělo za účel ochránit klienta před nároky vnějšího světa. (Matoušek, 1999)

Významné změny do péče o osoby s mentálním postižením vnesl Francouz Filip Pinel, který na přelomu 17. a 18. století v ústavním zařízení v Bicerte a později také v Salpetriere inicioval sejmutí okovů a kazajek osobám s mentálním nebo duševním onemocněním, odebrání bičů dozorcům. „Vězení“ se mění na zařízení, které poskytuje péči osobám. Pinel apeloval na významný vliv prostředí, ve kterém člověk žije. Klientům uvedených zařízení jako terapeutickou činnost nabídl práci na zahradě a na poli. (Valenta, Müller, 2007)

Na území naší republiky můžeme sledovat významnou změnu v legislativě v roce 1863. Zákon o domovském právu upravuje péči o „úchylné“ jedince. V praxi se projevuje rozvojem zemských ústavů pro osoby postižené duševně, tělesně a smyslově.

Vůbec první ústav pro slabomyslné, tedy pro osoby s mentálním postižením, v celém Rakousko-Uhersku založil v roce 1871 Karel Slavoj Amerling v Praze. Zařízení známé jako Ernestinum mělo významné postavení. Další pobytová zařízení, která byla zakládána na našem území, jsou uvedena jen výčtem: Lomnice na Moravě (1904), Hradec Králové (1910), Střelice (1913),



Klimkovice (1918), Opava Marianum (1919 – zřizovatel řeholní společnosti sester Boží lásky). Ve 20 tých letech 20. století pak dochází k velkému rozvoji pobytových, ústavních, zařízení pro osoby s mentálním postižením. (Valenta, Müller, 2007) Začátek 20. století obecně znamenal velký rozvoj v oblasti péče o osoby s mentálním postižením. Začínají se totiž objevovat nové školy a nové přestupy v péči.

Po druhé světové válce začíná díky politické situaci v naší zemi do ústavních zařízení vstupovat „duch socialismu“. Socialistická ideologie ovlivňovala péči v následujících bodech: metodika byla řízena centrálně a byla závazná; osobnost byla považována za defektní, defekt byl považován za důležitější než sama osobnost; kolektiv byl základním terapeutickým prostředkem, manipulace nebyla ničím vyjímečným; profesionalita pracovníků byla dosahována jen školením, které mělo formální charakter, titul byl významnější než osobnostní dispozice pracovníka. (Matoušek, 1999)

Rok 1989 přinesl sice změnu ideologie, ale ne změnu institucí. Změny v péči o osoby s mentálním postižením v pobytových zařízeních v naší zemi jsou ve stádiu procesu. Tento proces nastartovala transformace sociálních služeb. Podstatné prvky této změny jsou vyjádřeny v úvodu této kapitoly.

## **4.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

V úvodu kapitoly bylo uvedeno, že sociální služby byly v uplynulých letech transformovány, resp. prochází procesem transformace. Jedním z důsledků změny jsou také změny názvů jednotlivých zařízení a v mnohých případech také změny v přístupu k uživatelům (nejčastěji možnost volby uživatele a respektování osobních práv uživatele).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou *“dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání*

*běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.“ (www. mpsv.cz/cs/9)*

Uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením využívají také služeb osobní asistence. Tuto službu může uživatel čerpat v situacích, kdy potřebuje pomoc druhé osoby. Tato služba je také poskytována na základě smlouvy, která udává rozsah služby a konkrétní náplň služby. Tato služba je hrazená. Nejčastěji je uživateli využívána ke zprostředkovávání kontaktů se společenským prostředím, resp. s běžnou populací (např. návštěva zájmových kroužků, kina, obchodních center apod.).

Uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří mají zásluhou zřizovatele možnost změny prostředí (prostředí s menší mírou podpory než je v domovech pro osoby se zdravotním postižením) a kteří jsou pro takovou změnu dobře připraveni, mohou využívat služeb chráněného bydlení. Chráněné bydlení je také dlouhodobou pobytovou službou, má formy samostatného nebo skupinového bydlení. Při zajištění stravy, chodu domácnosti, výchovných, terapeutických, vzdělávacích a aktivizačních činnostech, stejně jako při zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím a při prosazování práv a zájmů uživatelů zpravidla spolupůsobí osobní asistent uživatelů. Je-li služba poskytována v domácnosti uživatele, nazýváme ji podporovaným bydlením. Obě služby jsou poskytovány za úhradu.

### **4.3 Zařízení s křesťanskou spiritualitou**

Následující kapitola má za úkol vysvětlit nejen část názvu této práce, ale také historicky podmíněnou skutečnost poskytování sociální péče. Marně bychom dnes hledali zařízení, které má

ve svém názvu definováno, že je „zařízením s křesťanskou spiritualitou“. Zřejmě ani v minulosti bychom takový název nenašli. Zůstává tedy otázkou, proč byla taková terminologie zvolena pro název předkládané bakalářské práce.

Spiritualita je termínem, který je možné odvozovat od lat. spirit – duch, povaha, celkový řád a také souvisí se slovem spiritualismus – jde o názor, že bytí je duchovní povahy. (Linhart, 2004) Jestliže se tedy v názvu setkáváme s termínem „křesťanská spiritualita“, rozumějme pak tomuto slovnímu spojení jako ideologii, která ovlivňuje v rozměru křesťanství chování, jednání a smýšlení vychovatele i vychovávaného.

V minulosti, jak jsme také uvedly v kapitole 4.1 Pohled do historie, existovala církví zřizovaná zařízení, která poskytovala péči osobám s mentálním postižením prostřednictvím pracovníků, kteří byli řeholníky či řeholnicemi. Jak bylo uvedeno, církev významné období v historii zaujímal vyjímečné postavení v poskytování péče o osoby s handicapem. V naší zemi řeholní osoby měli velký vliv na péči o osoby s mentálním postižením také v období socialismu, tzn. od druhé světové války do roku 1989. Stejně jako socialistické společnosti nevyhovovala osobnost s handicapem, stejně tak nevyhovující byly řeholní osoby. Proto odsunula řeholníky společně s osobami s mentálním postižením do zařízení, které byly často odděleny od kontaktu s běžnou společností (velká vzdálenost zařízení od obce). Řeholníci, resp. řeholnice pak byly poskytovatelkami péče, představovaly více než 50% veškerého personálu. Dnes jsou takové zařízení, tedy zařízení, ve kterých poskytují služby osoby řeholní, vyjímečné (např. Střelice u Brna, Marianum Opava, Velehrad); také počet řeholníků, resp. řeholnic je podstatně nižší, v zařízeních pracují jen jednotlivci.

Řeholníky a řeholnicemi<sup>14</sup> myslíme zasvěcené osoby; osoby, které žijí dobrovolně v celibátu dle stanovených pravidel příslušného řádu a svým způsobem života se veřejně hlásí k nauce katolické

---

<sup>14</sup> Řeholník – odvozujeme od lat. regule, řád, pravidlo.

církve. Specifika nauky katolické církve v oblasti sexuality jsme uvedli v přehledu dokumentů v kapitole 2.5. Z vymezení nauky katolické církve v kapitole 2.5 je možné vnímat, že oblast sexuality a sexuální výchovy má na rozdíl od běžné společnosti svá specifika. Je zřejmé, že osoby s mentálním postižením, které byli vychovávány s rozměrem křesťanské spirituality, mají v oblasti sexuality poněkud odlišné postoje než osoby, které takovým způsobem vedeny nebyly. Toto tvrzení lze vysvětlit následujícím způsobem: výchova, která má rozměr křesťanské spirituality klade důraz na svědomí, zodpovědnost, porušení stanovených, především morálních, pravidel (hřích). Osoby vychovávané s rozměrem křesťanské spirituality, pokud jsou na určité mentální úrovni (řekněme především v pásmu LMR), jsou mj. vedeny k tomu, aby pravidelně vyznávali svá porušení stanovených, zvláště morálních, pravidel. Toto „vyznání“ se pak děje při tzv. svátosti smíření nebo-li zpovědi. Při svátosti smíření kněz vyslechne vyznání poklesků penitenta (z lat. kajícík), může mu dát rady a poučení, jak jednat dále v životě, a pak jako zástupce Boha uděluje odpuštění hříchů, resp. modlí se k Bohu, aby člověku byly hříchy odpuštěny. Pokud byly osoby s mentálním postižením v zařízení s křesťanskou spiritualitou vedeny výše uvedeným způsobem, můžeme se domnívat, že formace v oblasti sexuality byla vedena z několika stran (ne jen pedagogický či zdravotnický personál zařízení, který byl silně ovlivněn katolickou morálkou, ale také v duchovním rozměru vývoje osobnosti). Sexuální výchova pak tedy byla vedena nejen formou zákazů a příkazů, ale také zaštiťována autoritou Boha.

## **5 Metodologie šetření**

Disman (1993) upozorňuje na skutečnost, že při jakémkoli výzkumu, tedy také při metodách, které jsou použity v praktické části bakalářské práce, tj. anketa a rozhovor, dochází ke značnému zkreslení. Ke zkreslení přispívají především tyto faktory: redukce počtu analyzovaných proměnných, redukce analyzovaných vztahů mezi proměnnými, redukce populace na vzorek a redukce časového kontinua na jeden časový bod.

### **5.1 Cíle praktické části**

V bakalářské práci jsou stanoveny dva cíle. První cíl vychází z ankety, která byla předložena pracovníkům domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad. Anketa má za úkol podhalit postoje pracovníků k sexuální výchově a k projevům sexuality u osob s mentálním postižením. Druhý cíl dosáhneme pomocí rozhovorů s uživateli stejného zařízení. Rozhovory mají za úkol objasnit znalosti a terminologii uživatelů v oblasti sexuality, dále jejich spokojenost s možnostmi uplatňování vlastní sexuality v zařízení a také jejich plány do budoucna.

### **5.2 Metody šetření**

Metodami použitými v bakalářské práci jsou anketa a rozhovor, a to rozhovor individuální řízený a rozhovor skupinový.

#### **5.2.1 Anketa**

Ničkovič (1968, in Chráska, Horák, 1989) nazývá anketu takovým způsobem výzkumu, který zkoumá mínění lidí o různých jevech.

Sexuální výchova osob s mentálním postižením může být některými respondenty vnímána jako „choulostivé téma“, a proto je nutné mít na zřeteli nebezpečí vědomého zkreslování odpovědí.

Při sestavování ankety byl brán v úvahu zřetel na potřebu srozumitelnosti a jasnosti předkládaných položek, dále na stručnost a jednoznačnost. Anketa se vyhýbá otázce typu „proč?“, postoje pracovníků zařízení, resp. respondentů, anketa zjišťuje pomocí škálových položek a zdůvodněním těchto položek. Položky v uvedené anketě jsou zpravidla polynomické. Základní položky jsou uzavřené, ale jednotlivá zdůvodnění mají charakter otevřené položky.

Předkládaná anketa obsahuje základní část, která obsahuje osm tvrzení (položka č. 2-4 a č. 6-10) a dvě výčtové položky (položka č.1 a č. 5). Tvrzení jsou škálovými položkami. Škála je tvořena pěti možnostmi (ANO, ASI ANO, NEVÍM, ASI NE, NE). Respondent má za úkol označit možnost, která je nejbližší jeho postoji. Svůj postoj má respondent vždy možnost ještě zdůvodnit, popř. konkrétním příkladem ilustrovat svoji odpověď.

Anketa obsahuje následující tvrzení:

- **Sexuální výchova je v našem zařízení potřebná.**
- **Uživatelé našeho zařízení mají dostatek informací o sexualitě.**
- **Sexuální výchova v našem zařízení probíhá.**
- **Je správné, aby osoby s mentálním postižením naplňovaly vlastní sexualitu (např. masturbace, pohlavní akt).**
- **V našem zařízení mají uživatelé dostatek příležitostí k naplnění vlastní sexuality.**
- **Je správné, aby osoby s mentálním postižením žily partnersky (ve vztahu muž a žena nebo muž a muž nebo žena a žena s rozměrem sexuality).**
- **Uživatelé našeho zařízení mají možnost žít partnersky.**
- **Je správné, aby osoby s mentálním postižením byly rodiči.**

Výčtové položky se věnují obsahu sexuální výchovy obecně (položka č. 1, a-h) a obsahu sexuální výchovy v konkrétním zařízení (položka č. 5, a-h).

Druhá část ankety obsahuje doplňující položky, které mají blíže specifikovat osobnost respondenta a jeho náboženský postoj. Jde o položky číslo 11-15. Tyto položky nazýváme nominálními. Položky se dotazují na pohlaví, profesi, délku praxe v zařízení, náboženské vyznání a je-li respondent řeholníkem či nikoli.

Kompletní znění ankety je uvedeno v příloze č.4. Součástí přílohy je také jedna z vyplněných anket.

### **5.2.2 Rozhovor**

Základní výhodou rozhovoru jako výzkumné metody je bezprostřední osobní kontakt zkoumající a zkoumané osoby. Bezprostřední verbální komunikace, která bude použita jako druhá výzkumná metoda bude mít dva rozměry. Jednak se jedná o individuální řízený rozhovor, jednak o skupinový rozhovor.

Řízený individuální rozhovor je rozdělen do následujících okruhů: vymezení pojmu sexualita, anatomie lidského těla zaměřená na oblast pohlavních orgánů, autoerotika, pohlavní akt, menstruace a těhotenství, antikoncepce, pohlavní onemocnění, partnerské vztahy a závěr rozhovoru. V okruhu anatomie lidského těla bude využit obrázkový materiál, který je obsahem přílohy č. 5. Při rozhovoru během otázek týkajících se antikoncepce bude využit jako názorný materiál kondom a v problematice menstruace dámská hygienická vložka.

Při komunikaci s uživateli budou využity prvky systemického rozhovoru. Velký důraz bude kladen na snahu vcítit se, žádat o vysvětlení, neodbíhat od tématu, oceňovat uživatele, používat zrcadlový efekt, tvořit časté syntézy a především nehodnotit tvrzení, která poskytne uživatel.

Jednotlivé okruhy obsahují následující otázky:

### **Sexualita – vymezení pojmu**

- Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?
- Zajímá Vás toto téma?
- Co si představíte, když se řekne sexualita?
- Projevuje se nějak sexualita ve Vašem životě? Jak se projevuje?
- S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?
- Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

### **Anatomie lidského těla (zaměřeno na pohlavní orgány)**

- Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena
- Co se mění na těle ženy, když roste? Obr. Dívka – žena
- Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž
- Co je to penis?
- K čemu se používá?
- Jaký ještě znáte jiný název?
- Co je to pochva? Děloha?
- K čemu slouží?
- Jaký ještě znáte jiný název pro genitálie?

### **Autoerotika**

- Můžete se svých genitálií dotýkat?
- Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?
- Kdo se Vás ještě může dotýkat?
- Co je to masturbace?
- Co je to poluce?

### **Pohlavní akt**

- Co je to pohlavní akt/soulož?
- Kdo může mít pohlavní styk?
- Odkud máte tyto informace?

### **Menstruace a těhotenství**

- Co je to menstruace?
- Co je to těhotenství?



- Kdo může být těhotný?
- Jak se stane, že žena otěhotní?
- Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

### **Antikoncepce**

- Co je to antikoncepce?
- K čemu antikoncepce slouží/ pomáhá?

