

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Iveta Plíšková

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph. D.

Olomouc 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila úplný seznam citované a použité literatury.

Olomouc, 5. dubna 2011

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce doc. PhDr. PaedDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a odborné vedení při psaní této kvalifikační práce. Ráda bych také poděkovala za odbornou konzultaci legislativního řešení mateřství a rodičovství osob s mentálním postižením, doc. Mgr. PaedDr. Janu Michalíkovi, Ph.D..

Iveta Plíšková

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
1.1 Definice mentálního postižení.....	7
1.2 Klasifikace mentálního postižení.....	7
1.3 Typy mentální retardace.....	8
2 SEXUALITA.....	10
2.1 Definice sexuality	10
2.2 Projevy sexuality.....	10
2.3 Roviny sexuality.....	11
2.4 Vývoj sexuality u osob s mentálním postižením	11
2.5 Podrobněji k sexuálnímu vývoji.....	12
3 SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	15
3.1 Základní znaky mentálního postižení v kontextu se sexuálním vývojem dle klasifikačního rozdělení MKN	16
3.2 Důsledky potlačování sexuality a její ventilace	18
3.3 Sexuální práva osob s mentálním postižením	19
4 PORADENSTVÍ A OSVĚTA.....	21
4.1 Realizace sexuální osvěty	21
4.2 Zásady komunikace s osobou s mentálním postižením.....	26
PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
5 METODOLOGIE.....	28
5.1 Cíl výzkumu.....	28

5.2	Problémové otázky.....	28
5.3	Charakteristika respondentů.....	29
5.4	Použité metody	29
5.5	Průběh šetření.....	31
5.6	Řešení problémových otázek.....	37
	ZÁVĚR	43
	SEZNAM LITERATURY	45
	ANOTACE	47

ÚVOD

V moderním pojetí speciální pedagogiky se volá po humanizaci, normalizaci a deinstitucionalizaci. Naplňovat význam těchto hesel a uskutečňovat myšlenku, že osoby s mentálním postižením mají nezadatelná práva jako lidé řadící se mezi intaktní část populace, se nám ale nepovede do důsledku, budeme-li zanedbávat či dokonce ignorovat sexuální složku osobnosti, kterou každý z nás má, nehledě na zdravotní, tělesný či psychický stav. Oslabení rozumových a kognitivních schopností a dovedností neznamena nižší sexuální vzrušivost, absenci pudů či sexuálního bažení. Přesto ale může jedince v této sféře znevýhodňovat, a to v realizaci sexuálního chování či dokonce i jen v možnosti realizace. Mít vůbec možnost k sexuálnímu chování je základním požadavkem, který máme šanci nejnáze ovlivnit. A to rušením nekoedukovaných domovů sociální péče a zaváděním institucí, kde budou žít společně muži i ženy. Všechny změny v této oblasti jsou podmíněny už jen samotným přístupem k této problematice. Ač se jedná o životy jiných lidí, jsme to my, lidé bez handicapu a pracovníci v sociálních službách, kdo má nejvíce kompetencí ke zlepšení života a životních podmínek postižených. V důsledku jejich rozumového deficitu mají snížené možnosti k prosazování svých práv a oprávněných zájmů, svých tužeb a přání, proto se musí vytvořit skupina zaujatých, kteří napomohou k plnění cílů sociálních služeb a prosadí a uvede do praxe nezbytné kroky.

Je důležité a v podstatě i zásadní odtabuizovat téma sexuality osob s mentálním postižením a setřít stud, který zde leží jako staletá vrstva prachu.

Sepsáním této kvalifikační práce a jejím uveřejněním bych tedy chtěla, lidově řečeno, přispět svojí troškou do mlýna a podílet se na otevřeném přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením. Chtěla bych umožnit nahlédnout alespoň do základů této problematiky zainteresovaným, zájemcům ale i širší veřejnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální retardace je postižení charakteristické sníženou inteligencí. Způsobeno může být nejrůznějšími vlivy v období prenatálním, perinatálním i postnatálním (Kozáková, 2005). Tímto druhem postižením trpí 3 – 4 % celé populace.

1.1 Definice mentálního postižení

„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“ (Valenta, Müller, 2003).

Pro srovnání Vágnerová popisuje mentální retardaci jako „souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit“ (Vágnerová, 2003).

Základní charakteristikou mentální retardace je „nedostatečně vyvinutý intelekt, s tímto pak souvisí úroveň narušení chování, stupeň soběstačnosti a nutnost péče. Mentální retardace představuje globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince“ (Češková in Svoboda, 2006).

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Ke klasifikaci mentální retardace se využívá takzvaného inteligenčního kvocientu, IQ. Zásluhy za zavedení inteligenčního kvocientu nesou W. Stern a A. Binet. Díky inteligenčnímu kvocientu můžeme vyjadřovat úroveň inteligence, tedy rozumových schopností jedince. IQ vyjadřuje vztah mezi mentální úrovní jedince a jeho chronologickým, tedy skutečným, věkem.

K vypočítání se používá tohoto vzorce:

$$IQ = \frac{\text{mentální věk} \times 100}{\text{chronologický věk}}$$

Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vypracovala Světová zdravotnická organizace a která vstoupila v platnost v roce 1992 v Ženevě, se mentální retardace člení do následujících šesti základních kategorií:

Označení dle MKN	Stupeň postižení	IQ
F 70	Lehká mentální retardace	69 – 50
F 71	Středně těžká mentální retardace	49 – 35
F 72	Těžká mentální retardace	34 – 20
F 73	Hluboká mentální retardace	Nejvýše 20
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Neurčená mentální retardace	

1.3 Typy mentální retardace

Dalším možným dělením mentální retardace je rozlišení, jak jej uvádí Krejčířová. Toto dělení je nezávislé na klasifikaci podle MKN a je založeno na projevech chování, kterými lze jedince charakterizovat.

- a) **eretický** (neboli verzatilní) jedinec je typický neklidným chováním a dochází u něho k prudkým výkyvům mezi aktivitou a pasivitou. Není schopen setrvat po delší dobu u vykonávání jedné činnosti.

- b) **apatický** (neboli torpidní) jedinec působí klidným dojmem, pohybuje se a vykonává činnosti pomalu, jakoby rozvážně. Můžeme se u něho setkat s automatickými pohyby. Velmi pomalu u tohoto typu dochází ke střídání vzruchů a útlumů.
- c) **nevyhraněný** jedinec se nijak zvlášť v tomto smyslu neprojevuje. Procesy vzruchu a útlumu jsou takřka vyrovnané, je zde možnost jen mírného, ne příliš výrazného, převládání jednoho či druhého typu.

2 SEXUALITA

2.1 Definice sexuality

Podle Světové zdravotnické organizace (World healthy organization) je sexualita centrálním aspektem lidského bytí po dobu celého života jednotlivce a zahrnuje pohlaví, rodovou identitu a pohlavní roli, sexuální orientaci, erotiku, požitky, intimitu a reprodukci. Sexualita je prožívána a vyjadřuje se v myšlenkách, představách, touhách, názorech, postojích, hodnotách, chování, sexuálních praktikách, rolích a vztazích. I když může sexualita zahrnovat všechny tyto dimenze, ne každý jedinec je prožívá a vyjadřuje v úplnosti. Sexualitu ovlivňuje interakce biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etických, právních, historických a náboženských či spirituálních faktorů.

V sexualitě se projevuje tělesný i duševní život člověka. Je řízena látkovou výměnou, hormony, nervovým podrážděním, genetickými podmínkami, životním prostředím, naším cítěním, naší fantazií (Gödtel, 1994).

2.2 Projevy sexuality

Organismus člověka je zevnitř ovlivňovaný pohlavními pudy. Sexuální motivace má kromě specifických chemických procesů odehrávajících se ve vnitru jednotlivce i stránku psychologickou, která je prožívána jako napětí, emoce, přání, vzrušení a tak dále. Tento stav vede člověka ke snaze o změnu, která přinese uspokojení jako cíl pudu.

J. Zvěřina a J. Malina (2002) doporučují pro zjednodušení rozlišovat v lidské sexuální motivaci tyto čtyři základní komponenty:

- a) **Sexuální identifikace** (neboli také sexuální role) – jedná se o vědomí příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví, které je dané nejen automatickým, fyziologickým a normálním vybavením jednotlivce, ale i jeho pohotovostí zaujímat jisté konkrétní sociální role.
- b) **Sexuální orientace** – je dána preferováním jistého druhu sexuálního objektu.
- c) **Sexuální emoce** – jedná se o cit zamilovanosti, zážitek z orgasmu a sexuální uspokojení.

d) **Sexuální chování.**

2.3 Roviny sexuality

Současná věda tvrdí, že lidská osoba je poznačená sexualitou ve třech rovinách (Mandzánková, 2008):

- a) **Biologická** (sexus) – zahrnuje pudy a tělesné projevy sexuality, je zaměřena na zabezpečené pokračování lidského pokolení.
- b) **Duševní** (eros) – zahrnuje psychické projevy a prožívání sexuality, konkrétněji sexuální představy, pocit zamilovanosti a podobně.
- c) **Duchovní** (agapé) - duchovním rozměrem sexuality se rozumí mravní postoje a láska doprovázející sexualitu, jíž je nedílnou součástí.

2.4 Vývoj sexuality u osob s mentálním postižením

U osob s mentálním postižením se můžeme setkat se zpomaleným sexuálním vývojem, je možná i varianta, že sexuální vývoj je zcela zastavený a dochází i k nerozvinutí sekundárních pohlavních znaků. Jiní jsou zase tělesně vyspělí, ale jejich sexualita zůstává na úrovni dítěte. Pro pochopení sexuality osob s mentálním postižením je podstatné si uvědomit, že u jedince mohou v určitém čase splývat čtyři různé věkové úrovně. Konkrétněji věk biologický, mentální, sociální a sexuální. Co každý z nich odráží?

Dle Mandzánkové jsou to:

- a) **Biologický věk** – odpovídá počtu roků, tělesné vyzrálosti i vývinu sekundárních pohlavních znaků.
- b) **Mentální věk** – poskytuje informaci o úrovni vývoje kognitivních schopností, orientaci v čase a prostoru, chápání příčin a důsledků a schopnost sebeobsluhy.
- c) **Sociální věk** – odráží to, jak je jedinec schopen dodržovat společenská pravidla a normy a jak se chová v kolektivu při spolupráci s dalšími osobami.
- d) **Sexuální věk** – souvisí s uvědomováním si pohlavní identity a role, s projevovaným zájmem o druhé pohlaví (pro zjednodušení - orientováno

na heterosexuální většinu), o partnerský vztah, touhy po založení rodiny a zplození potomků, spadají sem samozřejmě i první dotyky mezi partnery až postup k samotnému koitu.

