

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ



**SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM
A POHLED INTAKTNÍ SPOLEČNOSTI NA TUTO
PROBLEMATIKU**

Bakalářská práce

Lucie Hradilová

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň ZŠ a SŠ
a společenské vědy se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sexuální život osob s mentálním postižením a pohled intaktní společnosti na tuto problematiku“ vypracovala samostatně a pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Prostějově, 4. 4. 2011

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mrg. Lucii Pastierikové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícnost. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu během studia.

Lucie Hradilová

Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
1.1 Vymezení pojmu mentální postižení a mentální retardace, definice mentálního postižení.....	7
1.2 Příčiny vzniku mentální retardace.....	9
1.2.1 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení.....	9
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	10
1.3.1 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	11
2 LIDSKÁ SEXUALITA.....	14
2.1 Vymezení sexuality.....	14
2.2 Vývoj sexuality a funkce sexuality.....	15
2.3 Sexuální výchova.....	16
2.4 Sexuální deviace.....	18
2.5 Sexualita a násilí.....	19
2.6 Sexuální práva a trestné činy.....	21
3 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	24
3.1 Sexualita osob s mentálním postižením.....	24
3.2 Masturbace osob s mentálním postižením.....	26
3.3 Antikoncepce osob s mentálním postižením.....	27
3.4 Kvalifikovaný souhlas se sexuálním vyjádřením osob s mentálním postižením.....	28
3.5 Sexuální výchova osob s mentálním postižením.....	29
3.6 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením.....	32
3.7 Partnerství osob s mentálním postižením.....	35
3.8 Manželství, mateřství a rodičovství osob s mentálním postižením.....	36
3.9 Postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
4 ZMAPOVÁNÍ NÁZORŮ INTAKTNÍ SPOLEČNOSTI NA SEXUALITU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	40
4.1 Cíle výzkumného šetření.....	40
4.2 Výzkumné metody.....	40
4.3 Vzorek a organizace výzkumu.....	41
5 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	43
5.1 Základní údaje o respondentech.....	43
5.2 Otázky zaměřené na problematiku sexuality osob s mentálním postižením a odpovědi intaktní společnosti.....	45
5.3 Výsledky a validita výzkumu.....	58
ZÁVĚR.....	61
SHRNUTÍ.....	62
RESUMÉ.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	66
PŘÍLOHA.....	67

„... Jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání i počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší.“

Heinrich Behr

ÚVOD

Problematika sexuálního života nás provází na každém kroku naší existence, našeho bytí. Je to nedílná součást naší osobnosti, naší individuality.

Každý člověk má právo na prožití svojí vlastní sexuality a to bez ohledu na to, zda se jedná o intaktní jedince nebo o osoby s mentálním postižením. Sexualita je naprosto přirozenou věcí, za kterou není vůbec nutné se stydět.

V současné době se na problematiku sexuality osob s mentálním postižením pohlíží již jinak, než tomu bylo v dřívějších dobách, i když se stále vynořují zastaralé názory a předsudky vůči těmto jedincům a jejich sexualitě.

Osoby s mentálním postižením mají stejný nárok na svoji sexualitu, na její prožívání a užívání. V tomto ohledu platí stejné zásady jako u majoritní společnosti – je nutné nejen lásku dávat, ale je nutné i lásku přijímat. Bez citu by byl život pustý a neúplný, zkrátka jen těžko si lze lidské bytí bez lásky představit.

Pod pojmem sexualita si však není nutné vždy striktně představovat pouze pohlavní akt. Jedná se i pouhou přítomnost druhé osoby opačného pohlaví, o poskytnutí či přijetí pouhého objetí, pohlazení nebo přitulení. Důležitý je tedy pocit, že máme někoho, ke komu patříme, o koho se můžeme opřít, u koho nalezneme pocit bezpečí a jistoty.