### **Pohlavní nemoci**

- Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?
- Co je to AIDS?
- Znáte také jiná onemocnění, která se přenáší při pohlavním styku?

### **Partnerské vztahy**

- Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?
- Může se něco stát, když se dva lidé líbají?
- Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?
- Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?
- Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?
- Mohl byste žít samostatně? Jaké by to bylo? Co by se změnilo?
- Máte přítele/ přítelkyni?
- Plánujete si společnou budoucnost?
- Chtěli byste žít společně? Jaké by to bylo?
- Co by se muselo změnit, abyste mohli žít společně?
- Jak si představujete Váš život za dva roky?

### **Závěr rozhovoru**

- Byl pro Vás tento rozhovor náročný?
- Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

Individuální řízený rozhovor je určen pro 6 uživatelů zařízení, jejichž mentální postižení se pohybuje v pásmu LMR a STMR. Rozhovor s jedním respondentem by neměl přesáhnout 45 minut. Snahou tazatele je vytvořit příjemnou, klidnou, důvěrnou atmosféru.

Nakolik se jedná o choulustivé téma, oblast sexuality zasahuje do nejintimnějších složek lidské osobnosti, bude respektována možnost respondenta odmítnout odpovídat na otázky. Tato možnost bude každému respondentovi hned na začátku rozhovoru nabídnuta. Umožní-li to provozní možnosti zařízení, 50% respondentů budou tvořit ženy a 50% respondentů muži.

Skupinový rozhovor bude probíhat se skupinou všech respondentů, kteří se zúčastnili individuálního řízeného rozhovoru. Skupina by tedy měla obsahovat šest respondentů. Společně budou řešit imaginární možnosti rozvoje vlastních partnerských vztahů. Skupinový rozhovor je rozdělen na pět okruhů:

- Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít kamaráda/ kamarádku,
- Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít přítele/ přítelkyni,
- Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít partnera/ partnerku,
- Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít manžela/ manželku,
- Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít dítě.

Skupinový rozhovor by neměl přesáhnout 45 minut. Dřívější kontakt s tazatelem předpokládá větší otevřenost uživatelů.

### **5.3 Charakteristika průzkumného vzorku**

Následující kapitola charakterizuje zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad, nahlíží do jeho historie a také do procesu transformace, kterým mnohá zařízení v naší zemi prochází. V rámci transformace musí mít každé zařízení definováno základní poslání, cíle a principy a cílovou skupinu. Také jsou blíže představeny jednotlivé skupiny uživatelů tohoto zařízení.

#### **5.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad**

Sociální služby příspěvková organizace, Uherské Hradiště je organizací, která poskytuje sociální službu Domov pro osoby se zdravotním postižením na Velehradě. Zřizovatelem této organizace je od roku 2003 Krajský úřad Zlínského kraje. Cílovou

skupinou v zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad jsou osoby, zejména děti a mládež, se zdravotním, resp. mentálním postižením.

Poskytování péče osobám s mentálním postižením v tomto zařízení začala v roce 1945. Budova bývalého poutního a exercičního domu Stojanov se stala ústavním zařízením. Správu nad vedením zařízení přijaly sestry svatého Cyrila a Metoděje. Do státní správy přešel ústav v roce 1960. Vznikly nové podmínky, ve kterých v zařízení společně pracovali civilní zaměstnanci a řádové sestry. Od 1. dubna 1962 byla na Velehradě zřízena Okresní správa ústavů sociální péče v okrese Uherské Hradiště. V tomto období nařízením vedoucího okresní správy musely být ze všech místností odstraněny kříže a jiné náboženské symboly a obrazy, klientům byl zakázán vstup do kaple. Zařízení bylo postupně modernizováno a před rokem 1989 dosáhlo kapacity 240 lůžek. Po roce 1989 v rámci restitucí došlo k postupnému uvolňování zařízení, neboť budovy byly vráceny církvi. Osoby s mentálním postižením byly postupně přestěhovány do jiných, vhodnějších podmínek, resp. do moderních budov, které byly postaveny v blízkosti poutního a exercičního domu Stojanov. V roce 1991 byla kapacita zařízení snížena o 70 lůžek, začátkem roku 1994 ještě o 65 lůžek. Kapacita zařízení je dnes tedy 95 uživatelů.

V rámci portfolia organizace<sup>15</sup> popisuje zařízení svoji sociální službu následovně: Sociální služby poskytuje zařízení na principech vzájemného partnerství. Respektuje a podporuje osobnost každého klienta, možnost svobodné volby, která směřuje k nezávislosti a soběstačnosti. Při plánování služby zařízení vychází z potřeb, zájmů a přání klienta. Klient má právo rozhodovat o množství a intenzitě poskytovaných služeb. Zařízení uplatňuje týmovou spolupráci, úsilí pracovníků by mělo směřovat za stejným cílem. Zařízení poskytuje služby definované v zákoně č. 108/2006 Sb.

<sup>15</sup> Portfolio organizace popisuje stav a metody poskytování sociální služby vybraného zařízení sociálních služeb, které je zapojeno do procesu podpory transformace a dává základní přehled o sociální službě.

O sociálních službách, a to domov pro osoby se zdravotním postižením (tzn. celoroční pobytová služba) a týdenní stacionář. Je také zařízením pro výkon ústavní výchovy pro děti a mládež s mentálním postižením.

Poslání definuje zařízení také v rámci portfolia organizace. Zařízení definuje co největší snahu všech pracovníků o sociální začlenění klientů a hledá možnosti, jak zapojit uživatele zařízení do sociálního a kulturního života společnosti, jak žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Své poslání vidí zařízení v umožňování základních práv svým uživatelům, a to především právo na vzdělání a učení. Služba má být zaměřena na konkrétní individuální potřebu uživatele s cílem zabezpečit plnohodnotný život, ve kterém jsou zachovány přirozené sociální vazby a životní návyky. Dále zajišťuje pomoc a podporu osobám s mentálním postižením za účelem sociálního začlenění. Motivuje všechny zaměstnance ke splnění cílů organizace. Snaží se udržet spokojenost uživatelů se sociální službou, hledá cesty, jak umožnit uživatelům existenci bez speciálních potřeb. Zajišťuje svým uživatelům aktivní, plnohodnotný a důstojný život.

Základním strategickým cílem zařízení je snižování závislosti uživatelů na poskytované službě, a na základě tohoto cíle převádět co nejvíce pravomocí a zodpovědnosti na uživatele (snaha o uplatňování práva uživatele aktivně se podílet na plánování a průběhu služby, právo vyjadřovat svá přání, potřeby a stížnosti; vytváření takového prostředí, ve kterém může uživatel rozvíjet své schopnosti a zájmy; podpora vztahů uživatel a rodina, partneři a přátelé mimo zařízení; zachovávání důstojnosti uživatele v každé situaci; naplňování všech práv uživatelů, respektování osobnosti každého uživatele; zavádění standardů do každodenní praxe; snaha o skutečné včlenění osob s mentálním postižením do majoritní společnosti).

Služby, které jsou poskytovány v Domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad, by měli respektovat následující

principy: úcta k člověku, podpora samostatnosti a nezávislosti, respektování vlastní volby uživatele, respektování soukromí uživatele, flexibilita, přizpůsobování poskytovaných služeb potřebám uživatele a vzájemná tolerance a důvěra. Tyto principy jsou závazné pro všechna zařízení, která patří do organizace Sociální služby příspěvková organizace, Uherské Hradiště.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad poskytuje prostřednictvím 46 zaměstnanců (z toho tři jsou řeholní sestry) následující služby:

- péče o mentálně a tělesně postižené děti a mládež ve věku od 3 do 26 let; pokud uživatel projeví zájem, na základě dohody zůstává v zařízení i po uplynutí stanovené věkové hranice,
- celoroční, týdenní a denní pobyt v tří a více lůžkových pokojích (většina pokojů má 4 až 5 lůžek),
- základní zdravotní a ošetrovateľská péče (praktický a dětský lékař, dle potřeby také odborný lékař),
- výchovná a vzdělávací činnost (každý uživatel má vytvořen Osobní list klienta a Individuální plán výchovy),
- využití v kulturním a společenském životě; rekreace a ozdravné pobyty (účast na sportovních aktivitách, tanečních kurzech apod.),
- celodenní stravování (4-6 krát denně),
- úklid pokojů (a to i u uživatelů s LMR, které jsou samostatné a mohly by tuto činnost vykonávat místo personálu),
- praní a oprava ošacení,
- na základě dohody zprostředkuje zařízení vzdělávací činnost, lékařskou péči, tlumočnicka do znakové nebo cizí řeči, dle potřeby také duchovní služby.

Zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad neposkytuje osobní asistenci svým uživatelům a také neposkytuje služby uživatelům s psychiatrickou diagnózou (např. psychotici, drogově závislí, alkoholici).

Domov pro osoby se zdravotním postižením byl v rámci transformace sociálních služeb vybrán do procesu atomizace zařízení, což v praxi znamená, že v blízké budoucnosti by se zařízení mělo rozčlenit na několik menších celků. Dle informací, které poskytli pracovníci zařízení, by mělo být vystavěno několik domů, které by měly mít charakter chráněného bydlení. Postupně by tedy měli být vytipováni uživatelé stávajícího zařízení, kteří budou připravováni na přechod do nového typu sociální služby, tzn. budou vedeni k větší míře samostatnosti při běžné osobní péči, resp. při péči o domácnost.

### **5.3.2 Uživatelé zařízení**

Uživatelé zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad jsou rozděleni do pěti skupin, resp. do pěti oddělení. Jak již bylo uvedeno, kapacita zařízení je 95 uživatelů.

První oddělení nese název IA- Smíšené oddělení malých dětí a je oddělením, které poskytuje péči školou povinným dětem. Oddělení je koedukované. Uživatelům je zajištěna docházka do Speciální školy, jejíž pobočka působí přímo v zařízení. Výchovná péče, která je poskytována uživatelům je především zaměřena na oblast hudby, výtvarní výchovy a tělesné výchovy. Uživatelé mají mentální postižení, které je především v pásmu TMR a HMR. Počet uživatelů na tomto oddělení je 14.

Druhé oddělení nese název II – Výchovné oddělení mobilních dívek od 15 let. Na tomto oddělení probíhaly rozhovory s uživatelkami, které jsou uvedeny v následující kapitole práce. Uživatelky mají mentální postižení v pásmu LMR a STMR. Celkový počet uživatelky na oddělení je 16. Oddělení poskytuje zájmovou a výchovnou činnost (batikování, tkaní, háčkování, vyšívání, pletení, malování, keramika, hudební výchova, muzikoterapie, aerobic). Nabízí pracovní rehabilitaci, jejíž hlavní podíl probíhá v pracovních dílnách v zájmových kroužcích (košíkářství, keramika a tkaní); také prvky pracovní rehabilitace probíhají na samotném oddělení, a to

zejména při vaření (čaj, káva, jednoduchá jídla) a při pečení. Na tomto místě však pracovníci naráží na skutečnosti, které stanovují hygienické normy zařízení. S pracovní rehabilitací se uživatelky setkávají také při pravidelných službách v prádelně celého zařízení. Uživatelky tohoto oddělení se také účastní poznávacích zájezdů, pravidelně se účastní na sportovních hrách (jsou členy klubu Speciální olympiády, družstvo Rosnička) a na tanečních kurzech v Brně.

Třetí oddělení nese název IIA – Výchovné oddělení mobilních dívek od 20 let. Uživatelky tohoto oddělení mají stejné možnosti rozvoje jako uživatelky oddělení II - Výchovné oddělení mobilních dívek od 15 let. Také jejich mentální postižení se pohybuje v pásmu LMR a STMR a celkový počet uživatelek na tomto oddělení je 17.

Čtvrtou skupinu uživatelek tvoří oddělení IIIA – Oddělení starších klientek. U těchto klientek se mentální postižení pohybuje v pásmu STMR a TMR, jejich počet je 18 uživatelek. Rozvoj uživatelek probíhá v oblasti zájmové činnosti: háčkování, vyšívání, pletení, malování, muzikoterapie a aerobic. Pracovní rehabilitace probíhá v rámci zájmových kroužků v pracovních dílnách (košíkářství, keramika, tkaní). Uživatelky se pravidelně účastní na sportovních hrách pro starší klienty.

Poslední, pátá skupina uživatelů, nese název IV – Ošetrovné oddělení chlapců s individuální výchovnou péčí. Toto oddělení je nejpočetnější, má 30 uživatelů, jejichž mentální postižení se pohybuje v pásmu TMR a HMR. Uživatelům tohoto zařízení je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, rehabilitační péče. Poskytovaná péče dodržuje zásady konceptu bazální stimulace. Oddělení klade důraz na individuální přístup ke každému uživateli. Na tomto oddělení také spolupracují při péči uživatelky z oddělení II – Výchovné oddělení mobilních dívek od 15 let a IIA – Výchovné oddělení mobilních dívek od 20 let. Tuto informaci uvádíme především z toho důvodu, že uživatelky se zde mohly osobně při péči o uživatele setkat s anatomii mužského těla.

Skladba klientely zařízení byla dle sdělení pracovníků vždy podobná. To mohlo mít také vliv na rozvoj v oblasti sexuality, resp. navazování vztahu s osobami opačného pohlaví. Dívky byly v zařízení vždy na mentálně podstatně vyšší úrovni než chlapci. Chlapci byly tedy většinou v pozici těch, o které se pečuje, kteří potřebují pomoc.



## **6 Analýza výsledků a jejich interpretace**

V analýze výsledků a jejich interpretaci se nejprve práce věnuje popisu výsledku šetření v rámci individuálních řízených rozhovorů, skupinového rozhovoru s uživatelkami zařízení a ankety, která byla předložena pracovníkům zařízení. Podkapitola 6.3 výsledek šetření hodnotí skutečnosti, které jsou výsledkem celého výzkumného procesu.

### **6.1 Anketa**

K analýze výsledků ankety je nutné přistupovat zcela specificky. Původní výzkumný záměr předpokládal, že anketa bude nabídnuta všem pracovníkům zařízení (46 zaměstnanců). Na pokyn vedení zařízení bylo do zařízení doručeno 20 dotazníků. Již na začátku zpochybňovalo vedení zařízení stoprocentní návratnost. Pracovníci měli k dispozici období tří týdnů, aby anketu vyplnili a odevzdali. Po třech týdnech je bilance pro náš výzkum alarmující. Odevzdáno bylo 7 anket, což činí 3,22% z celkového počtu zaměstnanců; z toho pouze 3 ankety byly řádně vyplněny, tzn. měly vyplněny všechny položky. Z výše uvedeného vyplývá, že hodnocení ankety nemůže být validní.

Velmi malá návratnost ankety a neúplnost odevzdaných anket má své příčiny, které jsou z určitého úhlu pohledu objektivní. Před nabídnutím naší ankety byl v zařízení uskutečněn jiný výzkum, který měl podobné obsahové zaměření. Věnoval se také oblasti sexuality. Zpětná vazba, kterou obdrželi pracovníci z předešlého výzkumu, byla pro pracovníky tak šokující, že v zařízení k tématu sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením začala vzrůstat averze. Vedení zařízení i pracovníci vnímali zpětnou vazbu předešlého výzkumu jako neoprávněnou, neboť bylo zpochybněno dodržování základních lidských práv u uživatelů zařízení v oblasti sexuality.