2.5 Podrobněji k sexuálnímu vývoji

V této podkapitole vycházím z příspěvku Jiřího Mellana na celostátní sexuologické konferenci v Hradci Králové.

Nejzávažnější poruchy sexuálního vývoje se vyskytují u vrozených postižení nebo postižení získaných v raném vývoji. Tato doba vzniku postižení tedy způsobuje největší handicap, oproti tomu postižení vzniklá v průběhu života jsou menším znevýhodněním v sexuálním životě jedince. Nejmenší handicap způsobují postižení, ke kterým došlo již poté, co má jedinec zkušenosti s plným partnerským a sexuálním životem. Na lidské sexualitě se podílejí tělesné, psychické a sociální vlivy.

První oblastí jsou somatické vlivy. Již v prenatálním období může dojít k řadě odchylek na chromozomální úrovni, základní znalostí biologie člověka je fakt, že pohlaví jedince je určeno dvojicí pohlavních chromozomů. Mužské pohlaví je určeno dvojicí pohlavních chromozomů YX, ženské pohlaví dvojicí XX. Již v této fázi může dojít k odchýlkám jako například ztrojení jednadvacátého chromozomového páru. Postižení vzniklé touto odchýlkou nazýváme Dawnův syndrom. Na takto vzniklá postižení se během dalšího vývoje nabalují další znevýhodnění ve všech oblastech života.

Do čtvrtého měsíce prenatálního vývoje datujeme vývoj mozkových struktur, kdy se utváří mužská či ženská centra v mezimozku, která později ovlivňují směr a sílu pudového nutkání a jednání. O zrání mozku ve druhé polovině embryonálního vývoje se toho zatím mnoho neví.

Perinatální období, tedy období kolem porodu, představuje rizikovou část těhotenství, vlivem protrahování porodu či samotným traumatem může dojít k druhotnému poškození centrálního nervového systému.

Po porodu již převažují psychosexuální vlivy na jedince. Bezprostředně po narození dítěte je porodníkem určeno jeho matrikové pohlaví, které v dalším vývoji bude ovlivňovat tlak na požadované chování jedince. Narození dítěte

je významnou událostí, pokud se jedná o vytoužené a zdravé dítě, je dítě od počátku zahrnováno láskou, péčí a pozorností svých blízkých. Pokud se ale narodí dítě s postižením, typické jsou zmatené či odmítavé reakce rodičů a dítě se tak rodí do „krize rodičovské identity“.

Z hlediska dalšího sexuálního vývoje přichází etapa pohlavní identifikace a přijetí rolí, které bude jedinec během svého života zastávat. Jak jsem již výše zmínila, v průběhu života se jedinec bude setkávat s tlakem společnosti na chování patřičné vzhledem k jeho pohlaví. Mezi významné determinanty sociosexuálního vývoje patří i postavení mezi sourozenci, rodinná konstelace či vztahy s pečujícími osobami, pokud dítě vyrůstá v rezidentní ústavní péči.

S příchodem puberty se znovu významně prosazují biologické vlivy. Hlavním problémem u mentálně postižených je skutečnost, že tělesný stav neodpovídá předpokládané mentální úrovni. Z hlediska tělesných znaků se tedy může jednat o vyspělého muže či ženu, z hlediska mentálních schopností se však jedná o jedince dosahujícího povětšinou maximálně úrovně odpovídající osmému či devátému roku života.

Za zmínku stojí i sociosexuální vývoj. Seznámím vás s pojetím sociosexuálního vývoje, jak ho známe od Schofielda. Povšimnutí si druhého pohlaví se sexuální podtextem přichází v období puberty, kamarádké vztahy či platonickou zamilovanost nahrazuje zájem o druhé pohlaví vytvořený na základě hormonálních podnětů. Vědomí, že druhé pohlaví existuje, se začíná doplňovat sexuální přitažlivostí. Dospívající se snaží dostat do blízkého kontaktu s osobou druhého pohlaví, která je pro něj atraktivní, snaží se o trávení společného času a romantickou fázi vztahu, která je naplněna společnými procházkami a randěním. Nedochozí ještě k tělesnému kontaktu, popisují zde část sociosexuálního vývoje, kterou Schofield nazývá fází **pretaktilní** (dnes je známa také pod termínem proceptivita).

Prohlubováním vztahu dochází k tělesným dotekům, držení se za ruce, polibkům, objímání a hlazení v horní polovině těla (= fáze neckingu). Zkušenosti ukazují, že tuto fázi vztahu zvládají osoby s mentálním postižením velmi dobře, přináší jim uspokojení a dlouhodobě v ní setrvávají. Od neckingu je již krůček k petingu, které můžeme označit jako dráždění genitálií dotýkáním se. Této fázi říkáme **prekointální**. Po psychické stránce dochází v prekointální fázi k duševnímu

porozumění a vyhodnocování partnera jako vhodného jedince pro další sexuální a partnerské praktiky. Pro další vývoj je velmi důležité, za jakých okolností tyto intimní zážitky probíhají a zda působí příjemné prožitky, dochází totiž k imprintingu, neboli trvalému vtištění těchto zážitků, které ovlivňují další sexuální a partnerské chování jedince v průběhu jeho života.

Poslední, nejintimnější fází partnerského vztahu je koitální fáze, do níž spadá samotný pohlavní akt. Nutno podotknout, že do této fáze se mnoho osob s mentálním postižením nedostane. A to jak vlivem nejrůznějších překážek, tak ale i tím, že mnoho těchto osob najde dostatečné uspokojení například již v pretaktilní fázi a o samotný pohlavní akt v podstatě ani neprojeví zájem.

3 SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Sexualitu můžeme chápat jako integrální součást osobnosti. Zdůrazněme, že každé osobnosti, i té s postižením. Sexualita je tedy nedílnou součástí jedince, a pokud chceme poskytovat jedincům komplexní péči s cílem dosažení co největší kvality života, nesmíme opomíjet tuto složku osobnosti.

Dle Kozákové se mezi intaktní společností můžeme setkat se dvěma hojně zastoupenými mýty. Jedním z nich je, že osoby s mentálním postižením jsou hypersexuální, protipólem k tomuto nepodloženému tvrzení je, že jsou tito lidé asexuální. Oba mýty se vám pokusím ve stručnosti vyvrátit a převést na pravou míru, jak to s osobami s mentálním postižením a jejich sexualitou skutečně je. Prvním z nich bude zmiňovaná hypersexualita. Jedná se o fakt relevantně nepodložený, jeho vznik je však zcela snadno pochopitelný. Pramení z toho, že osoby s mentálním postižením vyjadřují své sexuální chování na veřejnosti a i za nevhodné situace. Způsobeno je to tím, že jim nebyly poskytnuty dostatečné informace o tom, kdy, kde a za jakých podmínek mohou masturbovat, aniž by na ně někdo nahlížel s odporem. V naší společnosti je onanie považována za intimní záležitost a není vhodné, aby byla prováděna na veřejnosti. Připomeňme si, že „očekávání týkající se vhodnosti určitého chování je také určeno kulturními představami a obecným očekáváním chování v určitých rolích“ (Emerson, 2008). Dalším důvodem přemrštěného počtu onanií může být fakt, že neovládají správně sebeuspokojuvací techniku. Sice vědí, kde jim dotýkání se vlastního těla vyvolává libé pocity, přesto ale nemusí znát správný způsob, který by je dovedl k uspokojení, tedy orgasmu. Pociťují tak neustálou vnitřní sexuální tenzi, která z důvodu nesprávných postupů nemůže být odventilována. A tak narůstá počet pokusů o její uvolnění a rázem jsme u jádra věci, proč osoby s postižením působí na okolí jako hypersexuální.

Základním kamenem k názoru o asexualitě těchto osob je, domnívám se, tabuizace tohoto tématu. O sexu handicapovaných se nemluví a i massmédiá nás atakují tím, že sex provozují jen mladí, krásní a zdraví lidé. Pod tímto nátlakem, který si ani neuvědomujeme, pokud se nad tímto skutečně objektivně nezamyslíme, mnoho lidí ani nenapadne, že by osoby s postižením měly nějaké sexuální potřeby mít. Neznalý jedinec si může myslet, že mají snížené kognitivní, rozumové, sociální a další schopnosti a dovednosti a rovnou do stejného „pytle

omezení“ dají i sexuální apetenci. Tak to však není. Sexuální pud vedoucí k zachování rodu, potřeba lásky, citu a porozumění je vlastní i osobám s postižením. Samozřejmě zde dochází k jisté determinaci, ale například osoby v hraničním pásmu sedmdesáti IQ bodů mohou a často chtějí vést úplně běžný život se vším všudy, sexem, rodičovstvím a dalšími atributy dospělosti jako zdraví lidé.

Dříve jsme se mohli setkat, s dnes snad již překonaným názorem, že pokud oddělíme obě pohlaví od sebe, nebudou se projevovat sexuální pudy a otázka sexuality se nebude muset řešit. Vznikaly tak striktně oddělená, nekoedukovaná, ústavní zařízení. Iniciátoři těchto myšlenek však zřejmě pozapomněli na to, že pudy pouhým oddělením obou pohlaví nezastaví, a tak začalo docházet i k pseudohomosexuálním vztahům. Pseudohomosexuální vztah je stav, kdy jedinec heterosexuální orientace pod vlivem okolností začne ke svému uspokojení provozovat sexuální praktiky s jedincem stejného pohlaví i přesto, že za normálních okolností by takto nejednal (pro představu tento princip funguje ve vězeňských zařízeních, kdy dlouhodobé odnětí svobody a sexuální frustrace způsobují, že jedinci hledají sexuální uspokojení v homosexuálních vztazích i přesto, že jejich skutečná sexuální orientace je čistě heterosexuální). To však nebyl jediný důsledek této naivní teorie. Klienti frustrovaní a v neventilovaném napětí propadali agresivním atakům a vedlo to i k problémům v chování.

Další takovouto spasitelskou myšlenkou bylo, že zaměstnáme-li dostatečně tyto klienty, nebudou mít dostatek času, energie a chuti k věnování pozornosti svým sexuálním tužbám. Nemusím snad ani zmiňovat, že tato myšlenka se také nesešla s úspěchem.