Lidé s mentálním postižením musí překonávat velké množství překážek pro naplnění své sexuality. Často jsou v „izolaci“ od opačného pohlaví, někdy i od intaktní společnosti a musí čelit velkému množství překážek spojených s ne příliš přívětivým pohledem společnosti na toto téma. Naplnění sexuálního života je tedy pro ně neustálým bojem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mezi nejvyspělejší a nejdokonalejší tvory na Zemi se řadí člověk. Avšak jak i zvířata, tak i lidé se od sebe liší jeden od druhého v jednotlivých charakteristikách, stránkách, složkách i strukturách své osobnosti. Ve své podstatě je každý člověk jiný, ať to už bereme z hlediska biologického, sociálního či psychického.

Toleranci řadíme mezi jednu složku vlastností lidské společnosti. Avšak, co se týče tolerantnosti společnosti vůči osobám s mentálním postižením, lze říci, že se nejedná o tolerantnost v pravém slova smyslu. Patrně žádný jiný druh handicapu nepůsobí tak zvláštním a odlišným způsobem člověka jako právě mentální postižení. Lidé si však musí uvědomit, že člověk s mentálním postižením je na prvním místě lidská bytost, a teprve pak je až „defekt“. Žádný intaktní jedinec se nedokáže vžít do situace osoby s tímto handicapem.

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení a mentální retardace, definice mentálního postižení

Řada odborníků mentální postižení a mentální retardaci vnímají jako synonyma. Terminologický a výkladový slovník Špeciálna pedagogika (in Kozáková, 2005, str. 17) definuje: „Mentální postižení je střešní pojem užívaný v pedagogické dokumentaci zahrnující a orientačně označující všechny jedince s IQ pod 85. Z uvedeného vyplývá, že mentální postižení má širší rozsah a používáme ho jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě.“

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit), doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových

schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úroveň sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd. (Slowík, 2007).

Termín mentální retardace byl zaveden ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci. U nás býval ztotožňován s termíny oligofrenie, mentální postižení, mentální difidence, subnorma. Světová zdravotnická organizace navrhla v roce 1959 na konferenci v Miláně jako náhradní název mentální retardace (Kozáková, 2005).

Pojem mentální retardace má v současné době širokou škálu definic. Kvapilík a Černá (1990, str. 7) uvádějí, že: „Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. sníženou schopností orientovat se v životním prostředí.“

Vítková (1994, str. 6) definuje: „Mentální retardace je odborný termín pro postižení, které má za následek trvalé snížení rozumových schopností dítěte, a tedy i trvalé opoždování jeho duševního vývoje.“

Valenta et kol. (2007, str. 12) uvádějí, že: „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.“

Podle MKN- 10 (in Valenta et kol., 2007, str. 12): „Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“

1.2 Příčiny vzniku mentální retardace

K příčinám vzniku mentální retardace se řadí celá řada faktorů, které je ovlivňují. Vždy se ale jedná o organické či funkční poškození mozku. I když v průběhu let došlo k značným pokrokům, co se týče objasnění vzniku mentální retardace, tak v současné době nejsme schopni až u jedné 1/3 osob s mentální retardací určit, jak došlo k postižení.

Jsou známá dvě rozdílná hlediska ve výzkumech - dědičnost a vliv prostředí, které se zabývají vznikem mentální retardace. První hledisko klade důraz na dědičnost, kde se však zlehčují vlivy prostředí a výchovy na rozvoj člověka. Druhé hledisko zdůrazňuje značný vliv prostředí na utváření identity člověka a jeho talentu (Kozáková, 2005).

Mentální opoždění může být také způsobeno příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jedná se i příčiny genetické. Vnější činitele působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou být, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Exogenní faktory se dále člení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození) (Švarcová, 2006).

1.2.1 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení

Prevence znamená činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení (sekundární prevence). Prevence může zahrnovat mnoho různých typů činností, jako je primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, opatření pro kontrolu endemických nemocí, bezpečnostní pravidla, programy pro prevenci nehod v rozličných prostředích, včetně adaptace pracovního prostředí k prevenci nemocí a postižení z povolání, a pro prevenci postižení, které je výsledkem znečištění prostředí apod. (Švarcová, 2006).