Náš vstup do zařízení byl tedy vnímán jako nový útok na oblast uplatňování lidských práv u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality. Předpokládáme, že tato obava je důsledkem přístupu pracovníků k vyplňování předložené ankety.

I přes velmi nízký počet odevzdaných anket jsem se pokusili o hodnocení. Není možné toto hodnocení nikterak zevšeobecňovat. Do hodnocení vzhledem k nízkému počtu respondentů byly nestandardně zapojeny také ankety, které nebyly vyplněny zcela. Ve čtyřech anketách pracovníci vyplnili pouze škálové položky, nevěnovali se otevřeným položkám, které měly objasnit jejich postoje.

Jednotlivé položky ankety a jejich hodnocení:

**Sexuální výchova osob s mentálním postižením by dle Vašeho názoru měla obsahovat:**

- A) výchovu k hygieně genitálií
- B) pohlavní výchovu (biologická stránka sexuality, anatomie a funkce pohlavních orgánů)
- C) výchovu k přátelství
- D) výchovu k partnerství (vztah s rozměrem sexuality)
- E) výchovu k manželství
- F) výchovu k rodičovství
- G) výchovu k zodpovědnosti
- H) výchovu k respektování druhé osoby

Položku věnující se obecně oblasti sexuální výchovy u osob s mentálním postižením vyplnili pracovníci následovně: 6 respondentů se domnívá, že sexuální výchova by měla obsahovat výchovu k hygieně genitálií; 5 respondentů považuje za součást sexuální výchovy osob s mentálním postižením výchovu k přátelství, k zodpovědnosti a k respektování lidské osoby; 4 respondenti považují za důležitou také výchovu k partnerství s rozměrem sexuality.

### **Sexuální výchova v našem zařízení obsahuje:**

- A) výchovu k hygieně genitálií
- B) pohlavní výchovu (biologická stránka sexuality, anatomie a funkce pohlavních orgánů)
- C) výchovu k přátelství
- D) výchovu k partnerství (vztah s rozměrem sexuality)
- E) výchovu k manželství
- F) výchovu k rodičovství
- G) výchovu k zodpovědnosti
- H) výchovu k respektování druhé osoby

Položka se věnuje obsahu sexuální výchovy v konkrétním zařízení. Respondenti uvádějí, že sexuální výchova v zařízení obsahuje výchovu k hygieně genitálií (6 respondentů), pohlavní výchovu (5 respondentů), výchovu k přátelství, k zodpovědnosti a k respektování druhé osoby (4 respondenti). Pouze jeden respondent se domnívá, že sexuální výchova v zařízení obsahuje také výchovu k partnerství s rozměrem sexuality, výchovu k manželství a k rodičovství.

### **Sexuální výchova je v našem zařízení potřebná.**

Na položku týkající se potřebnosti sexuální výchovy v námi sledovaném zařízení odpověděli 4 respondenti, že je potřebná, 2 respondenti uvedli, že je asi potřebná, pouze jeden respondent uvedl, že asi potřebná není. Ve zdůvodněných odpovědích respondenti uvádějí, že sexuální výchova v zařízení je nesystematická, nahodilá; jeden respondent uvádí, že uživatelé zařízení vše důležité z oblasti sexuality znají. Poskytovatelem sexuální výchovy v zařízení by dle respondentů měli být zdravotničtí pracovníci zařízení (6 respondentů); pedagogičtí pracovníci zařízení (4 respondenti); odborníci (3 respondenti), z nichž dva uvedli konkrétně profesi sexuologa.

## **Uživatelé našeho zařízení mají dostatek informací o sexualitě.**

Informovanost uživatelů zařízení v oblasti sexuality hodnotí respondenti následovně: asi nemají dostatek informací (2 respondenti); asi mají dostatek informací (2 respondenti); mají dostatek informací (1 respondent); 2 respondenti nedokázali situaci shodnotit. Zdroje informací vidí pracovníci v rozhovorech s pracovníky (2 respondenti); prostřednictvím sdělovacích prostředků, především televize (2 respondenti); v rozhovorech s rodinými příslušníky (1 respondent).

## **Sexuální výchova v našem zařízení probíhá.**

V hodnocení průběhu sexuální výchovy v zařízení si 4 respondenti myslí, že sexuální výchova asi v zařízení probíhá; 1 respondent je přesvědčený, že probíhá; 1 respondent tvrdí, že asi neprobíhá; 1 respondent je přesvědčen, že sexuální výchova neprobíhá. Konkrétní situace, kdy dochází k sexuální výchově v zařízení je během sledování různých pořadů v televizi, respondenti uvádí, že s uživateli vedou otevřený dialog. Jiný konkrétní příklad uvádí vedení uživatelky k respektování práv druhých a nutnosti souhlasu druhé uživatelky se sexuálními projevy vůči vlastní osobě.

## **Je správné, aby osoby s mentálním postižením naplňovaly vlastní sexualitu (např. masturbace, pohlavní akt).**

Správnost naplňování sexuality u osob s mentálním postižením (ve smyslu naplňování základních lidských práv) uvádí 4 respondenti souhlas, 2 respondenti možný souhlas, jeden respondent možný nesouhlas. Ve zdůvodněních odpovědi v této položce pracovníci uvádí: sexualita je přirozená reakce každého člověka, zdůrazňují potřebu hodnotit tuto položku individuálně, apelují také na stejná práva jako ostatní lidé. Jeden respondent vyjádřil svůj nesouhlas s pohlavním stykem bez manželství.

### **V našem zařízení mají uživatelé dostatek příležitostí k naplnění vlastní sexuality.**

Problematiku naplňování vlastní sexuality, resp. možnosti, které poskytuje zařízení svým uživatelům, nedokázali shodnotit 3 respondenti; asi nemají dostatek příležitostí k naplňování vlastní sexuality (2 respondenti); nemají dostatek příležitostí (2 respondenti). Nedostatek soukromí, nevhodné podmínky, vliv církevní morálky („to je neslušné, to se nesmí“), individualita osobnosti – zdůvodnění, která uváděli respondenti v osobním hodnocení nedostatku příležitostí k naplňování vlastní sexuality uživatelů.

### **Je správné, aby osoby s mentálním postižením žily partnersky (ve vztahu muž a žena nebo muž a muž nebo žena a žena s rozměrem sexuality).**

S možností partnerského života u osob s mentálním postižením souhlasí 2 respondenti, asi souhlasí také 2 respondenti; situaci nedokáží ohodnotit 3 respondenti. Při zdůvodněních svých odpovědí v této položce respondenti nejčastěji zdůrazňují typ a stupeň postižení uživatelů; nabízí úvahy nad zodpovědností, kterou s sebou partnerský život přináší; apelují na nutnost individuální podpory; opět zdůrazňují, že také osoby s mentálním postižením mají práva na partnerský život, stejně jako ostatní lidé.

### **Uživatelé našeho zařízení mají možnost žít partnersky.**

Uživatelé sledovaného zařízení nemají možnost žít partnersky (5 respondentů) nebo asi nemají možnost žít partnersky (2 respondenti). Vztahy mezi uživateli zařízení (muži a ženami, také z jiných zařízení) jsou tolerované a podporované, sexuální život uživatelů však nikoli.

### **Je správné, aby osoby s mentálním postižením byly rodiči.**

Rodičovství u osob s mentálním postižením odmítli 4 respondenti; asi nesouhlasí 2 respondenti; nedokáže ohodnotit

1 respondent. Důvody odmítnutí jsou individuální dle osobnosti uživatele, ale obecně lze poukázat na podmínky společnosti (právní a materiální zajištění rodiče s mentálním postižením). Tyto podmínky nejsou pro osoby s mentálním postižením dostatečně vytvořeny. Jeden respondent také hovoří o vlivu dědičnosti při plození dětí osobami s mentálním postižením. Respondenty jsou také osoby s mentálním postižením vnímány jako „neschopní“ rozhodovat a jednat sami za sebe, tím vylučují schopnost rozhodovat a jednat za vlastní dítě. Také vnímají osoby s mentálním postižením neschopné představit si reálně péči o dítě, situaci prý vnímají zkresleně a mimo realitu.

### **Doplňující položky**

Z doplňujících položek, které měly za úkol přiblížit osobnost respondenta vyplynulo: respondentkami byly pouze ženy (7 respondentů). Pracovní pozice respondentů byly zastoupeny následovně: pedagogický pracovník (3 respondenti), zdravotnický pracovník (1 respondent), ostatní pracovníci (3 respondenti). Délka praxe ve sledovaném zařízení byla respondenty zastoupena v celé své škále: 1-2 roky pracují v zařízení 2 respondenti; 2-5 let pracují v zařízení 2 respondenti; 5-10 let pracují v zařízení 2 respondenti; více než 10 let pracuje v zařízení jeden respondent. Ani jeden respondent nebyl řeholníkem, 5 respondentů se považuje za věřící, 2 respondenti nikoli. Věřící respondenti měli za úkol uvést církevní dokumenty nebo jiné prameny, které se oblasti sexuality a sexuální výchovy věnují. Pouze jedna respondentka uvedla jako prameny Bibli a Katechismus (KKC).

## **6.2 Rozhovor**

Následující část práce nabídne analýzu výsledků rozhovorů s uživatelkami zařízení. Nejprve bude nabídnuto shodnocení individuálních řízených rozhovorů, následuje záznam rozhovorů, kapitolu uzavře hodnocení skupinového rozhovoru.

## **6.2.1 Individuální rozhovory**

Individuálních rozhovorů se dle plánu zúčastnilo šest uživatelů. Vzhledem ke skladbě uživatelů v zařízení, nebylo možné, aby respondenty byli také muži (50%; pouze jeden muž v zařízení se dle sdělení pracovníků mohl zúčastnit rozhovoru, ten však svoji účast odmítl). Respondentkami se nakonec stalo šest žen. Průměrný věk mladých žen je 36 let. Pět žen má speciálně pedagogickou diagnózu LMR, jedna žena pak STMR. Ani jeden rozhovor nepřesáhl časovou hranici 45 minut. Doslovné výpovědi respondentek byly zaznamenávány na arch papíru písemně. Po počátečním ostychu se podařilo vytvořit příjemnou, přátelskou, otevřenou atmosféru u všech uživatelek zařízení. Uživatelky také prokázaly značný smysl pro humor i v tak choulostivých otázkách, se kterými se v oblasti sexuality můžeme setkat, resp. je tak můžeme vnímat. Pro rozhovory byla vyčleněna dvě dopoledne. Vedení zařízení vyslovovalo požadavek, aby během rozhovorů byl přítomen vychovatel. Vedení zařízení se domnívalo, že klientky se budou cítit bezpečněji a v případě nesrozumitelnosti vyjádření uživatelek bude vychovatel působit jako tlumočnick. Takové rozhodnutí vedení zařízení bylo respektováno. Vychovatel se z provozních důvodů mohl účastnit pouze dvou rozhovorů.

Rozhovory byly hodnoceny na základě stanovených okruhů.

### **Sexualita – vymezení pojmu**

Všechny uživatelky vyjádřily na začátku rozhovoru souhlas s rozhovorem. Dvě klientky uvedly, že toto téma pro ně není moc zajímavým, čtyři označily téma za zajímavé. Pod pojmem sexualita si uživatelky představují vztah mezi mužem a ženou, nejčastěji spojený s pohlavním aktem, resp. milováním. Tři uživatelky také uvedly, že následkem takového jednání je početí dítěte. Sexualita, tak jak uživatelky rozumí tomuto smyslu slova, se dle vyjádření uživatelek u pěti z nich neprojevuje, jedna uživatelka hovořila o vlastní sexuální zkušenosti, kterou měla v minulosti. V otázce týkající se rozhovorů

o sexualitě pět uživatelky uvedlo, že se o sexualitě nebaví s nikým, jen sledují televizi. Pouze jedna uživatelka uvedla, že právě při sledování televize dochází k diskuzi mezi uživateli na toto téma. Rozhovor s pracovníky zařízení potvrdily dvě uživatelky; čtyři uvedly, že se s pracovníky na toto téma nebaví.

### **Anatomie lidského těla**

Při realizaci této části rozhovorů byl využit obrázkový materiál muže a ženy, který je obsahem přílohy č. 5.

Rozdíl mezi mužem a ženou definovaly klientky následovně: muž má chlupy (6 uživatelky), fousy (5 uživatelky), penis (5 uživatelky). Během vývoje muži rostou chlupy (6 uživatelky), zvětšuje se penis (5 uživatelky), rostou fousy (3 uživatelky), rostou svaly (1 uživatelka). Žena má prsa (6 uživatelky) a genitálie (3 uživatelky). Během vývoje u ženy rostou prsa (5 uživatelky), chlupy (5 uživatelky), dostatek menstruaci (5 uživatelky), v období dospívání má akné (2 uživatelky).

Mužské pohlavní orgány nazývají uživatelky následovně: „to“, „přirození“, „kule“, „pták“, „šulin“, „camprlík“, „špaček“, „cvrček“, „párek“, „šombolín“, „tantrlík“, „pindourek“. Termín penis nikdy neslyšely čtyři klientky; jedna věděla, že jde o pohlavní orgán muže a jedna uživatelka termín znala a správně určila také polohu (na obr.). Penis používá muž na močení (5 uživatelky) a k sexuální aktivitě (4 klientky).

Ženské pohlavní orgány nazývají uživatelky následovně: „kačenka“, „pipina“, „piča“, „prales“, „lochneska“, „předek“. Termín pochva neslyšela nikdy ani jedna uživatelka, termín děloha neslyšely dvě uživatelky; čtyři věděly, že děloha má vztah k těhotenství. Pro prsa používají uživatelky také následující označení: „bradavky“, „kozy“, „prsíčka“, „velké“, „prsaňa“, „cecky“, „dudy“.

### **Autoerotika**

V problematice autoerotiky byly otázky kladené především ve vztahu k dotykům na vlastním těle, a to v oblasti genitálií.



Dotýkat se vlastních genitálií může člověk pouze při umývání vlastního těla (uvedlo 5 uživatelky), dvě uživatelky zdůraznily, že při takových dotycích musí být použita hubka nebo žinka. Dvě uživatelky uvedly, že by se následkem dotyků mohlo něco stát („nemohla by sem dostat menses, může do tohto dostat rakovinu“). Dotýkat se svého těla mohu jen sama (uvedly 4 uživatelky), může to i lékař (uvedly 3 uživatelky), nesmí to nikdo (1 uživatelka). Termíny masturbace a poluce byly pro klientky neznámé. Jedna klientka odmítla vést na téma autoerotiky, resp. dotýkání se vlastního těla, rozhovor. Vyjádřila požadavek toto téma opustit, její rozhodnutí bylo respektováno.

### **Pohlavní akt**

Uživatelky neznaly název pohlavní akt, pohlavní styk. Zpravidla používaly termín „dělají to“, „spojí se“, „milují se“, „strčí to tam“, „sex“, „mrdají spolu“. Že pohlavní akt je spojení mezi mužem a ženou uvedlo pět uživatelky. Pohlavní akt je záležitostí muže a ženy (uvedlo 6 uživatelky), jedna uživatelka připustila pohlavní akt také mezi dvěma muži a mezi dvěma ženami. Mezi uživatelkami také zazněl požadavek na dobrovolnost („když to žena bude chtít“) a na nutnost vztahu („když se mají rádi“). Zdroje informací o pohlavním aktu mají uživatelky především v televizi (6 uživatelky), od kamarádek (1 uživatelka) a od rodinného příslušníka (1 uživatelka).