3.1 Základní znaky mentálního postižení v kontextu se sexuálním vývojem dle klasifikačního rozdělení MKN

Dle výše uvedené tabulky jsou popsány jednotlivé stupně mentálního postižení a charakteristiky sexuality pro jednotlivé stupně, jak je uvádí Štěrbová ve své publikaci *Sexualita osob s mentálním postižením*.

a) Lehká MR (F70)

- Sice opožděně, ale mluvu si osvojí, dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, jsou úplně nezávislí v osobní péči, i když je vývoj oproti normě mnohem pomalejší. Mají specifické problémy se čtením a psaním.
- Klienti s lehkou MR jsou schopni adaptivního chování a sexuální explorační. Jsou schopni naučit se adaptivní sexuální dovednosti v souladu s normami společnosti. Jsou schopni osvojit si vhodné homosexuální i heterosexuální interakce, pokud se jim dostane sexuální osvěty a poradenství.

b) Středně těžká MR (F71)

- Pomalu se rozvíjí chápání a užívání řeči, jejich konečné schopnosti jsou omezené. Někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Obvykle jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže je zajištěn dohled, bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie.
- Klienti se středně těžkou MR jsou ve svém sociálním a sexuálním chování ovlivnitelní odměnou a oceněním, pokud jde o přiměřenost či nepřiměřenost chování. Jsou velmi zranitelní a neschopni se rychle a správně rozhodnout.

c) Těžká MR (F72)

- Značná porucha motoriky nebo jiné přidružené defekty. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené.
- Klienti s těžkou MR nedokážou sami bez pomoci přizpůsobit své sexuální chování společenským normám. Někdy mohou s nelibostí reagovat na kontrolu.

d) Hluboká MR (F73)

- Většina jich je imobilních, inkontinentních. Vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Ve většině případů lze určit organickou etiologii.
- Klienti s hlubokou MR mají adaptivní chování na velmi nízké úrovni. Nejsou schopni předvídat následky doteků a sexuálního chování.

e) Jiná MR (F78)

- Tato kategorie by měla být používána pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození.

f) Nespecifikovaná MR (F79)

- Používáme v případech, kdy MR je sice prokázána, ale z důvodu nedostatku informací není možné zařadit pacienta do jedné z již uvedených kategorií. Zahrnuje: mentální defektnost nervové soustavy, mentální subnormalitu nervové soustavy, oligofrenii nervové soustavy.

3.2 Důsledky potlačování sexuality a její ventilace

Pro úplný vhled do této problematiky je třeba se pozastavit i nad rozdílností ventilace sexuální energie u populace intaktní a populace postižené.

Sexualitu je nutné uspokojovat či ventilovat a to vhodným způsobem. Pokud k tomu nedochází zmiňovanými vhodnými způsoby, může se nahromaděný tlak projevovat nevhodným, zavrženíhodným sociálním chováním. Intaktní jedinec má k této ventilaci ve svém osobnostním systému vybudovaný kompenzační mechanismy s kvalitní automaticky fungující cenzurou i odpovídající schopnosti pro dosažení sexuálního uspokojení.

V osobnostním systému člověka s mentálním postižením je spektrum kompenzačních kanálů velmi omezené a i schopnost uspokojovat sexuální potřeby je výrazně omezená. Právě z tohoto důvodu si neuvědomují svoji nahromaděnou sexuální energii a prožívají ji jako napětí, které se pokoušejí ventilovat automaticky, živelně s difúzně rozptýlenou podrážděností (Šurabová, 1996).

K negativním projevům v chování, které jsou důsledkem omezené ventilace sexuálního pudu, můžeme řadit tyto projevy:

- a) neurotické projevy a jiné asociální chování – bouchání hlavou o tvrdé předměty, kousání se, tiky, neurotické slintání, grimasy, hysterický smích nebo naopak pláč, stereotypní pohyby, fetiše

- b) obsedantní formy chování
- c) střídání nálad, depresivní stavy, trvalá nespokojenost a tvrdošijnost
- d) sexuální symboly jako náhrada – např. přehnaný zájem o mořskou pannu, která se stala symbolem sexu

3.3 Sexuální práva osob s mentálním postižením

V roce 1997 se ve španělské Valencii konal 13. světový sexuologický kongres, na němž byla přijata Deklarace sexuálních práv (Mandzáková, 2008). Deklarace vyzývá k vytváření vhodných podmínek pro plný rozvoj jednotlivce a zároveň respektování sexuálních práv každého člověka. Tato deklarace je zmiňována proto, že se týká všech lidí bez ohledu na jejich rasu, národnost, náboženské vyznání, barvu pleti či zdravotní stav, tedy i přítomnost postižení. Tento fakt je zakotven v *Deklaraci práv mentálně retardovaných*. Níže podrobně uvedená Deklarace je významným krokem ke zlepšování kvality života osob intaktních i osob s postižením. Obsah deklarace zajišťuje základní práva v oblasti sexuality a je následující:

- a) Právo na svobodu
- b) Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla
- c) Právo na sexuální rovnost
- d) Právo na sexuální zdraví
- e) Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě
- f) Právo na dostatečnou sexuální výchovu
- g) Právo svobodně se setkávat
- h) Právo svobodné a zodpovědné volby ve věci reprodukce, počtu dětí, doby jejich narození přístupu k prostředkům regulace porodnosti a plánovaného rodičovství
- i) Právo na soukromí

Další důvod uvést zde tento dokument je prostý. Jak jsem již zmiňovala v Úvodu, naším cílem by měla být komplexní péče o osoby s postižením a snahy o jejich co největší možný rozvoj ve všech sférách života.

Tento dokument stanovuje, že naše pomoc a podpora osobám s mentálním postižením v sexuální oblasti jejich životů není naším milosrdenstvím a dobrodiním, ale povinností. Odmítá přehlížení či dokonce popírání sexuality těchto lidí a dělá z něj **protiprávní** jednání. Je významným krokem poskytujícím oporu lidem s postižením v případech, kdy se setkávají s dnes již nemyslitelnými jevy jako je například trestání za masturbaci a podobné další výchovné omyly a přestupky proti lidskosti.

4 PORADENSTVÍ A OSVĚTA

Pokud se chceme stát dobrými rádci a odborníky v oblasti sexuality, je nezbytné studovat odbornou literaturu týkající se problematiky a stále se v ní vzdělávat. Bohužel informační prameny jsou v současné době omezené. Využívat všech možností zaškolování. Nejdostupnější jsou vzdělávací konference pro pracovníky s osobami s mentálním postižením, pro pedagogy a profesory ve školách a školských zařízeních, a v neposlední řadě pro širokou veřejnost zahrnující především rodinu, blízké postižených a také zájemce o tuto problematiku. Ze vzdělávacích konferencí uveďme především celostátní konferenci organizovanou o. s. ORFEUS ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity v Hradci Králové. Dalším zdrojem velmi užitečných informací a rad mohou být zkušenosti jiných pracovníků z této oblasti. Můžeme čerpat poznatky nejen od těch zkušenějších, kteří jsou, byť jen o krůček, dál, ale máme možnost poučit se i z chyb jiných a pokusit se tak vyvarovat nevhodnému a negativnímu jednání.

Získané informace a poznatky, které vedou k úspěchu, uspokojení a naplnění daných cílů, bychom měli aplikovat do praxe a předávat je vhodným a přiměřeným způsobem cílové skupině, tedy klientům s mentálním postižením, abychom dosáhli našeho záměru, kterým je dostatečně vybavit osoby s mentálním postižením kompetencemi pro širší sociální vztahy, ale i vztahy sexuální a partnerské, rodičovství, mateřství. Osvěta a poradenství v této oblasti je velmi důležitá, neboť nedostatečné vědomosti a z nich plynoucí nevhodné chování či neznalost vlastních práv a svobod, může mít pro jedince i fatální důsledky.

4.1 Realizace sexuální osvěty

Správným způsobem realizovaná sexuální osvěta probíhá dle L. Novosada (2002b) v následujících, vzájemně se prolínajících rovinách:

a) Všeobecně preventivní

Rovina zahrnující poznávání vlastního těla i těla opačného pohlaví, sexuální fyziologii, zároveň také seznámení s místy, kde dotyky mohou vyvolávat libé pocity, ale i jaká rizika, zranění a bolesti může způsobit nešetrné zacházení na těchto místech. Do této první roviny také patří výchova k rodičovství

a partnerství. Neméně důležitou součástí této roviny jsou i základy sebeobranu proti sexuálnímu obtěžování či zneužívání. Klient musí být bezpodmínečně seznámen s tím, která místa na jeho tělo jsou intimní a že nikdo, ani ten nejbližší člověk nemá právo se těchto míst dotýkat, pokud si to on sám nepřeje. Základním kamenem k sebeobraně je naučit klienta vyjádřit své názory, konkrétněji jeho negativní postoje, pokud se mu zacházení s ním samým nebude líbit nebo mu nebude příjemné. Klient si musí být vědom svého práva odmítnout jakékoli nepříjemné, zneuctvující nebo intimní zacházení, které si nepřeje.

b) Individuálně preventivní

V této rovině jsou klientům předávány informace o sexuálním chování, koitálních i nekoitálních sexuálních technikách. V této fázi poradenství jsou klienti poučeni o masturbaci a správné technice jejího provedení. Je důležité jim důrazně a srozumitelně vysvětlit, že masturbace je záležitost soukromá a velmi intimní, tudíž není vhodné praktikovat ji v přítomnosti nějaké další osoby. Dívky je nutné včas obeznámit s existencí menstruace, tedy před příchodem prvních projevů menstruačního cyklu.

c) Intervenční poradenství

Třetí rovina poradenství se bude zaměřovat na řešení aktuálních problémů klientů ve všech oblastech lidské sexuality. Tato fáze závisí na klientově rozhodnutí, zda se se svým problémem nebo dotazem poradci svěří či nikoliv, proto je nezbytné, aby byla vytvořena bezpečná atmosféra, otevřená k diskusi o problémech a otázkách intimního rázu. Mezi klienty a pracovníky musí být vytvořen důvěrný vztah nabízející oporu, podporu a pomoc v těchto otázkách.

Pro poskytování výše zmiňovaného poradenství je nutné vytvořit vhodné a odpovídající podmínky. Vytváření těchto podmínek si můžeme rozdělit do čtyř po sobě následujících kroků, jak rozlišuje Kozáková:

a) Obecné podmínky

Obecnými podmínkami se myslí především vytváření zařízení, kde budou vedle sebe žít, případně se střetávat obě pohlaví. Vytváření koedukovaných zařízení

je tím nejzákladnějším principem a požadavkem, který musíme striktně dodržovat. Oddělovat od sebe muže a ženy je proti přirozenosti a ani v nejmenším to neodpovídá požadavku umožnit lidem s postižením žít životem, který se v co největší možné míře podobá běžnému životu intaktních. V zařízeních, kde bydlí ženy i muži a zaměstnanci jsou také mužského i ženského pohlaví, vznikají podmínky pro sociální učení a klienti mají možnost poznat mužské a ženské role a prostřednictvím nápodoby si tyto gender rozdíly zvnitřňovat.