Mezinárodní liga společností (ibid, 2006) pro mentálně postižené formulovala 10 zásad, kterými lze možnost vzniku mentálního postižení omezit:

- Návštěva lékaře nejméně 3 měsíce před plánovaným porodem.

- Výživná strava.
- Vyvarovat se alkoholickým nápojům.
- Ochrana očkováním.
- Nekouřit.
- Návštěva genetické poradny.
- Neužívat léky bez předešlé rady s lékařem.
- Nepřijít do kontaktu s RTG zářením.
- Vyhýbat se infekčním nemocím.
- Pravidelné návštěvy lékaře.

1.3 Klasifikace mentální retardace

Klasifikace mentální retardace je hodnocena z řady různých kritérií, mezi nejpoužívanější klasifikační systémy patří: etiologie, klinické symptomy, vývojové období, hloubka postižení a stupeň inteligence.

Klasifikace nezávisle na stupni postižení (in Kozáková, 2005):

1. Eretický typ (neklidný, verzatilní) – je charakteristický neklidem, prchlivostí, vzruch a útlum se velmi rychle střídají. V citové oblasti se objevuje nestálost, emoce se rychle mění, slabá vůle, nevydrží u žádné činnosti, což souvisí i s pozorností (neschopnost soustředit se).
2. Apatický typ (netečný, torpidní) – procesy vzruchu a útlumu jsou chorobně zpomalené. Charakteristická je těžkopádnost, nečinnost, zpomalené pohyby. Chování je tiché a klidné, někdy se vyskytují stereotypní automatické pohyby, jako např. kývání tělem, přešlapování.
3. Nevyhraněný typ - existuje mezi typem eretickým a apatickým, kdy procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, popř. jeden z nich mírně převládá.

Dělení dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10) (Fischer, Škoda, 2008):

Tabulka 1: Klasifikace dle MKN

Kód dle MKN - 10	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace (debilita)	50 - 69
F 71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35 - 49
F 72	Těžká mentální retardace (idiocie)	20 - 34
F 73	Hluboká mentální retardace (idiocie)	0- 19
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Neurčená mentální retardace	

Ke klasifikaci dle MKN - 10 se k základnímu kódu ještě přidává čtvrtý znak určující rozsah případného přidruženého postižení chování (Kozáková, 2005):

Tabulka 2: Klasifikace dle MKN

Základní kód		Rozsah přidruženého postižení chování
F 7 X	0	Žádné nebo minimální postižení chování
F 7 X	1	Výrazné postižení chování vyžadující pozornost, léčbu
F 7 X	8	Jiná postižení chování
F 7 X	9	Bez zmínky o postižení chování

1.3.1 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69):

Jedinci s lehkou mentální retardací dosahují v dospělosti mentálního věku 9 – 12 let. V tělesné stavbě se nijak neliší od intaktní populace. Odlišnosti si lze povšimnout až při nástupu do školy, kdy také dochází povětšinou ke stanovení diagnózy. Jedincům chybí abstraktní myšlení a rozumově zůstávají na úrovni středního školního věku a je výskyt opožděného řečového vývoje. Vzdělání je možné ve speciálních či praktických školách,

kde se objevují problémy s psaním a čtením. V sebeobslužné činnosti jsou schopni se o sebe zcela postarat a v běžném prostředí je pohyb zcela bez omezení a problémů. Jsou schopni vykonávat manuálně nenáročnou práci s dohledem či oporou (Kozáková, 2005).

Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49):

Středně těžká mentální retardace a jedinci jí postižení v dospělosti odpovídají mentálnímu věku v rozhraní mezi 6 – 9 rokem. Diagnóza bývá určena již v kojeneckém, nejpozději však v batolecím období, kdy dochází k opoždování vývoje. Myšlení lze přirovnat k předškolnímu dítěti a ke vzdělání dochází především ve speciálních školách, kde se klade důraz na osvojení čtení, psaní a počítání, avšak artikulace je neobratná a přetrvává dyslálie. V sebeobslužné činnosti je nácvik zaměřen především na jednoduché denní nácviky spojené se svojí osobou. V dospělosti je zřídka možný samostatný život. Pod odborným dohledem mohou vykonávat jednoduchou manuální práci. Středně těžká mentální retardace se objevuje v kombinaci s tělesným postižením a neurologickým onemocněním, zejména pak epilepsie.

Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34):

Mentální věk u těchto jedinců v dospělosti odpovídá 3 - 6 let. Ve zralém věku jsou schopni chápat pouze nejjzákladnější souvislosti a vztahy, myšlení je na úrovni batolete. Je přítomno výrazné opoždění psychomotorického a neuropsychologického vývoje. Vysoký výskyt impulzivního až agresivního jednání, řeč je výrazně omezena a strava musí být speciálně upravena vzhledem k jejich postižení. V životě jsou závislí na péči jiných lidí. Často přítomné i kombinované postižení, tělesné deformity (hydrocefalus, mikrocefalus) a dochází k celkovému poškození centrální nervové soustavy.

Hluboká mentální retardace (IQ 0 – 19):

Lidé postižení hlubokou mentální retardací v dospělosti spadají do mentálního věku pod 3 roky. Jedinci jsou zcela imobilní, častý výskyt somatických vad, ve většině případů se jedná již o kombinované postižení. Neuropsychický vývoj zcela omezen, senzorické a motorické postižení, poznávací schopnosti jsou téměř nerozvinuty. Postižení bývají inkontinentní a řeč zde je ve formě neartikulovaných výkřiků. Přítomny jsou mimovolné pohyby celého těla a jsou zcela závislí na péči jiných lidí, většinou bývají umístováni

ústavů sociální péče. Výskyt také velice častý v kombinaci s epilepsií a zrakovým či sluchovým poškozením (Kozáková, 2005, Fischer et Škoda, 2008).

Jiná mentální retardace:

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné, a to pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u osob těžce tělesně postižených (Slowík, 2007).

Nespecifikovaná mentální retardace:

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií (Švarcová, 2006).

2 LIDSKÁ SEXUALITA

Sexualita je pojímána lidstvem jako určitý fenomén, který je mezi námi od nepaměti. Sexualita je u lidí něčím přirozeným, něčím, s čím přicházíme již na svět. Bere na sebe několik podob, mezi ně například patří vztahy mezi pohlavími, pohlavní život, pohlavní pud či milostné zážitky. Ovšem se sexualitou jsou spjaty i určité problémy. Je to zkrátka nedílná součást našeho života, se kterou je potřeba naučit se „žít“.

2.1 Vymezení sexuality

Sexualita je ústředním a celoživotním aspektem lidského života a zahrnuje sex, pohlavní identitu a roli, sexuální orientaci, eroticismus, rozkoš, intimitu a reprodukci. Sexualita je prožívána a vyjadřována v myšlenkách, fantaziích, touhách, přesvědčeních, postojích, hodnotách, v chování, činnostech, rolích a vztazích. Sexualita může obsahovat všechny tyto dimenze, ne všechny však v ní musí být vždy prožívané nebo vyjadřované. Sexualita je ovlivňována interakcí biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etických, právních, historických, náboženských a duchovních (spirituálních) faktorů (Weiss et kol., 2010).

Burdová (in Štěrbová, 2007, str. 25) uvádí, že: „Sexualita je spjata se sexuálním zdravím jako souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, která obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.“

Uzel (2006) ve své publikaci uvádí, že sexualita v sobě zahrnuje prvky medicínské, morální, psychologické i společenské, projevuje člověk jako biologická bytost ve svém chování tak neobyčejnou různorodost, že přesné rozlišení na „zdravé“ a „nezdravé“ sexuální chování by nutně znamenalo určitou diskriminaci některých lidí. Dále uvádí, že jak není možné jednoznačně definovat sexuální normalitu a zdraví, není také možno vymezit sexuální mravnost a nemravnost. Sex sám o sobě totiž není mravný ani nemravný. Tím se stává teprve prostřednictvím doprovázejících okolností a zejména vymezením vztahu k partnerství a celé společnosti.