### **Menstruace a těhotenství**

Uživatelky znaly dobře termín menstruace, menses; popisovaly menstruaci následujícím způsobem: teče krev (6 uživatelky); používám vložky (6 uživatelky); při menstruaci mám bolesti v zádech nebo břicha (3 uživatelky); menstruace je nutná k tomu, aby žena mohla mít dítě (1 uživatelka).

Těhotenství uživatelky definovaly následovně: v bříšku roste miminko (5 uživatelky); těhotenství má souvislost s porodem (3 uživatelky); když je žena těhotná, nedostane menses

(1 uživatelka). Těhotenství je výsadou žen (6 uživatelék), souvisí se sexuální aktivitou (5 uživatelék). Žena nemůže být těhotná z pouhého líbání (6 uživatelék).

### **Antikoncepce**

Problematika antikoncepce je pro klientky v podstatě neznámá. Vedení zařízení odmítá hormonální antikoncepci, s tím, že zodpovědně apeluje na zdravotní rizika spojená s užíváním perorální hormonální antikoncepce. Uživatelky se tedy k otázkám antikoncepce vyjádřily následovně: nevím (5 uživatelék), zabraňuje těhotenství (2 uživatelky), asi léky (1 uživatelka). Kondom, který byl praktickou ukázkou byl pro všechny uživatelky něčím novým, co neviděly. Jedna klientka definovala, že kondom se užívá na to, „aby nedostala žena rakovinu nebo AIDS“. Po společné diskuzi dokázaly tři uživatelky určit, že kondom se používá na mužský pohlavní úd.

### **Pohlavní onemocnění**

Pohlavní onemocnění bylo téma, které uživatelky zpočátku vnímaly jako neznámé. Pomocnými otázkami bylo dosaženo následujících odpovědí: nevím (2 uživatelky), je to nemoc (4 uživatelky), je to v krvi (3 uživatelky). Pojem AIDS slyšely dvě uživatelky; jedna uživatelka uvedla, že AIDS má vztah k nevěře partnerů. Zdrojem nákazy uživatelky uvedly pohlavní akt (2 uživatelky) a krev (1 uživatelka). Jiné pohlavní nemoci uživatelky neznají (6 uživatelék).

### **Partnerské vztahy**

Líbají-li se dva lidé na veřejnosti, je možné rozumět takovému jednání dle hodnocení uživatelék následovně: mají se rádi (5 uživatelék). Jedna uživatelka tvrdě odmítla líbání partnerů na veřejnosti. Důsledek líbání: nic (2 uživatelky), nemoc (2 uživatelky), neshoda (1 uživatelka), pohlavní akt (1 uživatelka).

V rozlišování „líbí se mi“ a „mám rád“ nevidí 4 uživatelky rozdíl. Mezi projevy náklonnosti uživatelky řadí: jsem na druhého hodná (2 uživatelky), schůzky (2 uživatelky), jsem na druhého milá (2 uživatelky), mazlení s druhou osobou (2 uživatelky), úsměv (1 uživatelka), úprava zevnějšku (1 uživatelka), kamarádství (1 uživatelka), poslušnost (1 uživatelka), polibek (1 uživatelka). Dvě uživatelky uvedly, že svoji náklonnost k druhému člověku (opačného pohlaví) by neprojevily.

Homosexualitu uživatelky vnímají jako nenormální (4 uživatelky); jedna uživatelka připustila normalitu homosexuality u mužů u žen ji odmítla; u jedné uživatelky se projevil postoj tolerance („*když se mají rádi...*“).

Samostatný život (mimo ústavní zařízení) odmítly tři uživatelky, tři uživatelky by jej zase naopak přivítaly. Samostatný život dle uživatelek obnáší: péči o domácnost (3 uživatelky), vaření (3 uživatelky), financování domácnosti, resp. energií (2 uživatelky). Uživatelky, které odmítly samostatný život mimo ústavní zařízení jako hlavní důvod udávaly chybění kamarádek. Dvě uživatelky si dokáží představit život v domácnosti s mužem, jedna uživatelka by si při příležitosti samostatného života, resp. bydlení, hledala práci.

Během individuálních rozhovorů čtyři uživatelky odmítly mít v budoucnu přítele, jedna uživatelka vyjádřila požadavek mít manžela, tři uživatelky vyjádřily požadavek mít kamaráda. Dále tři uživatelky projevily obavu, strach z volby špatného partnera.

### **Závěr rozhovoru**

V závěrečném hodnocení rozhovoru tři uživatelky uvedly, že pro ně byl rozhovor náročný; tři uživatelky naopak uvedly, že jej jako náročný nevnímaly. Všechny uživatelky uvedly, že rozhovor, kterého se právě zúčastnily, nebude mít žádný vliv na jejich budoucnost.

V následující části kapitoly jsou uvedeny záznamy rozhovorů. Zaznamenávány byly odpovědi na otázky, které byly stanoveny v osnově. Nebyly zaznamenávány pomocné otázky („jak jinak bychom to mohli říct?“, „co ještě?“, „ještě něco jiného?“; apod.), nebyl také zaznamenáván zrcadlový efekt (opakování celé odpovědi, tím také uživatelka dostávala zpětnou vazbu, že jí rozumíme; zrcadlení emocí uživatelky), oceňování ani syntézy. Všechny odpovědi uživatelky jsou v textu označeny *kurzívou*. Z důvodu ochrany osobnosti uživatele práce blíže nepředstavuje uživatelky, není ani uvedeno jejich křestní jméno.

**A.A, 37 let, v zařízení na Velehradě je od 16 let, před tím také v ústavním zařízení, LMR**

Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?

*Ano, můžeme.*

Zajímá Vás toto téma?

*Moc ne.*

Co si představíte, když se řekne sexualita?

*Holku a kluka, že se mají rádi, budou se spolu brát, mít děcko.*

Projevuje se nějak sexualita ve Vašem životě? Jak se projevuje?

*Ne.*

S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?

*Nemluvím s nikým. Jen se dívám v televizi, ale ne, nebavím se.*

Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

*Ne.*

Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena

*Muž má fúsa, dospívá, rostou mu chlupy, fúsa.*

*Žena dospívá, má prsa, ženské problémy, no menses.*

Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž

*Rostou mu svaly, roste, rostou mu chlupy.*

Co je to penis?

*Obrázku ukazuje na mužské genitálie, je to asi to vzadu.*

K čemu se používá?

*Má to na to, aby měli spolu měli děcko, na čurání.*

Jaký ještě znáte jiný název?

*„To“, přirození, šulin, pták, kule.*

Co je to pochva?

*Nevim.*

Děloha? K čemu slouží?

*Aby otěhotněla.*

Jaký ještě znáte jiný název pro genitálie?

*Kačenka, pipina, piča, prales.*

Můžete se svých genitálií dotýkat?

*Když se koupu.*

Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?

*Nemusí.*

Kdo se Vás ještě může dotýkat?

*Muži nebo doktoři, a taky sama.*

Co je to masturbace?

*Nevím. A co to teda je?*

Co je to poluce?

*Nevím, nemůžu všechno vědět, ne?*

Co je to menstruace? (vložka)

*Aby člověk mohl mít mimino, teče krev, mezi nohy, balíme se do vložky nebo tampóny.*

Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?

*Mají se rádi.*

Může se něco stát, když se dva lidé líbají?

*Nic.*

Co je to pohlavní akt/soulož?

*Sex. Když se dva mají rádi, dají si hubičku, jsou nazí, musí se spojit, vsune do pochvy, uvolní se vajíčko.*

Kdo může mít pohlavní styk?

*Chlap se ženou.*

Odkud máte tyto informace?

*To vidím, ne? Z televize nebo se optám kamarádky.*

Co je to těhotenství?

*Nedostane menses. Otěhotní. Roste v bříšku miminko. 9 měsíců, dojde na svět, z pipiny, když to nejde, udělají řez, na břicho.*

Kdo může být těhotný?

*Žena. Jednou bylo v televizi, že aj chlap, ale to byl film, taková blbost.*

Jak se stane, že žena otěhotní?

*Vyspí se s chlapem.*

Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

*Ne.*

Co je to antikoncepce?

*Nevím.*

Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?

*Je nemocný, v krvi, má v sobě AIDS, jsou si nevěrní. (Jak onemocní?)*

*Krví, při sexu, je to nebezpečné, že to může dostat.*

Co je to AIDS? Znáte také jiná onemocnění, která se přenáší při pohlavním styku?

*Ne.*

Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?

Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?

*Začneme se s ním kamarádit, scházíme se s ním.*

Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?

*Jsou teplí, gay. Dvě ženy taky to není normální. Jsou to lesbičky.*

Mohl byste žít samostatně?

*Asi ne, už su zvyklá mezi lidima.*

Jaké by to bylo?

*Nevím.*

Co by se změnilo?

*Mohli by sme se hádat, kdyby sme bydleli dvě. Mohli by sme se hádat, museli by sme se domluvit, platit elektriku, uklízet, starat se o domácnost, čisto, navařeno, umyto. Nevím.*

Máte přítele/ přítelkyni?

*Ne, není to důležité mít manžela, bojím se, že by byl špatný. Je to důležité mít kamaráda, ale manžela ne.*

Jak si představujete Váš život za dva roky, budoucnost?

*Aby se lidi měli víc rádi, aby nemysleli sami na sebe, aby si pomáhali.*

Byl pro Vás tento rozhovor náročný?

*Ne, jo, bylo to příjemné.*

Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

*Ne.*

**B.B, 36 let, od 15 let je na Velehradě, před tím ústavní péče ve Zlíně, LMR**

Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?

*Jo.*

Zajímá Vás toto téma?

*Jo.*

Co si představíte, když se řekne sexualita?

*Že se kluk s holkou milují.*

Projevuje se nějak sexualita ve Vašem životě?

*Zkoušela jsem to. Tady i ve Zlíně, měla jsem strach, že bude průšvih. Tak jsem to dala, jedenkrát, načapali nás. Měla jsem sundané gatě, aj on, on mi to tam dával, moc se mu to nepodařilo, ani ve Zlíně se to nepodařilo.*

S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?

*Ne, akorát se dívám na televizi.*

Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

*Ano.*

Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena

*To je kluk. Má fúsa, řemen, toho cvrčka, chlupy.*

*To je holka. Má prsa, kačenku, má chlupy pod pažama a dŮle.*

Co se mění na těle ženy, když roste? Obr. Dívka – žena

*Malá holka nemá chlupatou kačenku, (dospívání) rostou jí prsa, dostane tetku.*

Znáte jiný název pro prsa?

*Prsa, kozy, cecky, dudy.*

Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž

*Má malého cvrčka, není chlupatý, dospělý má velkého a má fúsa.*

Co je to penis? Znáte jiný název?

*Camprlík, špaček.*

K čemu se používá?

*Na to, aby žena otěhotněla, na milování.*

Co je to pochva?

*Nevím.*

Děloha?

*Slyšela jsem to.*

K čemu slouží?

*Když jí to tam strčí, otěhotní, pustí tam to... vajíčko (s dopomocí se pak opravuje) spermii.*

Jaký ještě znáte jiný název pro genitálie?

*Piča, lochneska, kačenka.*

Můžete se svých genitálií dotýkat?

*Ano, když se koupu.*

Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?

*Ne.*

Kdo se Vás ještě může dotýkat?

*Ne, lékař na ženským, já.*

Co je to masturbace?

*Nevím.*

Co je to poluce?

*Nevím.*

Co je to menstruace? (vložka)

*Když mě to červená, když dostane tetku, krev teče, vložky, tampony.*

Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?

*Jsou to buzeranti, když to spolu dělají na veřejnosti.*

Může se něco stát, když se dva lidé líbají?

*Můžou dostat nemoc. (Jakou?) AIDS, postižené dítě.*



Co je to pohlavní akt/soulož?

*To neznám. Dělají „to“.*

Kdo může mít pohlavní styk?

*Holka a kluk, když to holka bude chtít.*

Odkud máte tyto informace?

*Z televize, tady.*

Co je to těhotenství?

*Když otěhotní, dostane vajíčko, miminko, na ženským porodí, vylouskne se miminko.*

Kdo může být těhotný?

*Žena.*

Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

*Ne.*

Co je to antikoncepce?

*To nevím.*

K čemu antikoncepce slouží/ pomáhá? Kondom jako praktická ukázka: Na co to je?

*Když se nebude chtít otěhotnět.*

Kam se to dává?

*Do kačenky, ne kluk na cvrčka, aby žena neotěhotněla.*

Jak se to jmenuje?

*Nevím.*

Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?

*Když je nemocný, uvnitř.*

Co je to AIDS? Znáte také jiná onemocnění, která se přenáší při pohlavním styku?

*Ne.*

Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?

*Že ho mám ráda, hodná, milá, usmívám se.*

Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?

*Pomazlit se, když ho budu poslouchat.*

Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?

*Je to nesprávné, to musí kluk s holkou. Ne dva kluci, holky by taky neměli. Jsou to homosexuálové.*

Mohl byste žít samostatně?

*Ano.*

Jaké by to bylo?

*Takové jinačí. Sama, postarala bych se o sebe, uvařila bych si jídlo, uklízela bych si, bylo by to lepší. Časem by sem si někoho našla. Mohl by tam být kamarád, že se s ním poradím, co a jak.*

Co by se změnilo?

*Že by sem tu nemusela být s holkama, našla bych si práci.*

Máte přítele/ přítelkyni?

*Chodila jsem s klukem. V tanečních, Zubří (sportovní hry), povídali jsme si, pusy jsme si dali, drželi se za ruce, tančili sme.*

Jak si představujete Váš život za dva roky, budoucnost?

*Kdyby nám postavili domeček, tak by sem tam chtěla být. Aby sme tam vařily. Ale jenom ženy. Kluky ne, kdyby byli špatní, vyhnala bych je.*

Byl pro Vás tento rozhovor náročný?

*Trošku jo.*

Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

*Ne.*

**C.C, 36 let, od 15 let je v zařízení na Velehradě, před tím také ústavní péče, LMR**

Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?

*Ano.*

Zajímá Vás toto téma?

*Ano.*

Co si představíte, když se řekne sexualita?

*Když se žena s chlapem líbou v posteli, jo a miminko je po svatbě.*

Projevuje se sexualita ve Vašem životě?

*Ne.*

S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?

*S holkama, hlavně u televize.*

Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

*Ano.*

Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena

*Chlap má cvrčka, chlupy, nemá menstruaci.*

*Ženská má prsa, kačenku.*

Co se mění na těle ženy, když roste? Obr. Dívka – žena

*Malá holka nemá kačenku.(dospívání) Má pubertky, měsíčky, to je menstruace, rostou jí chlupy na nohách a tady (ukazuje podpaží a genitálie) a prsa.*

Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž

*Tady má malého, tady většího a tady už je velký. Rostou mu fúsa a chlupy.*

Co je to penis?

*To sem viděla v televizi. To je pindourek.*

Znáte jiný název?

*Cvrček.*

K čemu se používá?

*Aby mohl ve stoje čůrat, my v sedě, na sex, když chtějí mít miminko.*

Co je to pochva? Děloha? K čemu slouží?

*Má dělohu, tam má vajíčko než bude mít miminko, z vajíčka bude miminko, oplodněné vajíčko.*

Znáte jiný název pro genitálie?

*Kačenka, pipinka.*

Jiný název pro prsa?

*Kozy.*

Můžete se svými genitáliemi dotýkat?

Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?

Kdo se Vás ještě může dotýkat?

Co je to masturbace?

Co je to poluce?

(Klientka odmítla na tuto sadu otázek odpovídat, vyjádřila požadavek téma opustit.)

Co je to menstruace? (vložka)

*Koupím si vložky, dám si mezi nohy, abych nebyla protečená, krev, ze spodku teče.*

Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?

*Mají se rádi.*

Může se něco stát, když se dva lidé líbají?

*Můžou se pohádat.*

Co je to pohlavní akt/soulož?

*Chlap a žena, jsou vyslečeni do naha, líbají se, drží se, hladí se, vzdychají, musí dát ženě do vnitřku piňďoura.*

Kdo může mít pohlavní styk?

*Chlap a žena, když se mají rádi.*

Odkud máte tyto informace?

*Znám to z televize, dívám se s holkama.*

Co je to těhotenství?

*Když má maminka miminko v bříšku.*

Kdo může být těhotný?

*Žena.*

Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

*Ne.*

Co je to antikoncepce?

*Konkrétně nevím.*

K čemu antikoncepce slouží/ pomáhá?

*Aby nedostala žena rakovinu nebo AIDS, musí to mít muž někdy i žena.*

Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?

*Je nemocný, může to dostat krví. Může to chytit i miminko, když mají miminko, nesmí brát drogy.*

Co je to AIDS? Znáte také jiná onemocnění, která se přenáší při pohlavním styku?

*Ne.*

Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?

*Neukážu mu to.*

Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?

*Přitisknu se k němu.*

Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?

*Jsou to homosexuáli. Dva muži ne, mají piňďoury, dvě ženy taky ne, protože jim chybí muž.*

Mohl byste žít samostatně?

*Ne.*

Jaké by to bylo? Co by se změnilo?

*Neměla bych kamarádky a zaměstnance.*

Máte přítele/ přítelkyni?

*Ne a nechci mít.*

Jaký by měl být ideální partner?

*Nepije, nekouří, nesmí chodit dom ožralý.*

Jak si představujete Váš život za dva roky?

*Stejně.*

Byl pro Vás tento rozhovor náročný?

*Ne. Bylo to příjemné.*

Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

*Ne.*

**D.D, 29 let, od narození v ústavní péči, na Velehradě od 5 let, LMR**

Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?

*No, je.*

Zajímá Vás toto téma?

*Ne.*

Co si představíte, když se řekne sexualita?

*Já se nedívám na takové filmy, na romantické filmy, ženskou a chlapem, vysvělečou se, sou nazí, že se milují.*

Projevuje se nějak sexualita ve Vašem životě? Jak se projevuje?

*Ne.*

S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?

*Ne, bavíme se o něčem jiném, pěkném, sex není pěkný, mně se to nelíbí.*

Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

*Ne.*

Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena

*Chlap má „to“, krátké vlasy, je oblečený v mužském, nosí slipy, má chlupy a fousy.*

*Ženská má prsa, delší vlasy, je oblečená v ženském, nosí spodní prádlo, kalhotky a podprsenku.*

Co se mění na těle ženy, když roste? Obr. Dívka – žena

*Začínají růst prsa, kačenka má chlupy, když roste.*

Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž

*Chlapeček, chlapec, puberták, tatínek. Chlapeček má malý, tatínek má veliký, má chlupy, je chlupatý na nohách a pod paží.*

Co je to penis?

*To sem neslyšela.*

K čemu se používá?

*Na čurání, na nic jiného.*

Jaký ještě znáte jiný název?

*Špaček, cvrček, oni tomu říkají párek, šombolín.*

Co je to pochva?

*Nevim.*

Děloha?

*Neslyšela jsem to.*

Jaký ještě znáte jiný název pro genitálie?

*Kačenka, předek.*

Jak jinak se řeknou prsa?

*Prsa, má velké, prsaňa, prsíčka.*

Můžete se svých genitálií dotýkat?

*Ne, enom hubkou při umývání.*

Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?

*No, že by sem nemohla dostat tu menses.*

Kdo se Vás ještě může dotýkat?

*Já sama, jinak nikdo.*

Co je to masturbace?

*Nevím.*

Co je to poluce?

*Nevím.*

Co je to menstruace? (vločka)

*Menses, že dostane ženská menses, bolí mě záda, nemám chuť na jídlo, musíte si dát vložku, byly bysme špinavé, teče červená krev.*

Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?

*Že je to moc pěkné, že se mají moc rádi, že spolu chodí.*

Může se něco stát, když se dva lidé líbají?

*Nemůže se nic stát.*

Co je to pohlavní akt/soulož?

*Leží spolu, jsou spolu, žena může otěhotnět, má bolesti břicha, a tak může otěhotnět, (děje se něco s penisem?), nevím.*

Kdo může mít pohlavní styk?

*Chlap a žena.*

Odkud máte tyto informace?

*Viděla jsem to v televizi.*

Co je to těhotenství?

*Ženská má malé miminko, jede do porodnice, tam se narodí miminko, tvá to 9 měsíců, když má bolení, tak ju odvezú k porodu. Bříško mamince roste.*

Kdo může být těhotný?

*Maminka.*

Jak se stane, že žena otěhotní?

*Nevím to, když s ním něco dělá, leží, líbá se, nechce ji pustit z těla, jsou přitisknutí, do kačenky dává šombolína, aby otěhotněla.*

Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

*Nemůže.*

Co je to antikoncepce?

*Nevím.*

K čemu antikoncepce slouží/ pomáhá? Kondom: *Neviděla.*

Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?

*Nevím.*

Co je to AIDS?

*Nevím, to je cizí.*

Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?

Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?

*Je to stejné. Navoňám se, namaluju se, pěkně se ostříhám, dám si melír, chovám se hezky, milá, máme se rádi, aby sme byli spolu, pomáháme si.*

Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?

*Není to v pořádku, že se to nehodí.*

Mohl byste žít samostatně?

*Sama ne, s někým, já mám kluka.*

Jaké by to bylo?

*Bylo by to krásné, měli by sme tam pořádek, udržovali by sme si to tam, došla by k nám návštěva, my by sme jich pohostili a navařili a byli by sme s nimi a vykládali by.*

Co by se změnilo?

*Žili by sme spolu.*

Máte přítele/ přítelkyni?

*Přítele ne, mám kluka. Máme se rádi, vidíváme se na diskotéce, chováme se k sobě hezky, mile, držíme se za ruce, dali sme si aj pusu, když jsme odjeli z diska, voláme si jedenkrát za 14 dní, hladíme se po zádech, děláme si masáž přes oblečení.*

Plánujete si společnou budoucnost?

*Ted' jsme si o tom neříkali.*

Chtěli byste žít společně?

*Ano, společně.*

Jaké by to bylo?

Co by se muselo změnit, abyste mohli žít společně?

*Nevím.*



Jak si představujete Váš život za dva roky, budoucnost?

*Že bysme spolu (s klukem) bydleli v domečku.*

Chtěla byste, aby Váš kluk byl jednou Váš manžel?

*No.*

A chtěli byste mít spolu miminko?

*No.*

Jaké byste mu dali jméno?

*Sebastianek.*

Byl pro Vás tento rozhovor náročný?

*Dobré, styděla sem se, já su hrozná stydlina.*

Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

*Ne.*

**E.E, 37 let, v zařízení na Velehradě žije 20 let, před tím internátní škola, dojížděla do rodiny, LMR**

Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?

*Jo.*

Zajímá Vás toto téma?

*Jo.*

Co si představíte, když se řekne sexualita?

*Jak to holka dělá s klukem, jak se líbou.*

Projevuje se nějak sexualita ve Vašem životě? Jak se projevuje?

*Nevím.*

S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?

*S nikým se o takových věcech nebavím.*

Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

*Ne.*

Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena

*Muž má fousy, tantrlika a chlupy. Žena má pipinu a prsa.*

Co se mění na těle ženy, když roste? Obr. Dívka – žena

*Začnou jí růst prsa, chlupy a takové a dostane měsíčky.*

Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž

*Chlupy mu začnou růst, a roste mu „to“, když je starší rostou mu fúsa.*

Co je to penis?

*To nevím.*

K čemu se používá?

*Když dělá s holkou, když se líbají nebo mrdají spolu, používá ho, že ho strčí do pipiny. A taky na čurání.*

Jaký ještě znáte jiný název?

*Tantrlik, cvrček, šulin.*

Co je to pochva?

*Nevim.*

Děloha? *Neslyšela jsem to.*

Jaký ještě znáte jiný název pro genitálie?

*Pipina, kačenka piča, ještě taky sprostě, ale nemůžu to říct, byla jsem v sobotu u zповědi. Piča.*

Můžete se svých genitálií dotýkat?

*Když se umývám, utírám, když mě tam kúše, tak se poškrabu.*

Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?

*Ne.*

Kdo se Vás ještě může dotýkat?

*Muž, sama, doktoři.*

Co je to masturbace?

*Nevím.*

Co je to poluce?

*Nevím.*

Co je to menstruace? (vložka)

*Máme v těle, tam se seškrabuje, máme to každý měsíc, mám větší prsa, nebo břicho, nebo pubertky, začne bolet břicho, dáme si to mezi nohy, vložku, tampon, krev z nás vyjde, trvá to asi 5 dní.*

Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?

*Že se mají rádi, že se milují.*

Může se něco stát, když se dva lidé líbají?

*Může, můžou jít do postele a můžou mít do rána miminko, když se to podaří, záleží to na obou dvou. Začnou se líbat, vyslíkat, a už to jede, začnou to dělat, dá jí „to“ do pipiny, do ní potom vystříkne tu vodu nebo co to je, obsahuje oplodnění miminka.*

Co je to pohlavní akt/soulož?

*Dělají to spolu, žena může otěhotnět, má bolesti břicha, a tak může otěhotnět, (děje se něco s penisem?), nevím.*

Kdo může mít pohlavní styk?

*Žena a žena, muž a muž, holka a kluk.*

Odkud máte tyto informace?

*Znám to z televize.*

Co je to těhotenství?

*Začne zvracet, když začne být těhotná. Má v sobě miminko.*

Kdo může být těhotný?

*Žena.*

Jak se stane, že žena otěhotní?

*Když to dělá s klukem.*

Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

*Ne.*

Co je to antikoncepce?

*Slyšela sem to, ale nevím, asi léky.*

K čemu antikoncepce slouží/ pomáhá?

*Muž má ochranu, aby ženská neotěhotněla.*

Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?

*Že je nemocný. Krvou nebo když to holka dělá s klukem, ženská to má od muže nebo chlap od ženské.*

Co je to AIDS?

*Slyšela jsem to v televizi.*

Znáte také jiná onemocnění, která se přenáší při pohlavním styku?

*Ne.*

Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?

Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?

*To je stejné. Projevím lásku, dám mu pusku, člověk si vybírá kluky, řeknu mu, že ho miluju, můžu mu něco koupit.*

Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?

*Jsou to homosexuálové, když se mají rádi, tak ať sou spolu, není to normální, ženy jsou homosexuálky, není to taky normální, ale mají se rády, tak co.*

Mohl byste žít samostatně?

*Ano. No, nevím jestli úplně sama, spíš s někým, s kamarádkou.*

Jaké by to bylo?

*Jiné než na tomto ústavu.*

Co by se změnilo?

*Že bych musela všechno platit (elektriku, inkaso, vodu), barák bych musela platit, musela bych kupovat, líbilo by se mně to.*

Máte přítele/ přítelkyni?

*Mám kamaráda, že se kamarádíme, vykládáme si, jdem si třeba do cukrárny nebo tak, nebo na sodovku, máme se rádi, ale trochu, ne tak moc. Kdybych měla přítele, tak by sme se měli moc rádi a milovali by sme se. (Chtěla by ste, aby Váš kamarád byl jednou Váš přítel?) Jo.*

Plánujete si společnou budoucnost?

*Nevím.*

Chtěli byste žít společně? Jaké by to bylo?

*Myslím, že by to bylo pěkné.*

Co by se muselo změnit, abyste mohli žít společně?

*Mít svůj barák, napřed udělat pořádek, opravit, napřed nábytek, potom se nastěhovat.*

Jak si představujete Váš život za dva roky, budoucnost?

*Nepřemýšlela jsem o tom.*

Byl pro Vás tento rozhovor náročný?

*Ne, dalo se to přežít.*

Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

*Ne.*

**F.F, 40 let, od malička je v zařízení na Velehradě, jezdí na návštěvy k rodičům, STMR**

Můžeme se spolu bavit o sexualitě? Je to dobré téma?

*Jo.*

Zajímá Vás toto téma?

*Jo.*

Co si představíte, když se řekne sexualita?

*Hlavně chlapa se to týká, aj ženské, dělají miminko, bývá to v televizi, jak se to dělá.*

Projevuje se nějak sexualita ve Vašem životě? Jak se projevuje?

*Ne.*

S kým mluvíte o sexualitě/ o takových věcech?

*Vidím to v televizi, nebavíme se.*

Bavíte se o sexualitě také s pracovníky?

*Ne.*

Jaký je rozdíl mezi mužem a ženou? Obr. Muž x žena

*Chlap a ženská, mají se rádi. Ta nemá jednu věc: šulin. Chlap nemá prsa. Já vím, jak to vypadá, tatku jsem viděla, měl zlomenou nohu, tak jsem ho viděla. Ženská má prsa (bradky, kozy, to tady slyšíme furt), chlupy tady, má piču. Chlapy mají chlupy na nohách, na rukách taky, na tváři fousy a šulin.*

Co se mění na těle ženy, když roste? Obr. Dívka – žena

*Holčička má menší, pak má větší, pak má chlupy, má pubertky a dostane menstruaci.*

Co se mění na těle muže, když roste? Obr. Chlapec-muž

*Malý chlapeček, velký, větší, muž. Ten malý nemá šulin a chlupy.*

Co je to penis?

*To neznám.*

K čemu se používá?

*Z toho čurá, mívají ho bolavý, nemoc do toho dostane.(používají muži penis ještě k něčemu jinému?) Můj tatka ne.*

Jaký ještě znáte jiný název?

*Jenom šulin.*

Co je to pochva?

*Nevim.*

Děloha?

*Tatka mi to jednou ukazoval. Má takový sešit.*

K čemu slouží?

*Tam se rodí miminka.*

Jaký ještě znáte jiný název pro genitálie?

*Piča.*

Můžete se svých genitálií dotýkat?

*Žínkou, rukou ne.*

Může se něco stát, když se dotýkáte v oblasti genitálií?

*Může to být bolavý, můžu rakovinu do toho dostat.*

Kdo se Vás ještě může dotýkat?

*Nikdo.*

Co je to masturbace?

*Nevím.*

Co je to poluce?

*Nevím.*

Co je to menstruace? (vločka)

*Menses, všechno ženu bolí, v zádech mě bolí, je mně někdy blbě, použiju vločku, tady mezi nohy, aby sem nebyla zakrvácená.*

Co si vyjadřují dva lidé, když se líbají?

*Mají se rádi.*

Může se něco stát, když se dva lidé líbají?

*Můžou mít nemoc.*

Co je to pohlavní akt/soulož?

*To neznám.*

Kdo může mít pohlavní styk?

*Muž a žena.*

Odkud máte tyto informace?

*Napadne mě v hlavě, z televize a od tatínka.*

Co je to těhotenství?

*Má veliké břicho, bolí ji břicho, je maminka, začne se to tam vrtat.*

Kdo může být těhotný?