Ve všech zařízeních, ať koedukovaných či nekoedukovaných, musíme také dbát na to, aby měli klienti dostatek soukromí k naplňování svých sexuálních potřeb bez toho, aby si museli svoje uspokojení odpírat nebo aby u toho byli rušeni.

Důležitá je také, nyní velmi prosazovaná, integrace osob s postižením do společnosti. V rámci integrace se integrovaní setkají s většími nároky a požadavky na jejich osobu ve všech ohledech – hygiena, úprava zevnějšku, komunikační dovednosti, pracovní schopnosti, dovednosti a mnohé další. Proto je důležité pracovat i na dovednostech týkajících se sexuální a partnerské oblasti jejich životů. Představme si, jaké pohoršení by vyvolalo, kdyby nepoučený mentálně postižený jedinec začal onanovat na veřejném místě. Musíme si přiznat, že existuje mnoho lidí, kteří jsou necitliví a odmítaví vůči lidem s postižením a takovéto situace by jejich názory a postoje akorát podpořily. Proto, snažíme-li se o integraci, musíme integrované jedince seznámit nejen s jejich právy, ale i povinnostmi, jejichž dodržování život ve společnosti vyžaduje.

b) Konkrétní podmínky

Mezi konkrétní podmínky spadá zpracovaný vnitřní řád o přístupu k sexualitě, který je vždy přizpůsoben danému zařízení. Jeho dodržování je bezpodmínečné ze strany všech zaměstnanců zařízení. Nehledě na to, zda jeho obsah koresponduje s jejich osobními názory a postoji. Mezi body, které musí mít zařízení ujasněno a sepsáno, patří například samotný postoj onoho zařízení k sexualitě svých klientů. Dalšími jsou například témata, ve kterých budou klienti vzděláváni, prevence sexuálního zneužívání a postupy v případě zjištění tohoto velmi závažného problému, způsoby a prostředky prevence počtetí a sexuálně přenosných nemocí a mnohé další okruhy.

c) Příprava cílových skupin

Aby sexuální výchova byla komplexní a úspěšná, což je také naším cílem, musí do ní být zahrnuto celé okolí cílového jedince. Je nutné pracovat na zaškolování pracovníků, kteří přicházejí do kontaktu s klienty, ale také je nutné s touto problematikou seznamovat studenty, budoucími odborníky. Nejlépe již v průběhu jejich stáží v rámci studia, aby získali náhled na tuto problematiku a aby v nich již od počátku byla budována otevřenost k této problematice. Je vhodné a žádoucí, aby nově nastupující zaměstnanec věděl, že i tyto intimní záležitosti je nutné otevřeně, bez předsudků a bez studu řešit.

Sexualita, partnerské vztahy a vše, co k tomu patří, vyžadují multidisciplinární náhled. Je třeba zapojit odborníky z medicíny, filozofie, práva, psychologie, speciální pedagogiky a samozřejmě také sociálních pracovníků. Nesmíme však v žádném případě opomenout další skupinu osob, jejíž zapojení a aktivní spolupráce je velmi podstatná. Mluvíme o rodičích, rodinách a blízkých klientů s mentálním postižením. Je nutné nejen jejich vzdělávání v této oblasti, ale také podpora. Mnoho rodičů není schopno se na tuto problematiku dívat racionálně a mají problém připustit si, že by jejich potomek mohl mít sexuální potřeby a touhy. Byť se jedná o dospělého muže ve věku pětatřiceti let. Tento postoj rodičů je způsoben tím, že žijí s člověkem, který ustrnul na mentální úrovni šestiletého chlapce a nepřipouští si, že mentální úroveň je sice snižena, ale vyspělost a biologická stránka jedince je tímto faktem nedotčena. Není tedy možné opomíjet osvětu rodičů, vždyť dostatečně nepoučení blízcí by mohli, ač nevědomky, negativně ovlivňovat jedince, zabraňovat jeho vývoji a působit tak kontraproduktivně k našim snahám o jeho rozvoj.

Cílovou skupinou osvěty a výchovy jsou však jedinci s mentálním postižením. Při práci s nimi musíme brát ohled na jejich specifika a postupy vzdělávání jim připravit s ohledem na individualitu každého vzdělávaného jedince, aby naše práce byla efektivní a smysluplná.

d) Realizace poradenství a vzdělávání

Ve čtvrtém a posledním kroku se dostáváme k rovinám dle Novosada, které jsou již popsány výše. Jedná se o samotnou realizaci sexuální osvěty

směřovanou na nejpodstatnější cílovou skupinu, a to na klienty s mentálním postižením.

Zpočátku je vhodné vést tuto fázi formou skupinových sezení, které nám mohou napomoci k odhalení a porovnání znalostí či neznalostí klientů o této problematice. Zároveň je možné v rámci skupiny zvolit jednotné názvosloví, které se bude používat. Například choulostivá označení intimních partií či sexuálních praktik. Na těchto skupinových sezeních je možné rozšířit povědomí klientů o menstruaci, erekci, vhodných metodách proti otěhotnění, partnerství a s ním spojenými radostmi i strastmi. Každý jedinec musí být informován o svých právech ve spojitosti se sexuálním zneužíváním, v rámci skupinové osvěty se tedy věnujeme i tomuto tématu, aby klienti věděli, že jejich tělo patří pouze jim a oni sami rozhodují o tom, kdo a na jakých místech se jich bude dotýkat. Při pohledu na sexuální zneužívání z opačné strany také klienty upozorňujeme na to, že nesmí nikoho do ničeho nutit, ať už dané jednání má sexuální charakter nebo nemá. Nesmí se překračovat hranice intimity při jednání s jinými lidmi, pokud jednání není chtěné z obou stran. Jedná se o nejrychlejší způsob předávání základních informací směrem ke klientům a zároveň možnost navodit uvolněnou a otevřenou atmosféru všem souvisejícím připomínkám, podnětům, přáním a požadavkům klientů. K odbourání bariér může sloužit i fakt, že na skupinách jsou přítomna obě pohlaví a o všem se otevřeně hovoří. Vzhledem ke specifikům učení se mentálně postižených je vhodné, aby si veškeré nabyté informace opakovali a sami zkoušeli. Jelikož osoby s mentálním postižením mají obtíže s abstraktním myšlením, poskytujeme jim názorné ukázky. Vše si sami zkouší a sami řeší nejrůznější otázky, využívat můžeme i formu diskuze.

Osobnější kontakt mezi klientem a pracovníkem je navazován při individuální formě poradenství, která probíhá formou sezení „jeden na jednoho“. Klient má možnost zde řešit své osobní záležitosti, problémy a otázky. Při individuálním poradenství odpadá možná obava sdělovat své intimní záležitosti před ostatními klienty a stud klienta není překážkou, pokud je vytvořen dostatečně důvěrný vztah mezi pracovníkem a klientem.

4. 2 Zásady komunikace s osobou s mentálním postižením

Je hezké, věnujeme-li se výchově a vzdělávání postižených v oblasti sexuality, ale musíme si uvědomit, že komunikace s těmito osobami má svá specifika. Dodržování jistých postupů a principů při komunikaci s postiženými je jedním ze zásadních faktorů pro efektivnost a účelnost našeho počínání. Nemůžeme očekávat výsledky našeho úsilí, jestliže nebudeme informace předávat vhodným způsobem. V následujícím textu budou uvedeny některé vybrané zásady komunikace, které jsou nezbytné pro správnou formu vzdělávání dle Krejčířové. Začneme s tím, že bychom se měli vyvarovat používání abstraktních pojmů. Snížená rozumová a kognitivní schopnost se totiž podepisuje na dovednosti rozumět abstrakci, z čehož vyplývá, že lidé s mentálním postižením disponují především konkrétním myšlením. Stejně jako s abstraktními výrazy je to s cizími slovy. Pokud jich budeme používat, nemůžeme očekávat, že budeme pochopeni. Při takovéto komunikaci tedy používáme krátká slova s jasně vymezeným významem, tedy zcela konkrétní. Vyhýbáme se nářečí, ale i deformování slov. Například slovo „koupálko“ je nevhodnou zkratkou slova koupaliště, které občas neporozumí ani jedinec intaktní, natož jedinec s mentálním postižením. Hlavním tedy je používat srozumitelná slova. Srozumitelná nejen významem, ale zároveň také správnou a důslednou artikulací. Tempo volíme pozvolné a na odpověď nespěcháme. Dáme klientovi dostatečný prostor pro utvoření odpovědi a samotné její sdělení. Snažíme se navodit příjemnou atmosféru, aby se jedinec, při rozhovoru s námi, necítil ve stresu. Pro srozumitelnost našeho vyjádření můžeme jednoduché výrazy a pomalé tempo doplnit výraznou gestikulací. Mluvme i tělem, nejen ústy.

Udržování očního kontaktu je nejen výhodou, ale i zdvořilostí. Oční kontakt by však měl být příjemný a neměl by přesahovat svoji intenzitou rámec vhodnosti.

I v současnosti se v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením můžeme setkat s nesprávným způsobem oslovování klientů. Dospělým klientům zásadně vykáme. Je možné oslovovat je křestním jménem, samozřejmě ale až po vzájemné dohodě. Zároveň je důležité se vyhnout zdvořilým oslovením při oslovování jedinců s postižením či v případech, kdy o nich mluvíme se třetí osobou. Jsou to

dospělí lidé a ani dospělého člověka bez postižení bychom neoslovovali „Maruško“.

Při komunikaci nám nemusí rozumět nebo nemusí dojít k pochopení sdělovaného. Musíme tedy zjišťovat, zda komunikant rozumí. K tomuto účelu můžeme používat klasické otázky: „Rozumíte mi? Víte, co Vám chci říci?, Chápete mě?“ Pokud se stane, že my nerozumíme tomu, co nám chce klient sdělit, ptejme se také. Upřesňujme. Po ukončení klientovi výpovědi zkusíme formulovat jinými, opět jednoduchými slovy, co jsme z vyslechnutého sdělení pochopili. Tím si ověříme, že došlo ke správnému pochopení.