Štěrbová (2007, str. 26 – 27) píše, že: „Sexualita je souhrnem postojů představ a vztahů k jiným lidem, zahrnuje naše představy o muži a ženě, o sobě, naše sexuální bezvědomí. Postoj k sexualitě je tak vytvořen souhrnem vlivů, které formují vlastní postoje k sexualitě. Jde o vztahy v rámci vývoje osobnosti, kdy procházíme určitými stádii a vyrovnáváme se s vývojovými úkoly – od bazálních pocitů důvěry versus nedůvěry, přes identifikaci se sociálními rolemi, potýkáme se se sexuální zvědavostí. V raném školním věku, v prepubertě, pubertě a adolescenci se postupně dostáváme do vztahů s opačným pohlavím a tyto vztahy mají postupně kvalitativně jinou podobu. Znamená to, že jedinec zpočátku náhodně, experimentálně, posléze více cíleně zakouší ve vztazích, které mu přinášejí možnost poznat sebe, své pocity a reakce.“

Rozvinutí sexuologie je podmíněno naplněním základních lidských potřeb, jako je touha po navázání kontaktu, intimitě, citovém vyjádření, potěšení, něžnosti a lásky. Plný rozvoj sexuality je základem osobního, mezilidského a společenského štěstí. Sexuální zdraví je tedy výsledkem společenského uznání, respektu a uplatňování sexuálních práv (Světová deklarace sexuálních práv [online]).

2.2 Vývoj sexuality a funkce sexuality

Sexualita je vývoj, který svůj základní kámen pokládá již v dětství, kdy se pro sexualitu vytváří základní stěžejní podmínky.

V průběhu dětství a dospívání dochází k několika etapám, kdy se vytváří lidská sexualita.

V temperamentu a psychice nacházíme u dětí již značné rozdíly. Jinak si hraje chlapec, jinak zase dívka. Velkou roli hraje napodobování dospělých (Hynie, 1969).

Již v batolecím věku se objevují první náznaky sexuality, které se ještě více rozvíjí v předškolním věku, kdy si děti hrají tzv. na doktory. Také roste konverzační talent, kdy se dítě snaží objasnit rozdílnost mezi chlapcem a děvčetem (Pondělíčková - Mašlová, 1990).

V období dospívání, puberty dochází ke značným změnám v chování jak u chlapců tak i u dívek. Může nastávat i určitá izolace od druhého pohlaví, nebo naopak se může objevit určité vytahování a přílišná péče o svůj zevnějšek. Mezi 15 a 18 rokem přichází první zkušenosti s citovými vztahy, prvním zamilováním a prvními sexuálními kontakty.

Dospívající si prohlubují se znalosti ze sexuální oblasti, zajímají je polohy při sexu a také technika milostné přede hry (ibid, 1990).

Funkce sexuality jsou dány závislostí morálky na společnosti a výchovou rodinnou a společenskou. Za hlavní funkci sexuality se považuje reprodukce, avšak není tomu tak.

V současné době stále více dochází k sexuálním kontaktům u lidí i v období, kdy je šance na početí potomka téměř nulová. Pak tedy přicházejí na řadu funkce slasti, funkce oblažující, funkce komunikační a funkce redukování napětí. Ve shrnutí tedy můžeme říci, že sex slouží jako prostředek k uvolnění sociálního napětí, k udržování dlouhodobých vztahů a také jako prostředek sloužící k vyřešení určitého konfliktu, tedy prostředek vedoucí k usmíření (ibid, 1990, Specifika lidské sexuality [online] .