*Žena.*

Jak se stane, že žena otěhotní?

*Vajíčka dávají muži tam, do piče, používají k tomu šulin.*

Může žena otěhotnět, když se líbá s mužem?

*Ne.*

Co je to antikoncepce?

*Nevím.*

K čemu antikoncepce slouží/ pomáhá?

*Kondom: Taťka to mívá v časopise, navlíká se to na šulin, je to takové měkké.*

Co to znamená, když se řekne pohlavní nemoc?

*Nevím.*

Jak ukážete druhému člověku, že se Vám líbí?

Jak dáte najevo druhému člověku, že jej máte rád/a?

*Je to stejné. Nepozná to na mě, bavím se s ním, pomáhám mu, třeba umývám nádobí.*

Co si myslíte o tom, když se dva muži / dvě ženy líbají? Je to normální?

*Když se líbou muži, tak že se mají rádi, to je normální, když se líbou ženy, to nepřipadá v úvahu, můžou nějakou nemoc dostat.*

Mohl byste žít samostatně?

*Klidně mohla.*

Jaké by to bylo?

*Normální.*

Co by se změnilo?

*Je to nastejno.*

Máte přítele/ přítelkyni?

*Ne. A nechci mít.*

Jak si představujete Váš život za dva roky, budoucnost?

*Nic se nezmění, bude to stejné.*

Byl pro Vás tento rozhovor náročný?

*Ano, ale nebylo to nepříjemné.*

Změní se u Vás něco po našem rozhovoru?

*Ne.*

### **6.2.2 Skupinový rozhovor**

Podle původního plánu se skupinového rozhovoru měly zúčastnit pouze ty uživatelky, které se zúčastnily individuálního rozhovoru. Ostatní uživatelky na oddělení při osobním kontaktu vyjádřily požadavek společné komunikace, proto byla zvolena alternativa skupinového rozhovoru všech přítomných dívek na oddělení. Skupinového rozhovoru se zúčastnilo 10 dívek, úroveň mentálního postižení byla v pásmu LMR a STMR, přičemž můžeme říci, že převažovaly dívky s lehkou mentální retardací. Rozhovor nepřesáhl časový limit 45 minut.

Na začátku rozhovoru byl kladen velký důraz na imaginární rozměr rozhovoru („kdyby“). Bylo nutné tento důraz opakovaně vyslovovat i během rozhovoru, neboť uživatelky měly velké tendence tvrzení konfrontovat s realitou. Jednotlivé položky, tvrzení byly nejprve vysvětleny, protože uživatelky vnímaly především termín přítel jako synonymum k partnerovi, se kterým žena žije pohlavně. Po vysvětlení termínů byla jednotlivá tvrzení společně diskutována.

**Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít kamaráda/kamarádku.** Kamarád byl definován jako muž, se kterým si povídáme, telefonujeme, píšeme, jsme si blízcí, rozumíme si, může se nám i líbit. Sedm uživatelek z deseti uvedlo, že by chtělo mít kamaráda.

**Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít přítele/ přítelkyni.** O příteli uživatelky diskutovaly jako o muži, který se nám líbí, se kterým si povídáme, telefonujeme, píšeme, jsme si blízcí, rozumíme si, držíme se za ruce, můžeme se i obejmout nebo políbit, hladíme se. Tři uživatelky z deseti by chtělo mít přítele.

**Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít partnera/partnerku.** Partner byl vymezen jako muž, kterého máme rádi, povídáme si, jsme si blízcí, rozumíme si, objímáme se, líbáme se,



hladáme se, můžeme spolu i bydlet, můžeme žít spolu sexuálně, mít pohlavní styk, ale ještě nejsme manželé. Dvě uživatelky uvedly, že by chtěly mít přítele. Byly však ihned atakovány třetí užívatelkou, že by „nedodržovaly desatero“.

**Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít manžela/manželku.** Manžel je ten, se kterým jsme dříve chodily, byl tedy náš přítel. Měli jsme spolu svatbu, žijeme společně, můžeme mít spolu dítě. Ani jedna užívatelka by nechtěla mít manžela. Ideálního partnera si užívatelky představují následovně: musí být hodný, chodit do práce, vydělávat peníze, neměl by pít a kouřit, neměl by domů chodit opilý a neměl by chodit za cizími ženami.

**Kdyby to bylo možné, chtěl/a bych mít dítě.** Čtyři užívatelky z deseti vyjádřily, že by někdy v budoucnu chtěly mít dítě. Na otázku, co musí žena umět, aby se postarala o dítě, uváděly užívatelky následující: „nakojit“, „aby si brklo“, „dát cumel“, „dát plínku“, „přebalit“, „nakrmit“, „okoupat“, „dát do postýlky“, „aby neplakalo“, „obléct dítě“, „naučit jíst“, „naučit chodit“, „naučit na nočník“, „odnaučit cumlat palec, to je špatné“, „dobře vychovat“, „kdyby byla velká, aby si uměla vybrat dobrého kluka“.

### **6.3 Výsledek šetření**

V úvodní části praktické části práce byly stanoveny dva cíle. První cíl sledoval postoje pracovníků k sexuální výchově a k projevům sexuality u osob s mentálním postižením. Vzhledem k velmi malému počtu respondentů nemůžeme z ankety udělat validní závěr šetření. Důvody nízké návratnosti byly uvedeny v analýze výsledků ankety, podkapitola 6.1. Přes nízký počet respondentů si dovoluujeme udělat následující závěry: obsah sexuální výchovy obecně koresponduje s obsahem sexuální výchovy v zařízení, sexuální výchova se zaměřuje především na výchovu k hygieně genitálií, pohlavní výchovu, výchovu k přátelství, k zodpovědnosti a k respektování druhé osoby. Respondenti vnímají

potřebnost sexuální výchovy v zařízení, sexuální výchova v zařízení probíhá, ačkoli není systematická. Anketa jednoznačně neprokázala dostatečnou informovanost uživatelů zařízení v oblasti sexuality. Respondenti se většinou domnívají, že je správné, aby osoby s mentálním postižením naplňovaly vlastní sexualitu a žily partnersky, ale zařízení nevytváří dostatek příležitostí k uplatnění sexuality a k partnerskému spolužití. Většina respondentů se domnívá, že není správné, aby osoby s mentálním postižením naplňovaly rozměr rodičovství. V předpokladech, které předcházely výzkumu, jsme očekávali, že k problematice sexuality a sexuální výchovy se také vyjádří řeholní osoby, které v zařízení pracují. Nestalo se tak a nebylo tedy naplněno naše očekávání, že tyto osoby prakticky objasní východiska, která k sexuální výchově a sexualitě zaujímá katolická morálka, resp. nauka.

Druhý cíl si stanovil za úkol poznat úroveň terminologie v oblasti sexuality u uživatelů zařízení, poodhalit jejich spokojenost s možnostmi uplatňování vlastní sexuality a s tím spojené plány do budoucna. Rozhovory s uživatelkami zařízení byly vedeny ve dvou úrovních: individuální řízený rozhovor a skupinový rozhovor. Rozhovory přinesly následující poznatky: uživatelky zařízení si pod pojmem sexualita představují vztah mezi mužem a ženou; hlavní zdroj informací z oblasti sexuality získávají z televize; mají základní znalosti v anatomii lidského těla; mají specifický slovník v oblasti sexuality; rozhovory neprokázaly autoerotické chování uživatelky; průběh pohlavního aktu uživatelky znají (téměř všechny v teoretické rovině); problematiku menstruace znají především v praktické rovině; těhotenství je výsadou žen, je spojeno se sexuální aktivitou a týká se dítěte; antikoncepci a pohlavní onemocnění uživatelky neznají ani v teoretické rovině; partnerské vztahy vnímají v různých rovinách (kamarádství, přátelství, manželství); homosexualitu odmítají; budoucnost si 50% respondentek představuje stejně jako je tomu dnes, 50% by rádo žilo samostatně nebo v chráněném bydlení, kde by také přivítaly možnost partnerského soužití.

Uživatelky mají představu ideálního partnera, vyjádřily také obavy ze volby nevhodného partnera. Téměř 50% uživatelky by v případě možnosti chtělo mít vlastní dítě.

Oblast sexuální výchovy je v zařízení řešeno přirozenou, spontánní formou. Pohlavní výchova je, především u žen v zařízení (muži, kteří jsou uživateli zařízení, mají většinou mentální postižení v pásmu TMR nebo HMR) vedena v souvislosti s mentální úrovní jednotlivých uživatelky. Autoerotické aktivity nejsou v zařízení potlačovány, ale v rozhovorech s uživatelkami nebyly prokázány. Uživatelé jsou vedeni k tomu, aby při autoerotické aktivitě vyhledávali soukromí. Výchova k partnerství je vedena na úrovni přátelských vztahů. Několikrát do roka mají uživatelky zařízení možnost kontaktu s uživateli jiného zařízení (jde především o společenské a sportovní aktivity), během roku pak udržují kontakt s uživateli jiných zařízení formou korespondence a telefonického kontaktu (s podporou pracovníků zařízení). Přátelské vztahy vnímá vedení zařízení jako důležitý rozměr rozvoje jednotlivých uživatelů zařízení, jsou podstatné pro emocionální vývoj. Výchova k rodičovství a manželství není v zařízení vedena. Při řešení otázky pohlavní aktivity apelují na vztah rozumu, vůle a citů. Vedoucí pracovníci zařízení si uvědomují etické problémy v oblastech sexuální výchovy, které se věnují rodičovství, mateřství a manželství. Poukazují na skutečnost zbavení způsobilosti k právním úkonům u všech uživatelů zařízení a rozměr zodpovědnosti. V touze po mateřství zařízení poukazuje na obtížnost přijetí veškerých důsledků mateřství („myslí si, že budou mít panenku“), z určitého úhlu pohledu si mohou uživatelky naplnit touhu po mateřství při pomoci v péči o uživatele zařízení, kteří jsou v dětském věku. Uživatelky zařízení neužívají hormonální antikoncepci. Zařízení zatím nemá vytvořenu písemnou formu strategie a politiky v oblasti sexuality a sexuální výchovy (resp. nemá vytvořen protokol sexuality).

## Závěr

V bakalářské práci jsem se pokusila přiblížit východiska sexuální výchovy u osob s mentálním postižením v zařízeních, ve kterých byli uživatelé dlouhodobě ovlivňováni křesťanskou morálkou, resp. naukou.

Nejprve jsem v první kapitole vymezila problematiku mentálního postižení, tj. mentální retardace a jejích stupňů, demence a pseudooligofrenie. Dále jsem se v druhé kapitole věnovala oblasti sexuality, jejích projevů (masturbace, necking, petting, pohlavní akt), sexuální identitě, pohlavnímu vývoji a dokumentům, které jsou naukou katolické církve v oblasti sexuality a sexuální výchovy. Ve třetí části práce jsem vymezila sexuální výchovu nejprve obecně, definici obsah, cíle a principy. Po obecném vymezení následoval pohled do specifik sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. Čtvrtá kapitola nabídla vhled do problematiky pobytových zařízení pro osoby s mentálním postižením.

V praktické části jsem se věnovala prostřednictvím šetření v zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad postojům pracovníků k problematice sexuality a sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. Bohužel pracovníci v podstatě odmítli spolupráci, a tak návratnost předložené ankety byla minimální. V tomto zařízení od roku 1945 působili jako pracovníci také řeholní sestry svatého Cyrila a Metoděje, takže zařízení bylo vhodně zvoleno k šetření postojů pracovníků ovlivněných křesťanskou morálkou, resp. naukou. Z malého vzorku respondentů vyplynulo, že sexuální výchova v zařízení v podstatě probíhá,

ale není vedena systematicky. Respondenti také většinou projevy sexuality u uživatelů zařízení považují za běžné, neboť odpovídají přirozené potřebě a základním právům každého člověka. Zařízení však nevytváří dostatek příležitostí k uplatňování sexuality svých uživatelů. Partnerství uživatelů umožňuje zařízení jen v mezích kamarádství a přátelství. S naplňováním rodičovství u osob s mentálním postižením respondenti nesouhlasí.

Z rozhovorů, které jsem vedla s uživatelkami zařízení vyplynulo, že mají základní informace v oblasti sexuality, ale ne v celém rozsahu tématu. Neznaly běžnou terminologii pohlavních orgánů, problematiku antikoncepce a pohlavních onemocnění. Hlavním zdrojem informací je televize, tzn. že informace jsou mnohdy zkreslené a kusé. Uživatelky také vyjadřovaly touhu po partnerském životě, samostatném bydlení a po dítěti. Jsou si však vědomy nemožnosti a nedovolenosti (vliv katolické morálky) naplňovat své touhy a přání v oblasti sexuality.

Velkou nevýhodou zařízení je, že nemá oficiálně definovanou strategii a politiku v oblasti sexuality a sexuální výchovy svých uživatelů. V takovém dokumentu by mohlo zařízení vymezit svá východiska a principy sexuální výchovy a tak by mohlo lépe čelit výtkám, se kterými se v této oblasti setkává zvláště z řad studentů. Tato nevýhoda by však pro zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad měla být především výzvou. A měla by být také výzvou pro všechna zařízení, ve kterých i dnes můžeme vnímat značný vliv katolické morálky. Katolická církev sama, ve svých oficiálních dokumentech deklaruje nutnost dodržování všech základních lidských práv, tzn. také právo na naplňování vlastní sexuality, proto také sexuální výchova, sebeuskutečňování a sebenaplnění v oblasti sexuality v zařízeních se značným vlivem katolické nauky má a musí respektovat základní lidská práva.

## Použitá literatura

- ANCHELL, M. *Sexuální výchova s otazníkem*. 1. vyd. Olomouc: MCM, 1996. 111s.
- AUGUSTYN, J. *Sexualita v našem životě. Průvodce při poznávání a formování vlastní sexuality*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl., 1995. 213s. ISBN 80-85527-99-5.
- AUGUSTYN, J. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl., 1998. 80s. ISBN 80-7192-33-1.
- BINAROVÁ, I. *Partnerství, sexualita a rodina*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2001. 43s. ISBN 80-244-0138-X.
- DANIEL-ANGE. *Tvé tělo je stvořeno pro lásku*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl., 1998. 175s. ISBN 80-7192-337-0.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 374 s. ISBN 80-7066-822-9.
- Dokumenty II. Vatikánského koncilu*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995. 605s. ISBN 80-7113-089-3.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998. 171s. ISBN 80-7178-251-3.
- FLAHERTY-ZONIS, C. *Úvod do sexuality*. Vydala Sorosova nadace, 1992. 61 s.
- CHRÁSKA, M. a HORÁK, F. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: SNP, 1989, 169 s.
- JAN PAVEL II. *Evangelium vitae*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995. 132s. ISBN 80-7113-139-3.
- JAN PAVEL II. *Familiaris consortio*. 2. vyd. Praha: Zvon, 1996. 101s. ISBN 80-7113-161-X.
- JAN PAVEL II. *Christifideles laici*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1990, 116s. ISBN 80-7113-024-9.
- JAN PAVEL II. *Mulieris dignitatem*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1992, 73s. ISBN 80-7113-053-2.
- JANIŠ, K. *Úvod do sexuální výchovy*. 1. vyd. Opava: Slezská universita, 2005.