Buďme opatrní na to, co říkáme nebo radíme. Jedinci s mentálním postižením bývají často velmi sugestibilní. Jsou velmi snadno ovlivnitelní, z čehož plyne i jejich jednoduchá zneužitelnost.

Předchozí kroky lze shrnout do několika bodů. V následujícím textu je uvedeno Dvanáctero kontaktů s osobami s mentálním postižením, které publikovala Krejčířová v Manuálu základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením:

- a) Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy s velkou mírou respektu k jejich osobnosti.
- b) Buďme empatičtí a trpěliví.
- c) Dejme najevo vždy zájem o kontakt.
- d) Jasně vyjadřujme své myšlenky.
- e) Vyhýbejme se abstraktním pojmům, cizím slovům a zkratkám.
- f) Poskytněme dostatečný čas na odpověď.
- g) Používejme mimiku a řeč těla.
- h) Vždy si ověřme, že vám klient rozuměl.
- i) Nepokládejme sugestibilní otázky.
- j) Při komunikaci používejme řeč dospělých.
- k) Pamatujme, že se v neznámém prostředí velmi obtížně orientují.
- l) Jednejme s osobami s mentálním postižením vždy tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE

Nyní se dostáváme do praktické části práce, ve které se budu věnovat názorům a postojům intaktní populace k otázkám sexuální potřeb osob s mentálním postižením a k přístupu pracovníků v sociálních službách k řešení těchto potřeb. Dále jsem se také zajímala o to, zda lidé souhlasí s možností mateřství a rodičovství u osob s mentálním postižením, případně, zda mají souhlasné či nesouhlasné postoje k zákonem stvrzenému partnerství těchto jedinců. Výzkum jsem doplnila dotazem na financování hormonální antikoncepce. Tímto jsem se snažila zmapovat, zda se respondenti orientují ve financování prostředků proti otěhotnění u osob s postižením. Za použití nejrůznějších způsobů sbírání dat jsem získala odpovědi od dotázaných, vyhodnotila je a výsledky mého šetření zpracovala do grafické a písemné podoby.

5.1 Cíl šetření

Nejdříve je třeba uvést důvod, proč jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala sexualitu osob s mentálním postižením. V průběhu mých studijních stáží jsem se letmo setkávala s touto problematikou v domovech pro osoby s mentálním postižením, speciálních školách či týdenních stacionářích. Získala jsem tedy, byť jen minimální, náhled na tuto oblast životů klientů. Při vyprávění svých zážitků z praxí jsem se setkala s tázavými a nevěřícími pohledy, když jsem se zmínila o faktech, že i osoby s mentálním postižením mají své fyziologické i psychické potřeby lásky a sexuálního uspokojení. A právě tyto okamžiky mě inspirovaly, abych se věnovala tomuto tématu. Vytvořila jsem tedy dotazník a začala zjišťovat názory, znalosti a postoje intaktní společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením.

5.2 Problémové otázky

V průběhu šetření mne zaujaly otázky týkající se rodičovství a mateřství osob s mentálním postižením. Mohou být i značně problematické. Rozhodla jsem se tedy získat konkrétnější informace o této problematice. S míněním a postoji

respondentů vás seznámím v podkapitole Průběh šetření. Abych však v této práci nezmiňovala pouze názory dotazovaných, věnovala jsem se studiu zákonů a v podkapitole číslo pět Řešení problémových otázek uvedu zjištěné poznatky o právních aspektech rodičovství osob s postižením.

Druhou problémovou otázkou, ke které chci zveřejnit své nově nabyté znalosti, je otázka financování antikoncepce využívané u osob s mentálním postižením a důvody, které vedly k volbě právě těchto druhů antikoncepčních metod.

5.3 Charakteristika respondentů

Pro zjištění názorů, znalostí a postojů intaktní společnosti jsem se snažila oslovit co možná nejrůznorodější skupinu respondentů, počínaje odlišnostmi ve věku, zaměstnání, vzdělání a socioekonomickými rozdílnostmi konče. Dotazovaní jsou lidé vysokoškolsky vzdělaní, ale i lidé s dosaženým základním vzděláním. Své odpovědi mi poskytli například studenti, montéři, úředníci, manažeři, sekretářky, prodavačky, pedagogové, ženy na rodičovské dovolené, ale i senioři a nezaměstnaní. Komunikovala jsem s dětmi, rodiči i prarodiči. Tázala jsem se lidí ze sociální sféry, ale i lidí, kteří k informacím podobného rázu nemají téměř žádný přístup.

Nejmladší respondentkou byla sedmnáctiletá studentka, nejstarším odpovídajícím člověkem byl muž, senior, ve věku osmdesáti let.

Z celkového počtu 94 lidí, kteří byli ochotni mi na dotazník odpovědět, bylo 55 respondentů zastoupeno muži, zbývajících 39 byly ženy. Procentuálně lze tento poměr vyjádřit tak, že 59% dotazovaných bylo mužského pohlaví, zbývajících 41% respondentů byly ženy.

5.4 Použité metody

Prvním krokem, který jsem udělala, bylo sestavení šesti otázek týkajících se sexuality osob s mentálním postižením. Stěžejní otázkou byl dotaz na to, zda si respondenti myslí, že osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby. Další otázky byly již specifitější a zaměřovaly se i na názory týkající se rodičovství handicapovaných či na způsoby prevence a řešení gravidity či partnerství a rodičovství.

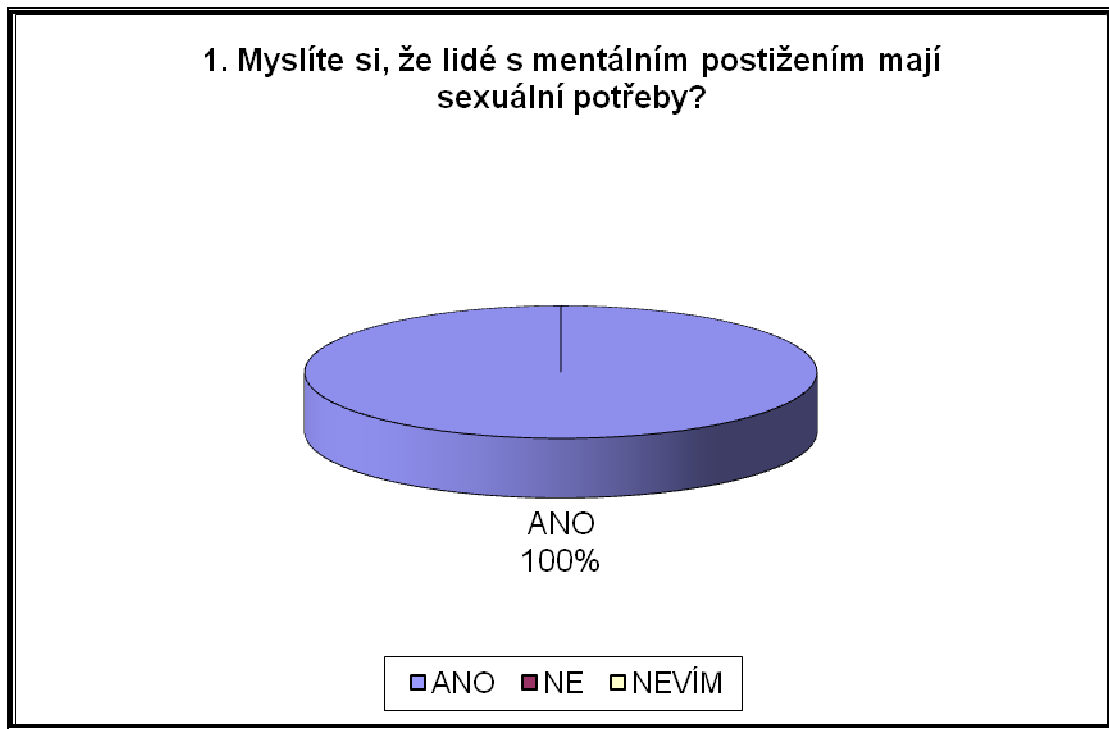
Odpovědi jsem získávala nejrůznějšími způsoby. Zapojeni byli i pracovní kolegové mých rodičů, z čehož vyplývá, že s šířením dotazníků mi bylo pomáháno. Další, celkem rychlou a pohodlnou cestou k získání části odpovědí bylo posílání dotazníků vybraným jedincům prostřednictvím sociální sítě facebook. Snažila jsem se volit osoby, od kterých jsem očekávala podnětné a zajímavé odpovědi. Je třeba podotknout, že se mi skutečně dostalo několika hodnotných odpovědí, které mne překvapily a přivedly mne k řešení dalších otázek a k hledání odpovědí na ně. Zároveň jsem se snažila dodržet svůj vlastní požadavek na co největší možnou různorodost dotazovaných, což také ovlivňovalo výběr osob, kterým jsem svůj dotazník zaslala. Nejvíce zdlouhavým a nejnáročnějším způsobem sbírání odpovědí bylo oslovování lidí na ulici. S prací tohoto druhu, kde je nutná komunikace, improvizace, slušnost, ale i notná dávka trpělivosti, mám zkušenosti. Rozhodla jsem se tedy získat odpovědi i tímto způsobem. Musím přiznat, že je mnohem těžší oslovovat lidi s vlastní prací než pod záštitou nějaké organizace, a to z důvodu, že je náročnější potýkat se s odmítnutím, pokud je záležitost, se kterou kolemjdoucí oslovujete, osobní. Reakce některých lidí mne od tohoto způsobu po čase odradily. Samozřejmě ale, byli i lidé, kteří mi na mé otázky ochotně a s úsměvem odpověděli a dokonce se mnou na téma sexuality handicapovaných rozvinuli debatu.

Následně po získání odpovědí bylo nutné vyhodnocení. Začala jsem tedy tím, že jsem spočítala vyplněné ankety a roztřídila si odpovědi získané od mužů a žen zvlášť. Poté jsem spočítala počet odpovědí od jednotlivých pohlaví a získaný výsledek převedla na procenta. Pro zjištění průměrného věku dotazovaných jsem našla nejmladšího a nejstaršího dotazovaného a vypočítala průměr z těchto dvou věků.

V dalším kroku jsem se zaměřila na vyhodnocování odpovědí. Spočítala jsem počty kladných, záporných a neutrálních odpovědí v jednotlivých otázkách a převedla je na procenta. Poté jsem získaná procenta zavedla do grafů. Pro obrazové znázornění odpovědí jsem použila výsečový graf s prostorovým efektem a barevným odlišením jednotlivých výsečí.