2.3 Sexuální výchova

Sexuální výchova je ve společnosti velice ožehavým tématem. Rodiče nevědí, kdy mají se svými dětmi o sexu začít mluvit a když tak učiní škola, ve formě sexuální výchovy, tak to bývá zdrojem třenic mezi výchovou školní a rodinnou. Sexuální výchova má poskytnout žákům fakta o lidské sexualitě a nabádá je k zodpovědnému sexuálnímu životu.

Obsahem této výchovy by měla být prevence nežádoucích otěhotnění, snížení nebezpečí sexuálně přenosných nemocí včetně AIDS, boj proti zneužívání dětí a sexuální kriminalitě, kultivace mezilidských a partnerských vztahů a v neposlední řadě tolerance k sexuálním menšinám (Uzel, 2006).

Dítě v průběhu svého růstu začíná objevovat své tělo, uvědomuje si rozdíly mezi pohlavím a roste jeho sexuální zájem. Je žádoucí, aby k tomuto problému bylo přistupováno jako k nedílné součásti lidského života a dítěti se dávalo najevo, že se nejedná o nic špatného, že to vše je součástí jeho sexuální identity. Sexuální výchova by tedy měla zaujímat pozici výchovně účinnou, k vytváření vhodných postojů k sexualitě dítěte (Štěrbová, 2007).

Sexuální výchova v rodině má tři základní součásti: vztah, vzor a poučení. Rovina vztahu se orientuje na základní citové naladění dítěte, jež se promítne i v budoucím sexuálním životě. Dále jeho schopnost přijímat druhé a mít k nim důvěru. Na rovině vzoru, přijímá dítě modely rodiny, matky jako identitu ženy a otce, jako identitu muže. Model

chování rodiny, v němž dítě vyrůstá, jsou zdrojem jeho citového bezpečí, stability. Třetí rovina, je rovina poučení, což se jedná o vědomosti, znalosti, techniky a praktiky. Je důležité, aby si děti do života z rodiny odnášely fakt, že sexualita je přirozená a zároveň intimní složka lidského života (ibid, 2007).

Sexuální výchova v edukaci, by měla být vedena ve třech základních rovinách, které se navzájem prolínají. Jsou to:

1. Rovina kognitivní (oblast informativně poznávací) - zprostředkování dostatku informací a vědomostí.
2. Rovina postojová (oblast emotivně postojová) – tvorba dovedností a návyků, které jsou spjaty se získanými informacemi.
3. Rovina výkonová (oblast dovedností, návyků a chování) – získání dovedností, návyků a chování, které jedinec využije v praxi (Kozáková, 2007).

Pondělíčková - Mašlová (1990) ve své publikaci uvádí základní principy zdravé a správné sexuální výchovy:

1. Princip spontánnosti – výchova v této oblasti může být účinná pouze tehdy, je-li sám vychovávající přesvědčen, že je potřebná a správná a dokáže k ní přistupovat se samozřejmostí.
2. Princip přiměřenosti – jinak věci vysvětlujeme pětiletému dítěti, jinak desetiletému, jinak dospívajícímu – to platí ve všem, a tedy i v sexuální výchově. Právě zde však vznikají problémy proto, že si rodiče bezděky přejí, aby jejich děti co nejdéle zůstaly dětmi, a tak na ně i nahlíží. Zpravidla pak s vysvětlením přicházejí pozdě.
3. Princip aktivní imunizace – s předáváním poznatků o sexualitě zároveň formujeme postoje. Měli bychom využívat zákon vstřípivosti: první vysvětlení se zafixuje velmi intenzivně, je to totiž jakýsi zápis na čistou plochu a přetrvává až do konce života. Má – li správný charakter a obsahuje zároveň i formativní postoj, je dítě jakoby imunizováno proti pozdějším negativním vlivům. Bude-li naopak první záznam falešný, pozdější pozitivní vlivy sice budou jeho význam otupovat, ale nezničí jej. Tuto prospěšnou imunizaci lze srovnat s očkováním: až se dítě s nemocí setká, poradí si s ní bez vážnějších škod.
4. Princip důvěry – vytvořit potřebný kontakt může jenom vzájemná důvěra. Dospělí by tedy měli mít pro své děti pochopení.