- JOYEUX, H. *City, sexualita, AIDS*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 73s. ISBN 80-7178-004-9.
- Katechismus katolické církve*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995. 793s. ISBN 80-7113-132-6.
- Kodex kanonického práva*. 1. vyd: Praha, Zvon, 1994. 812 s. ISBN 80-7113-082-6.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1.vyd., Olomouc: UP v Olomouci, 2005. 75 s. ISBN 80-244-0991-7.
- KYSUČAN, J. *Psychopedie – teorie výchovy mentálně retardovaných*. Praha: SNP, 1990.
- LAUN, A. *Láska a partnerství z pohledu katolické církve*. 1. vyd. Olomouc: MCM, 1996. 78 s.
- LEONARD, A. *Ježíš a tvoje tělo. Sexuální morálka pro mladé*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 1999. 95 s. ISBN 80-86025-18-7.
- LINHART, J. a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. 1. vyd. Litvínov: Dialog, 2004. ISBN 80-85843-61-7.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- Mezinárodní klasifikace nemocí:10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí . *Sociální služby*. [25. února. 2009]. Dostupné na World Wide Web: < <http://www.mpsv.cz/cs/9> >. ISSN není.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí . *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. [25. února. 2009]. Dostupné na World Wide Web: < <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf> >. ISBN není.
- MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogicko psychologickém kontextu*. 1.vyd., Olomouc: UP v Olomouci, 2001. 85 s. ISBN 80-244-0207-6.

- MÜLLER, O. *Psychopedie – andragogika*. 1.vyd., Olomouc: UP v Olomouci, 2006. 49 s. ISBN 80-244-1204-7.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.
- ONDOK, J. P. *Bioetika*. 1. vyd. Svitavy: Trinitas, 1999. 134s. ISBN 80-86036-24-3.
- ORVIN, G. H. *Dospívání. Kniha pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 180s. ISBN 80-247-0124-3.
- OSN. *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*. [25. února. 2009]. Dostupné na World Wide Web: < [www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67) >. ISSN 1214-2107.
- OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv*. [25. února. 2009]. Dostupné na World Wide Web: < [http://cs.wikisource.org/wiki/V%C5%A1eobecn%C3%A1\\_deklarace\\_lidsk%C3%BDch\\_pr%C3%A1v](http://cs.wikisource.org/wiki/V%C5%A1eobecn%C3%A1_deklarace_lidsk%C3%BDch_pr%C3%A1v) >. ISSN není.
- PAPEŽSKÁ RADA PRO RODINU. *Pravda o lidské sexualitě a jejím významu*. 1. vyd. Olomouc: MCM, 1996. 63s.
- PAPEŽSKÁ RADA PRO RODINU. *Rodina, manželství a „fakticky existující soužití“*. Praha: sekretariát ČBK, 2001. 47s.
- PAVEL VI. *Humanae vitae. O správném řádu sdělování lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1969. 40s.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd., Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- RENOTIÉROVÁ, M. a LUDÍKOVÁ L. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., Olomouc: UP v Olomouci, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ D. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd., Praha: Grada, 2006. 600 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychologie. Lexikon základních pojmů*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1994. 208s. ISBN 80-206-0459-6.
- SCHNABL, S. *Muž a žena intimně*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1977. 358s.
- SKOBLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 319s. ISBN 80-7184-357-1.



- ŠTERBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s hluchoslepotou*. Olomouc: UP, 2006. 80 s. ISBN 80-244-1513-5.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
- TÄUBNER, V. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 45 s. ISBN 80-7071-029-2.
- TRETERA, J. R. *Konfesní právo a církevní právo*. 1. vyd. Praha: nakl. Jan Krigl, 1997. 331s. ISBN 80-902045-2-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd., Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie - teoretické základy a metodika*. 3. vyd., Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
- Vyhláška 505/2006., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.*
- WEISS, P. a ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR- situace a trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-X.
- World Association of Sexology. *Deklarace sexuálních práv*. [25. února. 2009]. Dostupné na World Wide Web: < [http://www.prostejov.cz/vecernik/vecernik.php?issue=28\\_2000&type=kultura](http://www.prostejov.cz/vecernik/vecernik.php?issue=28_2000&type=kultura) >. ISSN není.
- Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*
- Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 1. vyd., Praha: MPSV, 2003. 111s. ISBN 80-86552-45-4.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Miroslava Šulíková
<b>Katedra:</b>	Speciální pedagogiky
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2009

<b>Název práce:</b>	Sexuální výchova osob s mentálním postižením v zařízeních s křesťanskou spiritualitou
<b>Název v angličtině:</b>	Sexual education of people with learning disabilities in institutions with Christian spirituality
<b>Anotace práce:</b>	Práce se zabývá sexuální výchovou u osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních, kde především v minulosti významně výchovný proces ovlivňovala křesťanská morálka. Vymezuje mentální postižení a jeho stupně, sexualitu a její projevy, pohlavní vývoj a jeho fáze, sexuální výchovu s důrazem na specifika sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. Práce zdůvodňuje termín „zařízení s křesťanskou spiritualitou“. Předkládá přehled církevních dokumentů, které se věnují oblasti sexuality. Nabízí vhled do problematiky pobytových zařízení v minulosti i současnosti. V praktické části jsou hodnoceny rozhovory s uživatelkami zařízení a anketa pracovníků zařízení, kde v minulosti významně působila na proces výchovy křesťanská morálka.
<b>Klíčová slova:</b>	osoba s mentálním postižením, sexualita, sexuální výchova, pobytové zařízení, křesťanská spiritualita, křesťanská morálka
<b>Anotace v angličtině:</b>	The work deals with sex education for people with learning disability in residential institutions, where especially in past was process of education significantly influenced by Christian morality. In the theoretical part, work defines learning disability and its degree, sexuality and its manifestations, sexual development and its stages, sex education with an emphasis on the specifics of sex education for people with learning disabilities. The work also explains the term “facility with Christian spirituality”. It presents an overview of church documents, which are engaged in the field of sexuality. It offers insight into the residential facility in the past and present. In practical part are evaluated interviews with people using such facility and survey made with people working in the facility where in past was process of education influenced by Christian morality.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	person with learning disability, sexuality, sex education, residential institutions, Christian spirituality, Christian morality
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 Všeobecná deklarace lidských práv Příloha č. 2 Deklarace o právech mentálně postižených osob Příloha č. 3 Deklarace sexuálních práv Příloha č. 4 Anketa Příloha č. 5 Obrazový didaktický materiál
<b>Rozsah práce:</b>	114 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český

## **Přílohy**

Příloha č. 1 Všeobecná deklarace lidských práv

Příloha č. 2 Deklarace o právech mentálně postižených osob

Příloha č. 3 Deklarace sexuálních práv

Příloha č. 4 Anketa

Příloha č. 5 Obrazový didaktický materiál

# **Příloha č. 1 Všeobecná deklarace lidských práv**

## **Úvod**

U vědomí toho, že uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě, že zneuznání lidských práv a pohrdání jimi vedlo k barbarským činům, urážejícím svědomí lidstva, a že vybudování světa, ve kterém lidé, zbavení strachu a nouze, se budou těšit svobodě projevu a přesvědčení, bylo prohlášeno za nejvyšší cíl lidu, že je nutné, aby lidská práva byla chráněna zákonem, nemá-li být člověk donucen uchýlovat se, když vše ostatní selhalo, k odboji proti tyranii a útlaku, že je nutné podporovat rozvoj přátelských vztahů mezi národy, že lid Spojených národů zdůraznil v Chartě znovu svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti, v rovná práva mužů i žen a že se rozhodl podporovat sociální pokrok a vytvořit lepší životní podmínky ve větší svobodě, že členské státy převzaly závazek zajistit ve spolupráci s Organizací spojených národů všeobecné uznávání a zachovávání lidských práv a základních svobod a že stejné chápání těchto práv a svobod má nesmírný význam pro dokonalé splnění tohoto závazku, **Valné shromáždění** vyhlašuje tuto

## **Všeobecnou deklaraci lidských práv**

jakožto společný cíl pro všechny národy a všechny státy za tím účelem, aby se každý jednotlivec a každý orgán společnosti, maje tuto deklaraci stále na mysli, snažil vyučováním a výchovou rozšířit úctu k těmto právům a svobodám a zajistit postupnými opatřeními vnitrostátními i mezinárodními jejich všeobecné a účinné uznávání a zachovávání jak mezi lidem členských států samých, tak i mezi lidem území, jež jsou pod jejich pravomocí.

## **Článek 1**

Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.

## **Článek 2**

1. Každý má všechna práva a všechny svobody, stanovené touto deklarací, bez jakéhokoli rozlišování, zejména podle rasy, barvy, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení.
2. Žádný rozdíl nebude dále činěn z důvodu politického, právního nebo mezinárodního postavení země nebo území, k nimž určitá osoba přísluší, ať jde o zemi nebo území nezávislé nebo pod poručenstvím, nesamosprávné nebo podrobené jakémukoli jinému omezení suverenity.

## **Článek 3**

Každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost.

## **Článek 4**

Nikdo nesmí být držen v otroctví nebo nevolnictví; všechny formy otroctví a obchodu s otroky jsou zakázány.

## **Článek 5**

Nikdo nesmí být mučen nebo podrobován krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

## **Článek 6**

Každý má právo na to, aby byla všude uznávána jeho právní osobnost.

## **Článek 7**

Všichni jsou si před zákonem rovni a mají právo na stejnou ochranu zákona bez jakéhokoli rozlišování. Všichni mají právo na stejnou ochranu proti jakékoli diskriminaci, která porušuje tuto deklaraci, a proti každému podněcování k takové diskriminaci.

## **Článek 8**

Každý má právo, aby mu příslušné vnitrostátní soudy poskytly účinnou ochranu proti činům porušujícím základní práva, která jsou mu přiznána ústavou nebo zákonem.

## **Článek 9**

Nikdo nesmí být svévolně zatčen, držen ve vazbě nebo vyhoštěn do vyhnanství.

## **Článek 10**

Každý má úplně stejné právo, aby byl spravedlivě a veřejně vyslechnut nezávislým a nestranným soudem, který rozhoduje buď o jeho právech a povinnostech, nebo o jakémkoli trestním obvinění vzneseném proti němu.

## **Článek 11**

1. Každý, kdo je obviněn z trestného činu, považuje se za nevinného, dokud není zákonným postupem prokázána jeho vina ve veřejném řízení, v němž mu byly zajištěny veškeré možnosti obhajoby.
2. Nikdo nesmí být odsouzen pro čin nebo opomenutí, které v době, kdy byly spáchány, nebyly trestné podle státního nebo mezinárodního práva. Rovněž nesmí být uložen trest těžší, než jakého bylo lze použít v době, kdy byl trestný čin spáchán.

## **Článek 12**

Nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, ani útokům na svou čest a pověst. Každý má právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.

## **Článek 13**

1. Každý má právo volně se pohybovat a svobodně si volit bydliště uvnitř určitého státu.
2. Každý má právo opustit kteroukoli zemi, i svou vlastní, a vrátit se do své země.
3. Článek 14
4. Každý má právo vyhledat si před pronásledováním útočiště v jiných zemích a požívat tam azylu.

5. Toto právo nelze uplatnit v případě stíhání skutečně odůvodněného nepolitickými zločiny nebo činy, které jsou v rozporu s cíli a zásadami Spojených národů.

### **Článek 15**

1. Každý má právo na státní příslušnost.
2. Nikdo nesmí být svévolně zbaven své státní příslušnosti ani práva svou státní příslušnost změnit.

### **Článek 16**

1. Muži a ženy, jakmile dosáhnou plnoletosti, mají právo, bez jakéhokoli omezení z důvodů příslušnosti rasové, národnostní nebo náboženské, uzavřít sňatek a založit rodinu. Pokud jde o manželství, mají za jeho trvání i při jeho rozvázání stejná práva.
2. Sňatky mohou být uzavřeny jen se svobodným a plným souhlasem nastávajících manželů.
3. Rodina je přirozenou a základní jednotkou společnosti a má nárok na ochranu ze strany společnosti a státu.

### **Článek 17**

1. Každý má právo vlastnit majetek jak sám, tak spolu s jinými.
2. Nikdo nesmí být svévolně zbaven svého majetku.

### **Článek 18**

Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství; toto právo zahrnuje v sobě i volnost změnit své náboženství nebo víru, jakož i svobodu projevat své náboženství nebo víru, sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo soukromě, vyučováním, prováděním náboženských úkonů, bohoslužbou a zachováváním obřadů.

### **Článek 19**

Každý má právo na svobodu přesvědčení a projevu; toto právo nepřipouští, aby někdo trpěl újmu pro své přesvědčení, a zahrnuje právo vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky jakýmikoli prostředky a bez ohledu na hranice.

## **Článek 20**

1. Každému je zaručena svoboda pokojného shromažďování a sdružování.
2. Nikdo nesmí být nucen, aby byl členem nějakého sdružení.

## **Článek 21**

1. Každý má právo, aby se účastnil vlády své země přímo nebo prostřednictvím svobodně volených zástupců.
2. Každý má právo vstoupit za rovných podmínek do veřejných služeb své země.
3. Základem vládní moci budiž vůle lidu; ta musí být vyjádřena správně prováděnými volbami, které se mají konat v pravidelných obdobích na základě všeobecného a rovného hlasovacího práva tajným hlasováním nebo jiným rovnocenným postupem, zabezpečujícím svobodu hlasování.

## **Článek 22**

Každý člověk má jako člen společnosti právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s organizací a s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a k svobodnému rozvoji jeho osobnosti.

## **Článek 23**

1. Každý má právo na práci, na svobodnou volbu zaměstnání, na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a na ochranu proti nezaměstnanosti.
2. Každý, bez jakéhokoli rozlišování, má nárok na stejný plat za stejnou práci.
3. Každý pracující má právo na spravedlivou a uspokojivou odměnu, která by zajišťovala jemu samému a jeho rodině živobytí odpovídající lidské důstojnosti a která by byla doplněna, kdyby toho bylo třeba, jinými prostředky sociální ochrany.
4. Na ochranu svých zájmů má každý právo zakládat s jinými odborové organizace a přistupovat k nim.



## **Článek 24**

Každý má právo na odpočinek a na zotavení, zejména také na rozumné vymezení pracovních hodin a na pravidelnou placenou dovolenou.

## **Článek 25**

1. Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli.
2. Mateřství a dětství mají nárok na zvláštní péči a pomoc. Všechny děti, ať manželské nebo nemanželské, požívají stejné sociální ochrany.

## **Článek 26**

1. Každý má právo na vzdělání. Vzdělání nechtě je bezplatné, alespoň v počátečních a základních stupních. Základní vzdělání je povinné. Technické a odborné vzdělání budiž všeobecně přístupné a rovněž vyšší vzdělání má být stejně přístupné všem podle schopností.
2. Vzdělání má směřovat k plnému rozvoji lidské osobnosti a k posílení úcty k lidským právům a základním svobodám. Má napomáhat k vzájemnému porozumění, snášenlivosti a přátelství mezi všemi národy a všemi skupinami rasovými i náboženskými, jakož i k rozvoji činnosti Spojených národů pro zachování míru.
3. Rodiče mají přednostní právo volit druh vzdělání pro své děti.

## **Článek 27**

1. Každý má právo svobodně se účastnit kulturního života společnosti, užívat plodů umění a podílet se na vědeckém pokroku a jeho výtěžcích.