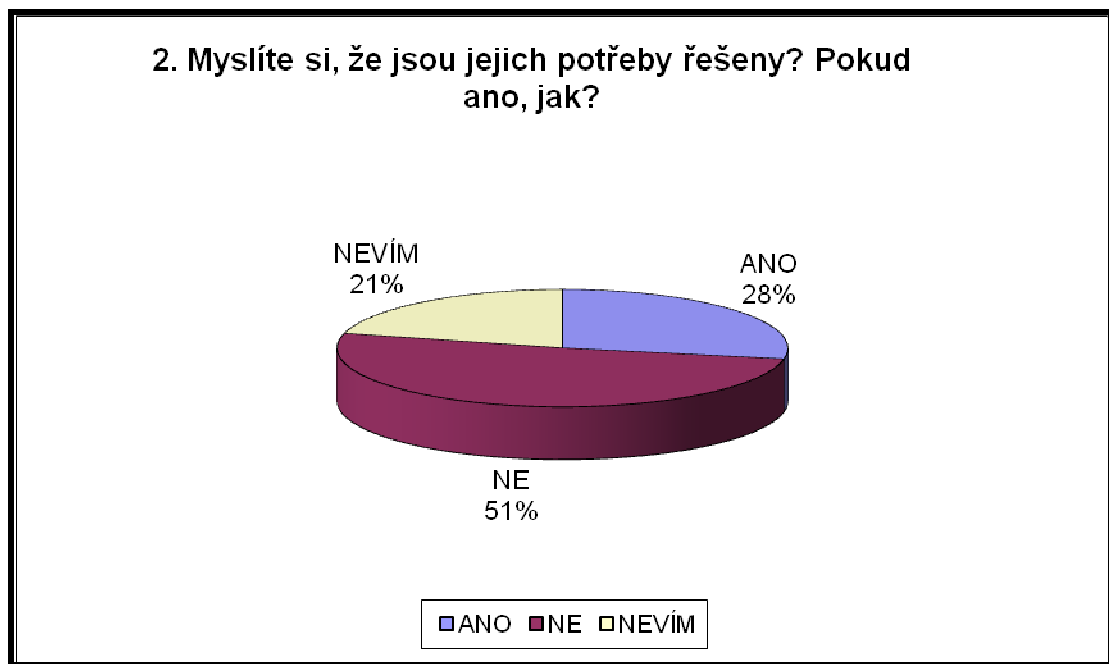
5.5 Průběh šetření

1. Sexuální potřeby osob s mentálním postižením



Jednotnost odpovědí na tuto otázku mne překvapila. Již v úvodu praktické části jsem zmínila, že pro zpracování tohoto tématu mne inspirovaly překvapené reakce některých lidí nad tím, že osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby, touhy a přání. Nevím, zda bylo náhodou, že jsem mluvila s lidmi, kteří popírali existenci této problematiky u handicapovaných a natrefila jsem zrovna na velmi malou, podle výsledků výzkumu, až zanedbatelnou část lidí a nebo zda jsou odpovědi na tuto otázku ovlivněny již samotnou existencí dotazníku a otázkami následujícími. Protože proč by se někdo dotazoval, zda mají sexuální potřeby, kdyby je tito lidé neměli?

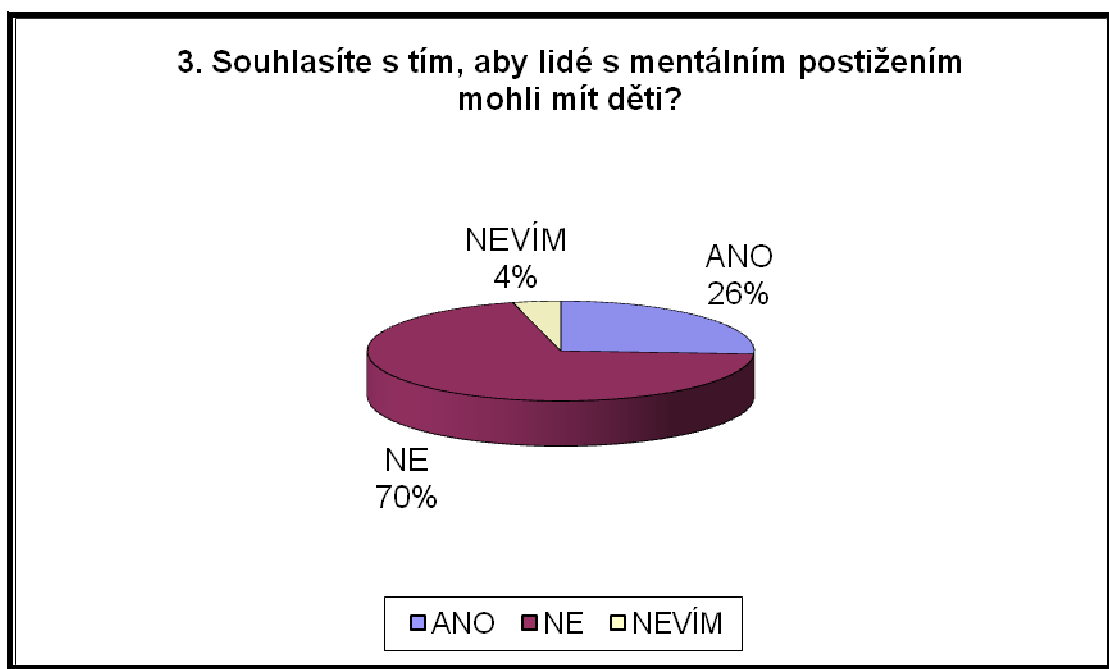
2. Přístup k sexuálním potřebám osob s mentálním postižením



Z grafu je patrné, že celých 51%, tedy 48 respondentů, si myslí, že sexuální potřeby osob s mentálním postižením jsou zanedbávány a přehlíženy. Dvacet lidí odpovědělo neutrálně a dvacet šest lidí odpovědělo pozitivně. Mezi jejich odpovědmi převládal názor, že situace je řešena masturbací. Pouze jeden dotazovaný připustil potřebu nácviku sebeuspokojování. Osm lidí zastávalo názor, že klienti zařízení pro jedince s mentálním postižením dostávají utlumující léky pro zvládnání a potírání sexuálního pudu. Mezi dalšími odpověďmi bylo zmiňováno poskytnutí soukromí, případně nejrůznější informační zdroje jako tiskoviny a videokazety erotického charakteru. Zajímavou, snad i zarážející odpověďí byla tato reakce respondenta: „Ano, jsou řešeny. Je jim to dovoleno.“ Jako by svolení intaktní populace k sexuálním a partnerským praktikám ze strany intaktní populace bylo řešením jejich nesnází. Jsme snad něco víc, něčím víc lidé, abychom mohli dovolovat či zakazovat lidem s mentálním postižením žít sexuálním životem? Další odpověďí podobného rázu byla odpověď: „Ano, jsou řešeny s psychologem či psychiatrem“. Že k realizování, zvládnání či potírání sexuálních potřeb nestačí psychotherapie, myslím, nemusím podrobněji komentovat. Pouze šest

odpovídajících jedinců mluvilo o odborné asistenci či využívání nejrůznějších didaktických a podpůrných pomůcek, což svědčí alespoň o malém náhledu na tuto problematiku. Je to však tristních šest procent oslovených.

3. Mateřství a rodičovství osob s mentálním postižením



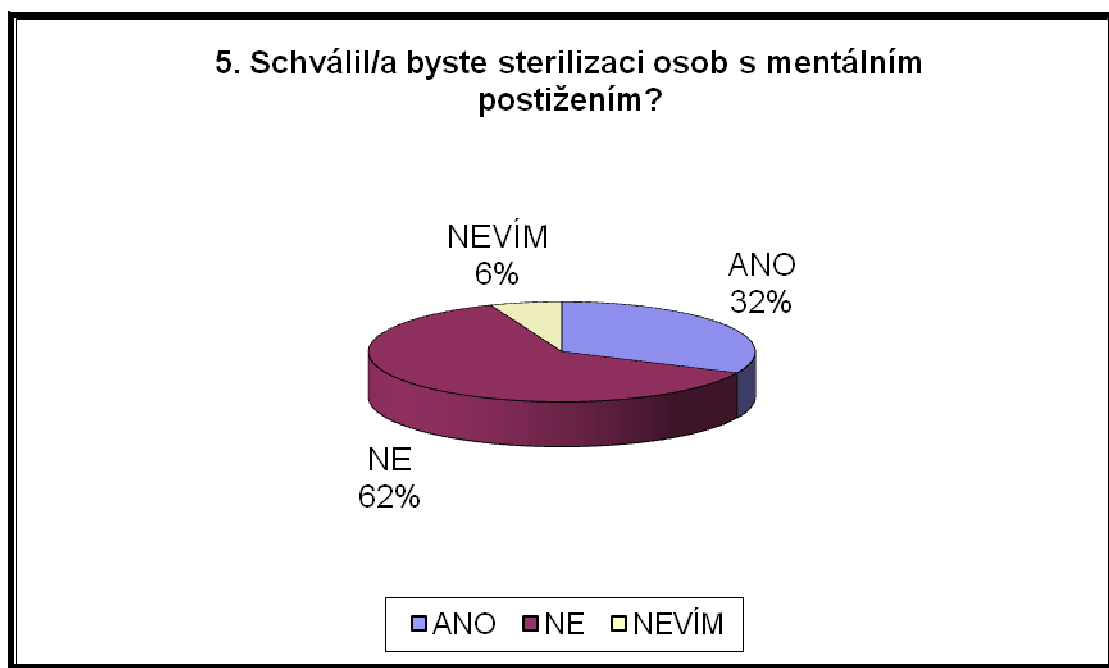
Dvacet čtyři dotazovaných odpovědělo na otázku mateřství osob s mentálním postižením kladně. Šedesát šest lidí, tedy celých sedmdesát procent respondentů, odpovědělo negativně. Staví se tedy záporně k rodičovství osob s mentálním postižením. Čtyři lidé nedokázali na tuto otázku jednoznačně odpovědět. Zvolili tedy variantu nevím. Považuji za podstatné, a tudíž to musím zmínit, že mnoho respondentů si uvědomovalo, že nelze nahlížet na všechny jedince s mentálním postižením stejně a nelze jim přisuzovat shodné schopnosti a dovednosti v péči o potomky. Přesto se nakonec většina po zvažování přiklonila ke kladné či záporné odpovědi. Častým dodatkem bylo, že mentálně postižení mít děti mohou, ale pouze pod podmínkou, že budou děti zdravé a nebudou u nich v těhotenství zjištěna rizika stejného postižení, které mají rodiče.

4 Z jakých finančních zdrojů si myslíte, že je hrazena jejich antikoncepce?

V této otázce byla využita forma otevřených odpovědí. Zmíním tedy odpovědi, kterých se mi dostalo. Nejvíce lidí zmiňovalo, že zdrojem peněz je stát. Antikoncepce je tedy podle nich placena z daní. Vícekrát jsem se setkala s mírně pobouřeným postojem, který vystihuje tato odpověď. „Z daní, tedy mých!“ (pozn. peněz).

Šest dotazovaných se domnívá, že je antikoncepce placena prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Třikrát bylo zmíněno, že zdrojem peněz na antikoncepci je rodina. V odpovědích byla zastoupena i varianta, že jsou tyto finance poskytovány „z příspěvků státu na nadace pro lidi s mentálním postižením a různých dalších nestátních organizací“. Respondenti se také domnívali, že peníze na úhradu antikoncepce mohou být placeny ze sponzorských darů. Zajímavou odpovědí byla i ta, kdy respondent předpokládal, že antikoncepce je hrazena z peněz ministerstva školství. Tato domněnka se dá vysvětlit tím, že respondent bydlí v blízkosti domova pro osoby s mentálním postižením a ví, že klienti navštěvují v rámci domova speciální školu. Zařadil si tedy, předpokládám, veškerou péči o postižené do kompetence ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Pět dotázaných odpovědělo, že peníze pochází ze sociálních dávek, konkrétněji: invalidní důchody, sociální podpora, jejich důchody, sociální odbor (pozn. přesné odpovědi).

5. Sterilizace osob s mentálním postižením

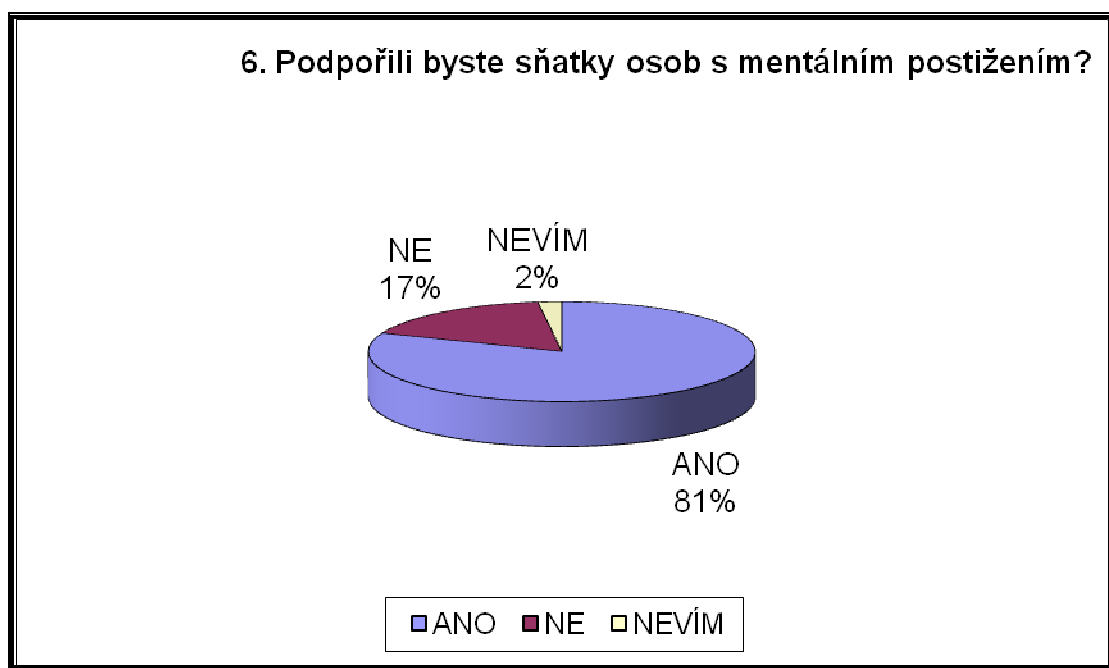


Sterilizace je odborný pojem označující zákrok, který dle slovníku cizích slov způsobí neplodnost, ale nepoškodí pohlavní žlázy. Během přímého dotazování respondentů jsem se setkala s tím, že pro část z nich byl pojem sterilizace cizí a netušili, co znamená. Po seznámení s významem tohoto pojmu mi již informovaně odpověděli. Přiznejme si ale, že existují lidé, kteří svoji neznalost velmi neradi přiznávají, a tak jejich odpověď nemusí korespondovat s jejich skutečným názorem na tuto otázku. Předpokládám, že část těchto lidí se přiklonila k neutrální odpovědi. Také se domívám, že lidé, kteří dostali tento dotazník prostřednictvím internetu či jeho papírovou podobu k vyplnění, měli možnost využít informační zdroje a tento pojem, v případě, že by pro ně byl neznámý, si vyhledat. Nemyslím si tedy, že by faktor neznalosti pojmu byl natolik determinující, aby významně ovlivnil výsledek šetření. Závěr zjišťování postojů je tedy takový, že padesát osm jedinců odpovědělo záporně, třicet respondentů se přiklonilo k pozitivní odpovědi, že by tedy operačním zákrokem přerušili možnost rodičovství osobám s mentálním postižením. Šest dotázaných se přiklonilo k neutrální odpovědi. Často zmiňovanými faktory ovlivňující rozhodnutí o odpovědi bylo, že by se museli podniknout takové kroky, vyšetření, respektive interupce,

aby se předešlo narození jedince s postižením. Respondenti zmiňovali také fakt, že pokud se jedinci s mentálním postižením neumí a nemohou postarat sami o sebe, možnost být rodiči by jim umožněna být neměla. I v této otázce bylo u některých respondentů patrné, že si uvědomují rozdílnou schopnost péče o vlastní potomky v závislosti na stupni postižení. Určitá část dotazovaných, kterou nelze přehlednout a nezmínit, však předpokládala, že pokud má nějaký jedinec handicap, je téměř stoprocentní pravděpodobnost, že jeho potomek bude mít handicap také.

Přiznávám, že odpověď na tuto otázku je velmi složitá a ani já nemám dostatek informací, abych mohla k této problematice zaujmout přesvědčený postoj.

6. Manželství osob s mentálním postižením



Z výsledků je patrné, že s manželstvím párů s mentálním postižením nemá společnost významnější problém a staví se k němu v převážné většině souhlasně. Sedmdesát šest odpovídajících by podpořilo sňatky osob s mentálním postižením. Pouze šestnáct lidí zaujímá nesouhlasný postoj a dva respondenti využili možnost se vyhraněně nevyjadřovat. Ze vzorku respondentů a z počtu dotazovaných by se tedy dalo soudit, že intaktní společnost má ke státem potvrzenému partnerství

postižených kladný postoj a nevidí důvod bránit mu, protože to nijak zvlášť neovlivňuje společnost ani chod a ekonomiku státu.

5.6 Řešení problémových otázek

Jak jsem již nastínila výše, jednou z otázek, kterou se zde budu zabývat, bude problematika mateřství a rodičovství osob s postižením.

Představme si tedy společně tuto situaci. U mladé ženy s mentálním postižením, která žije v domově pro osoby se zdravotním postižením, byla zjištěna gravidita. Nyní se společně zaměříme na aspekty, které se v této záležitosti vyskytují, a které je nutné brát v potaz, respektovat a řešit.

Otázky mateřství a rodičovství handicapovaných lze řešit ze dvou hledisek. Etického a právního. Pomiňme nyní diskutabilní a komplikovanou otázku etiky. Je mnoho názorů a postojů k tomuto tématu a na každém z nich je jistě kus pravdy. Nebudu zde tedy polemizovat a vyjadřovat obsáhlou škálu pro a proti, ale zaměřím se na současné legislativní ošetření.

Každý člověk, respektive každá žena, má neodepřitelné právo na mateřství. Je však důležité si uvědomit, že pokud má jedinec potomka, ať už plánovaně či neplánovaně, stává se rodičem a staví se tak do role opatrovníka, ochránce a vychovatele dítěte. Dítě je, především z počátku, bezbranná bytost, která potřebuje péči, podporu, ochranu, zázemí a zajištění jak základních biologických potřeb, tak i uspokojování potřeby lásky, důvěry a důvěry. Z rodičovství tedy plynou práva a povinnosti, které by měl mít na zřeteli každý, kdo se rozhodne stát se rodičem. Třicátý první paragraf zákona o rodině definuje rodičovskou zodpovědnost takto:

§31

1) Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností

- (a) při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,**
- (b) při zastupování nezletilého dítěte,**
- (c) při správě jeho jmění**

§ 44

- 1) **Brání-li rodiči ve výkonu rodičovské zodpovědnosti závažná překážka a vyžaduje-li to zájem dítěte, může soud pozastavit výkon rodičovské zodpovědnosti.**

Proto, aby jedinec měl rodičovskou zodpovědnost, existuje jedna základní podmínka. Tou je svéprávnost jedince. V nynější terminologii je tento zastaralý pojem znám jako způsobilost k právním úkonům. Pojem způsobilosti k právním úkonům je popsán v Občanském zákoníku takto:

§ 7

- 1) **Způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením.** Tuto způsobilost má i počaté dítě, narodí-li se živé.
- 2) **Smrtí tato způsobilost zanikne.** Jestliže smrt nelze prokázat předepsaným způsobem, soud fyzickou osobu prohlásí za mrtvou, zjistí-li její smrt jinak. Za mrtvou soud prohlásí také nezvěstnou fyzickou osobu, lze-li se zřetelem ke všem okolnostem usoudit, že již nežije.

§ 8

- 1) **Způsobilost fyzické osoby vlastními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnost (způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí.**
- 2) **Zletilost se nabývá dovršením osmnáctého roku.** Před dosažením tohoto věku se zletilosti nabývá jen uzavřením manželství. Takto nabytá zletilost se neztrácí ani zánikem manželství ani prohlášením manželství za neplatné.

O tom, že lze jedince zbavit způsobilosti k právním úkonům či ji omezit, hovoří paragraf deset stejného zákona:

§ 10

- 1) **Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví.**
- 2) **Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné používání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.**
- 3) **Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změni nebo zruší, změni-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly.**

V případě zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům je nutné ustanovit zástupce, který bude jednat za dotyčnou osobu.

§ 26

Pokud nejsou fyzické osoby k právním úkonům způsobilé, jednají za ně jejich zákonní zástupci.