2. Každý má právo na ochranu morálních a materiálních zájmů, které vyplývají z jeho vědecké, literární nebo umělecké tvorby.

### **Článek 28**

Každý má právo na to, aby vládl takový sociální a mezinárodní řád, ve kterém by práva a svobody stanovené v této deklaraci byly plně uplatněny.

### **Článek 29**

1. Každý má povinnosti vůči společnosti, v níž jedině může volně a plně rozvinout svou osobnost.
2. Každý je při výkonu svých práv a svobod podroben jen takovým omezením, která stanoví zákon výhradně za tím účelem, aby bylo zajištěno uznávání a zachovávání práv a svobod ostatních a vyhověno spravedlivým požadavkům morálky, veřejného pořádku a obecného blaha v demokratické společnosti.
3. Výkon těchto práv a svobod nesmí být v žádném případě v rozporu s cíli a zásadami Spojených národů.

### **Článek 30**

Nic v této deklaraci nemůže být vykládáno jako by dávalo kterémukoli státu, kterékoli skupině nebo osobě jakékoli právo vyvíjet činnost nebo dopouštět se činů, které by směřovaly k potlačení některého z práv nebo některé ze svobod v této deklaraci uvedených.

## **Příloha č. 2 Deklarace o právech mentálně postižených osob vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971**

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

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň . Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka , pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením . Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení

a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

## **Příloha č. 3 Deklarace sexuálních práv**

1. Právo na sexuální svobodu - sexuální svoboda znamená pro jedince možnost vyjádřit plně svůj vlastní sexuální potenciál. Samozřejmě za předpokladu vyloučení sexuálního donucování, využívání a zneužívání vždy a v každé životní situaci.
2. Právo na sexuální autonomii, sexuální integritu a bezpečnost tělesné sexuality - toto právo zahrnuje schopnost činit autonomní rozhodnutí o vlastním sexuálním životě v kontextu vlastní a sociální etiky. Zahrnuje rovněž rozhodování o užívání svého těla bez mučení a násilí všeho druhu.
3. Právo na sexuální soukromí je právo na individuální rozhodnutí a chování v soukromí do té míry, do které nejsou dotčena sexuální práva jiných lidí.
4. Právo na sexuální rovnost - je osvobození od všech forem diskriminace, vztahující se k sexualitě, pohlaví, sexuální orientaci, věku, rase, sociální třídě, tělesným či duševním vlastnostem.
5. Právo na sexuální rozkoš - sexuální rozkoš, včetně autoerotické, je součástí tělesného, psychologického, intelektuálního i duchovního blaha.
6. Právo svobodně se sexuálně sdružovat - představuje právo svobodně se rozhodnout zda uzavřít sňatek, rozvést se a nebo ustavit jinou formu sexuálního společenství.
7. Právo ke svobodným a odpovědným sexuálním rozhodnutím - je právo rozhodnout se zda a kdy mít děti, rozhodnutí o jejich počtu a době narození, právo plného přístupu k metodám umožňujícím regulaci plodnosti.
8. Právo na sexuální informace, založené na vědeckých základech - sexuální informace mají být podávány bez předsudků a na podkladě vědeckých dat. Poučení o sexualitě má být přiměřené různým sociálním úrovním.

9. Právo na důkladné sexuální poučení - sexuální výchova je celoživotní proces, probíhající od narození všemi životními cykly a měly by je respektovat všechny sociální instituce.
10. Právo na sexuální zdravotní péči - sexuální zdravotní péče musí být dostupná pro prevenci a léčbu všech sexuálních starostí, problémů a zejména poruch.

## **Příloha č. 4 Anketa**

Vážení pracovníci,

ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci. Jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci, oboru speciální pedagogika pro výchovné pracovníky. Ve své bakalářské práci se věnuji problematice sexuální výchovy osob s mentálním postižením.

Prosím Vás o Vaše laskavé vyjádření k tvrzením, se kterými se v oblasti sexuální výchovy můžete setkat. **Označte vždy odpověď, resp. všechny odpovědi, se kterými SOUHLASÍTE.** Otevřené otázky zpravidla doplňují Vaše tvrzení a mají pomoci porozumět Vaší odpovědi.

Pokud budete mít nedostatek místa pro Vaši odpověď, pokračujte v odpovědi na zadní straně. V takovémto případě nezapomeňte vždy, prosím, uvést také číslo otázky.

Máte-li k tématu „sexuální výchova u osob s mentálním postižením“ jakékoli osobní poznámky, uveďte je také na zadní straně.

V případě, že máte jakékoli otázky k oblasti sexuality u osob s mentálním postižením, kontaktujte mne na emailové adrese: [tetamira@seznam.cz](mailto:tetamira@seznam.cz). Na stejné emailové adrese budou k dispozici také výsledky mého šetření.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

Mgr. Miroslava Šulíková

**1. Sexuální výchova osob s mentálním postižením by dle Vašeho názoru měla obsahovat:**

- A/ výchovu k hygieně genitálií
- B/ pohlavní výchovu (biologická stránka sexuality, anatomie a funkce pohlavních orgánů)
- C/ výchovu k přátelství
- D/ výchovu k partnerství (vztah s rozměrem sexuality)
- E/ výchovu k manželství
- F/ výchovu k rodičovství
- G/ výchovu k zodpovědnosti
- H/ výchovu k respektování druhé osoby

**2. Sexuální výchova je v našem zařízení potřebná.**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Zdůvodněte, prosím Vaši odpověď:

.....

.....

Pokud jste odpověděli „ANO“/ „ASI ANO“, **kdo** by měl Vašim uživatelům sexuální výchovu poskytovat?

- A/ odborník..... jaký?.....
- B/ pedagogický pracovník Vašeho zařízení
- C/ zdravotnický pracovník Vašeho zařízení
- D/ jiná možnost.....

**3. Uživatelé našeho zařízení mají dostatek informací o sexualitě.**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Jaké mají uživatelé zdroje informací?

.....

.....

**4. Sexuální výchova v našem zařízení probíhá.**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Uveďte, prosím, konkrétní příklad:

.....

.....



**5. Sexuální výchova v našem zařízení obsahuje:**

A/ výchovu k hygieně genitálií

B/ pohlavní výchovu (biologická stránka sexuality, anatomie a funkce pohlavních orgánů)

C/ výchovu k přátelství

D/ výchovu k partnerství (vztah s rozměrem sexuality)

E/ výchovu k manželství

F/ výchovu k rodičovství

G/ výchovu k zodpovědnosti

H/ výchovu k respektování druhé osoby

**6. Je správné, aby osoby s mentálním postižením naplňovaly vlastní sexualitu (např. masturbace, pohlavní akt).**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Zdůvodněte, prosím, Vaši odpověď:

.....  
.....

**7. V našem zařízení mají uživatelé dostatek příležitostí k naplnění vlastní sexuality.**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Uveďte, prosím, konkrétní příklad:

.....  
.....

**8. Je správné, aby osoby s mentálním postižením žily partnersky (ve vztahu muž a žena nebo muž a muž nebo žena a žena s rozměrem sexuality).**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Zdůvodněte, prosím, Vaši odpověď:

.....  
.....

**9. Uživatelé našeho zařízení mají možnost žít partnersky.**

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Jakým způsobem je ve Vašem zařízení umožněna realizace partnerství?

.....

**10. Je správné, aby osoby s mentálním postižením byly rodiči.**

ANO \* ANO \* NEVÍM \* ANE \* NE

Zdůvodněte, prosím, Vaši odpověď:

.....

.....

**Doplňující otázky:**

11. Jste MUŽ \* ŽENA

12. V zařízení pracujete jako A/ pedagogický pracovník  
B/ zdravotnický pracovník  
C/ jiné .....

13. Jak dlouho pracujete v zařízení? A/ 1-2 roky  
B/ 2-5 let  
C/ 5-10 let  
D/ víc než 10 let

14. Jste věřící? ANO \* NE

15. Jste řeholník/ řeholnice? ANO \* NE

16. Pokud jste na otázku č. 14. odpověděli kladně, uveďte, prosím, **církevní dokumenty nebo jiné prameny**, o kterých víte, že se věnují oblasti sexuality. Pokud takový dokument či pramen neznáte, uveďte: nevím.

Vážení pracovníci,

ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci. Jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci, oboru speciální pedagogika pro výchovné pracovníky. Ve své bakalářské práci se věnuji problematice sexuální výchovy osob s mentálním postižením.

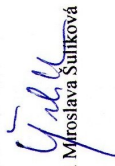
Prosim Vás o Vaše laskavé vyjádření k tvrzením, se kterými se v oblasti sexuální výchovy můžete setkat. **Označte vždy odpověď, resp. všechny odpovědi, se kterými SOUHLASÍTE.** Otevřené otázky zpravidla doplňují Vaše tvrzení a mají pomoci porozumět Vaší odpovědi.

Pokud budete mít nedostatek místa pro Vaši odpověď, pokračujte v odpovědi na zadní straně. V takovémto případě nezapomeňte vždy, prosím, uvést také číslo otázky.

Máte-li k tématu „sexuální výchova u osob s mentálním postižením“ jakékoli osobní poznámky, uveďte je také na zadní straně.

V případě, že máte jakékoli otázky k oblasti sexuality u osob s mentálním postižením, kontaktujte mne na emailové adrese: [letamira@seznam.cz](mailto:letamira@seznam.cz). Na stejné emailové adrese budou k dispozici také výsledky mého šetření.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

  
Mgr. Miroslava Šulíková

1. Sexuální výchova osob s mentálním postižením by dle Vašeho názoru měla obsahovat:

- A) výchovu k hygieně genitálií
- B) pohlavní výchovu (biologická stránka sexuality, anatomie a funkce pohlavních orgánů)
- C) výchovu k přátelství
- D) výchovu k partnerství (vztah s rozměrem sexuality)
- E) výchovu k manželství
- F) výchovu k rodičovství
- G) výchovu k zodpovědnosti
- H) výchovu k respektování druhé osoby

2. Sexuální výchova je v našem zařízení potřebná.

ANO \* ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Zdůvodněte, prosím Vaši odpověď:

SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V NAŠEM ZAŘÍZENÍ JE NESYSTEMATICKÁ, MAHOMILA ZAMĚŘENÁ PŘEVÁŽNĚ NA HYGIENICKOU VĚCH. A BIOL. STRÁNKU  
Pokud jste odpověděli „ANO“/„ASI ANO“, kdo by měl Vaším uživatelům sexuální výchovu poskytovat?

- A) odborník..... jaký? LÉKAŘ - SEKULOLOG (FOROV PŘEDNÁŠKY)
- B) pedagogický pracovník Vašeho zařízení
- C) zdravotnický pracovník Vašeho zařízení
- D) jiná možnost.....

3. Uživatelé našeho zařízení mají dostatek informací o sexualitě.

ANO \* ASI ANO \*  NEVÍM \* ASI NE \* NE

Jaké mají uživatelé zdroje informací?

KOZHOVOR S PRACOVNÍKY, POŘADY V TELEVIZI  
VĚKTERÝ KLIENT - KONKRETNĚ JAKÝ (??)

4. Sexuální výchova v našem zařízení probíhá.

ANO \*  ASI ANO \* NEVÍM \* ASI NE \* NE

Uveďte, prosím, konkrétní příklad:

KLIENTKA (STŘEŽNĚ PEDA' MR) LÍBALA A OSAHÁVALA KLIENTKU (TEŽKÁ MR), KTERÁ SE NEDOKÁZALA BRANIT - TĚTO KLIENTE UVISLENO, ŽE DRUHÁ OSOBA MUSÍ VYJÁDŘIT S JEJÍ JEDNANÍM SOHLAS.

5. Sexuální výchova v našem zařízení obsahuje:

- A/ výchovu k hygieně genitálií
- B/ pohlavní výchovu (biologická stránka sexuality, anatomie a funkce pohlavních orgánů)
- C/ výchovu k přátelství
- D/ výchovu k partnerství (vztah s rozměrem sexuality)
- E/ výchovu k manželství
- F/ výchovu k rodičovství
- G/ výchovu k zodpovědnosti
- H/ výchovu k respektování druhé osoby

6. Je správné, aby osoby s mentálním postižením naplňovaly vlastní sexualitu (např. masturbace, pohlavní akt).

ANO \*  ASI ANO \*  NEVÍM \*  ASINE \*  NE

Zdůvodněte, prosím, Vaši odpověď:

OSOBY S MENT. POSTIŽENÍM HAJÍ STEJNÁ PRAVA JAKO  
OSTATNÍ LIDÉ, TĚM I PRAVO ŽÍT SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM

7. V našem zařízení mají uživatelé dostatek příležitostí k naplnění vlastní sexuality.

ANO \*  ASI ANO \*  NEVÍM \*  ASINE \*  NE

Uveďte, prosím, konkrétní příklad:

UŠEBECNĚ - MÁLO PŘÍLEŽITOSTÍ K SOUKROMÍ  
NĚKTERÝ KLIENT ZSOV ZDE OD NĚJAKÝCH ŽEN, JEDNICH VÝCHOVA BYLA  
DILUVENNA JAZBREM (ZVL. RÁM. BĚSTĚR), ŽE JE TO NESLUŠNĚ " JE TO ČASŮ  
ALE NEJEN ŽICH " NESMÍ SE TO DĚLAT" (JAKO NE TĚM)

8. Je správné, aby osoby s mentálním postižením žily partnersky (ve vztahu muž a žena nebo muž a muž nebo žena a žena s rozměrem sexuality).

ANO \*  ASI ANO \*  NEVÍM \*  ASINE \*  NE

Zdůvodněte, prosím, Vaši odpověď:

VIE. OTÁZKA Č. 6 + POTŘEBNÁ ÚŘEĎT' INDIVIDUÁLNÍ MÍRA  
PĚPPORY (OSVĚTA APOD.)

9. Uživatelé našeho zařízení mají možnost žít partnersky.

ANO \*  ASI ANO \*  NEVÍM \*  ASINE \*  NE

Jakým způsobem je ve Vašem zařízení umožněna realizace partnerství?

NEVÍ. VZTAHY MEZI KLIENTY ZSOV TOLEROVANÉ I PĚPPOUVANÉ,  
AVŠAK NEVÍ PĚPPOVÁN SEKUALNÍ ŽIVOT.

10. Je správné, aby osoby s mentálním postižením byly rodiči.

ANO \*  ASI ANO \*  NEVÍM \*  ASINE \*  NE

Zdůvodněte, prosím, Vaši odpověď:  ANO

O DÍTĚ MOKAZIT PĚPPOVAT ALE SPON ŽENĚ. MESSOU VŠAK PRC  
TO VITROZENY PODMINKY (PRAVUK, MATERIAKUN.)

Doplňující otázky:

11. Jste MUŽ \*  ŽENA

12. V zařízení pracujete jako A/ pedagogický pracovník

B/ zdravotnický pracovník

C/ jiné .....

13. Jak dlouho pracujete v zařízení? A/ 1-2 roky

B/ 2-5 let

C/ 5-10 let

D/ více než 10 let

14. Jste věřící? ANO \*  NE

15. Jste řeholník/ řeholnice? ANO \*  NE

16. Pokud jste na otázku č. 14 odpověděli kladně, uveďte, prosím, církevní dokumenty nebo jiné prameny, o kterých víte, že se věnují oblasti sexuality. Pokud takový dokument či pramen neznáte, uveďte: nevim.

## Příloha č. 5 Obrazový didaktický materiál