§ 27

- 1) **Kdo je zákonným zástupcem nezletilého dítěte, upravuje zákon o rodině.**
- 2) **Zákonným zástupcem fyzické osoby, která byla rozhodnutím soudu zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo jejíž způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena, je soudem ustanovený opatrovník.**

§ 30

Dojde-li ke střetnutí zájmů zákonného zástupce se zájmy zastoupeného nebo ke střetnutí zájmů těch, kteří jsou zastoupeni týmž zákonným zástupcem, ustanoví soud zvláštního zástupce.

Zkráceně, pokud není osoba způsobilá k právním úkonům, je určen opatrovník. Tím může být osoba blízká nebo jiná fyzická osoba. Její zájmy ale nesmí být v rozporu se zájmy opatrovaného. V případě, že se jedná o jedince s mentálním deficitem, který žije v pobytovém sociálním zařízení jako jeho opatrovníkem, nemůže být ustanoven zaměstnanec tohoto zařízení či jiná fyzická osoba, která by mohla nebyť objektivní a vzniká u ní riziko protěžování zájmů zařízení nad zájmy zastupovaného.

V tento okamžik se vrátím k naší fiktivní klientce. Pokud tato klientka není způsobilá k právním úkonům, rozhoduje o řešení její gravidity její zákonný zástupce. Zde je možné přistoupit k jednomu ze dvou řešení. Jedním řešením je nezasahování do klientčina těhotenství, pak ale zákonný zástupce přebírá zodpovědnost za ni i za její dítě. Druhým možným řešením je umělé přerušování těhotenství. Při rozhodování se pro tuto variantu však musíme brát také v potaz pokročilost zjištěné gravidity. Interupce by měla být až krajním řešením. Primárně se v zařízeních pro zdravotně postižené osoby dbá na prevenci, která má podobu sexuální výchovy a poskytování poradenství v této oblasti lidského života. Zařízení mívají ošetřeny obdobné záležitosti preventivním podáváním hormonální antikoncepce uživatelkám služby, čímž se snaží předejít neplánovanému těhotenství.

Ze zákona č. 66/1986 Sb. o umělém přerušování těhotenství ve znění pozdějších předpisů bych zmínila především tyto paragrafy:

§ 4

Ženě se uměle přeruší těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.

§ 2

Nežádoucímú těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.

Pokusila jsem se tedy částečně nastínit možné komplikace a způsoby řešení v situaci, kdy otěhotní dívka či žena s mentálním postižením, která je zároveň uživatelkou sociálních služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením. Výše uvedený text představuje pouze kostru. Řešení skutečné situace by vyžadovalo multidisciplinární přístup a zohlednění mnoha dalších hledisek.

Samozřejmě i s přihlédnutím k etické stránce této problematiky, kterou jsem vědomě vynechala.

Mezi preventivní opatření proti nežádoucímú otěhotnění patří podávání antikoncepce. Možností se nabízí několik, každá má však vedle svých pozitiv i negativa. Prezervativ je bariérová antikoncepční metoda, která chrání i před přenosem pohlavních nemocí. Jeho používání vyžaduje znalost správné techniky nasazování, což vyžaduje dobrou jemnou motoriku rukou a prstů. Pokud přistoupíme k této variantně, musíme dbát na to, aby si byl klient vědom toho, že bez použití kondomu nebude chráněn. Další z možných variant může být používání antikoncepčních náplastí, které se lepí na kůži a po určité době se vymění. Metoda je to spolehlivá a nenáročná, může se však stát, že kůže bude reagovat podrážděním, anebo samotné klientce může být nepříjemná přítomnost náplasti na kůži. Intaktní ženy nejčastěji užívají hormonální antikoncepci v podobě pilulek, tato metoda však pro osoby s mentálním postižením není příliš vhodná. Její účinnost se odvíjí od pravidelného, každodenního užití prášku. Riziko tedy tkví ve větší pravděpodobnosti, že klientky si zapomenou prášek vzít. Na druhou stranu je pro užívání této formy antikoncepce nutná jistá svědomitost, a pokud žena zodpovědně užívá pilulky, může to mít příznivý vliv na její sebehodnocení, zodpovědnost a samostatnost. Posledním a také nejčastěji voleným způsobem je injekční aplikace hormonální antikoncepce, užívání tedy probíhá pod dohledem lékaře a nemůže se tak stát, že by došlo k prodlevě mezi jednotlivými dávkami.

Klientky jsou proti početí bezpečně chráněny a není třeba dbát na každodenní užívání. Tato metoda je vhodná pro ženy, které by nezvládly spolehlivě denně užívat pilulky.

Hrazení prostředků zabraňujících otěhotnění probíhá z finančních zdrojů klientek. Žádné zvláštní finanční příspěvky na jejich úhradu tyto ženy nedostávají.

ZÁVĚR

Na závěr bych chtěla opět připomenout a zdůraznit důležitost a naléhavost řešení sexuality osob s mentálním postižením. Sexualita je naprosto přirozená věc a velmi podstatná součást života každého z nás. Naučme se o ní hovořit beze studu. Vždyť pro nikoho z nás toto téma není cizí. Jedná se pouze o to nahlas a otevřeně vyjádřit to, co všichni víme a známe. Pokud se člověk pohybuje mezi osobami s mentálním postižením, tak dobře ví, že jsou to lidé velmi schopní a adaptabilní, ale potřebují naši podporu a pomoc v začleňování se do světa intaktních a v získávání a osvojování si kompetencí potřebných pro to, aby mohli žít životem, který se, co nejvíc je to jen možné, bude podobat životu lidí, kteří žádné postižení nemají.

Nezasvěcení se mohou domnívat, a ne neoprávněně, že sex jako takový, nyní pomineme součásti sexuality jako rodičovství, partnerství, zodpovědnost, hygienu a podobně, je záležitost pudová a není třeba ji tedy někoho učit. Zpočátku jsem si také myslela, že v tomto názoru je kus pravdy, později jsem se však v článku Jiřího Mellana, ve sborníku z královehradecké konference, dočetla následující informaci, se kterou bych Vás ráda seznámila, protože je odpovědí právě na tuto záležitost.

Doktor Mellan v této publikaci uvádí studii PhDr. Jaroslava Madlafouska, CSc., který provedl výzkum týkající se sexuálního chování krys. Výsledky tohoto výzkumu lze převést i na lidi. Bylo zjištěno, že pokud izolujeme krysího samce od ostatních, odrazí se tento fakt na sexuálním chování tohoto samce. Vzhledem k separaci od ostatních se mu nedostalo možnosti „okoukat“ sexuální chování. Když byl tedy poté tento izolovaný živočich v době své dospělosti vpuštěn do blízkosti žádoucí samičky, byl bezradný. Chyběla mu potřebná nápodoba. Naopak zkušená krysí samička je schopna rozkopulovat i takového ostýchavého a nezkušeného samce. Z výsledku pokusu je tedy patrné, že pouhý pohlavní pud nedokáže zajistit odpovídající sexuální chování. Pudové podněty mají často za následek neobratné a impulzivní jednání, které nemusí vzbuzovat žádoucí reakce sexuálního partnera. Stejně jako u krysího samce je i u lidí potřebná nápodoba, sociální učení a pomoc v oblasti sexuality. Navíc si uvědomme, že tento pokus vypovídá o uskutečňování pohlavního styku a záležitostí jemu

velmi blízkých, ale nehovoří o projevech sympatií, začínajícího partnerského vztahu a lásky.

Vzpomeňme si na období dospívání, kdy i my, intaktní, jsme měli obavy a potíže v partnerských vztazích. Osoby, o kterých tento celý text pojednává, jsou ještě ve složitější situaci, která je komplikována handicapem. Pomožme jim tedy naplňovat jejich přání, touhy a potřeby vedoucí ke slasti, štěstí a pocitu naplnění vhodným způsobem. Tak, aby neublížili sobě ani jiným.

Témata úzce související se sexualitou osob s mentálním postižením nejsou obsahem této práce zdaleka vyčerpány, ukončila bych tedy svoji práci s příslibem věnování se této problematice hlouběji v diplomové práci.

SEZNAM LITERATURY

- EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- GÖDTEL, Reiner. *Sexualita a násilí*. Vyd. 1. Praha : Český spisovatel, a. s., 1994. 192 s. ISBN 80-202-0512-8.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 73 s. ISBN 80-244-0991-7.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In *Sexualita osob s mentálním postižením*. Praha : ORFEUS o.s., 2004. s. 28-36. ISBN 80-903519-0-5.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 35 s. ISBN 978-80-244-1635-9.
- MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Výchova k manželstvu a rodičovství a sexuální výchova osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Prešov : Prešovská Univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. 109 s. ISBN 978-80-8068-854-7.
- MELLAN, Jiří. Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob : Somatopsychické základy sexuality. In *Sexualita osob s mentálním postižením*. Praha : ORFEUS o.s., 2004. s. 10-16. ISBN 80-903519-0-5.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize*. Vyd. 3. [s.l.] : [s.n.], 1993. 776 s.
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha : Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- Slovník cizích slov : Slova známá & neznámá*. Vyd. 1. Praha : Encyklopedický dům, spol. s r.o., 1993. 251 s. ISBN 80-901647-0-6.
- SVOBODA, Mojmír; ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 101 s. ISBN 9788024416892.

ŠURABOVÁ, I. 2002. Partnerské vztahy a sexualita občanov s mentálnym postihnutím. In: *Informácie ZP MP v SR*, 2002, roč. X, č. 50 – 51, s. 4 – 7. ISSN 1335-8197.

VÁGNEROVÁ, Marie. Úvod do vývojové psychopatologie III: Vzdělávací handicap – postižení schopností nezbytných k učení. Liberec: TU v Liberci, 2003. s. 100. ISBN 8070836695.

VALENTA, Milan; MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. Vyd. 1. Praha : PARTA, s r.o., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 94/1963 Sb. o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších předpisů.

ZVĚŘINA, J. MALINA, M. 2002. *Sexuologie pro antropology*. Brno: Nauma, 2002. ISBN 80-86258-25-4.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Iveta Plíšková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph. D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Sexualita osob s mentálním postižením
Název v angličtině:	Sexuality of people with mental disablement
Anotace práce:	Tématem této bakalářské práce je sexualita osob s mentálním postižením. Věnuji se zde nutnosti výchovy a vzdělávání v této oblasti lidského života.
Klíčová slova:	Mentální postižení, sexualita, poradenství a osvěta, komunikace, rodičovství
Anotace v angličtině:	The theme of this thesis is the sexuality of people with intellectual disabilities. I deal with the need of education in this area of human life here.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disablement, sexuality, consultancy and enlightenment, communication, parenthood
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	47 stran
Jazyk práce:	Český