5. Princip pravdivosti – je nezbytné na otázky odpovídat vždy pravdivě. Zamlčování a zatemňování dodává sexualitě nepřiměřenou atraktivitu, která naopak probouzí zvědavost.
6. Princip návaznosti – ba základní kameny stavíme další. Měla by existovat určitá posloupnost v sexuální výchově.
7. Princip otevřenosti – k získávání informací nemusí docházet pouze prostřednictvím mezi nejbližšími, ale i metoda besedy je vhodná, mladí lidé získávají zkušenost, že tak jako i jiných důležitých věcech, tak i o sexuálních otázkách lze mluvit otevřeně a samozřejmě.

Sexuální výchova je důležitá pro zdravý růst dítěte, ale neopomenutelným faktorem zde také jsou hodnotné modely mezilidského chování, které dítě v průběhu svého vývoje vnímá. Vztahy a vzory mezi lidmi vytváří určitou oporu a základy pro sexuální vývoj jedince. Při setkávání s dobrými vztahy ve svém okolí, s cítěním, že jsou na sebe navzájem lidé milí, sympatičtí, ohleduplní, chovají k sobě navzájem úctu a porozumění, kde berou ohledy na potřeby a pocity druhých lidí, tam dítě nasává tyto kladné schopnosti. Je to pro něj přirozené učení toho, že lze prožívat společně radost i starost, dobré i zlé, i pomoci a pochopit druhé, to jsou dobré vklady do budoucna pro dítě a je zde velmi pravděpodobné, že v dospělosti bude tento člověk spolehlivým, opravdovým kamarádem a životním partnerem, manželem a rodičem. Zkrátka z něj bude člověk, s dobrými vlastnostmi a morálními hodnoty (Kozáková, 2007).

2.4 Sexuální deviace

Existují jedinci, kteří preferují sexuálně deviantní chování. Příčinu sexuálních deviací nemůžeme jednoznačně určit, ale s největší pravděpodobností se jedná o vrozenou dispozici, která v závislosti na pozdějších okolnostech (výchova, zkušenosti, ...) se formuje a může dojít k utlumení těchto dispozic či naopak se mohou dispozice okolnostmi podporovat (Pondělíčková - Mašlová, 1990).

Za zakázaný sex se považuje ve společnosti sex s osobou mladší 15- ti let, s osobou

pokrevně příbuznou, dále zvrácený či vynucený sex.

Za sociální deviace se tedy považuje:

- Incest - sex s osobou pokrevně příbuznou.
- Sadismus - potěšení ze způsobování bolesti druhé osobě.
- Masochismus - jedinec je potěšen, když se mu způsobuje bolest.
- Exhibicionismus - obnažování těla na veřejnosti.
- Fetišismus - zaměření na určité předměty a věci, které způsobují slast.
- Voyerismus - slast při sledování jiných lidí, kteří nic netuší.
- Frotérství - tření se o neznámě předměty (př. MHD).
- Pedofilie - zaměření na objekty v prepubertálním věku.

Mezi další sociální deviace můžeme zahrnout rituální vraždy, gerontofilii, zoofilii, nekrofilii, a další (Sexuální úchytky [online]).

2.5 Sexualita a násilí

Sexualita a násilí jdou spolu ruka v ruce. V posledních letech se však počet násilností rapidně zvýšil. Násilnost a kriminalita zde byla vždy, avšak díky moderní době se s ní setkáváme stále častěji tváří v tvář, prostřednictvím komunikačních technologií.

Oběti týrání, zneužívání a zanedbávání se může stát jedinec v kterémkoliv věku (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Mezi nejčastěji prováděné sexuální násilí jak u dětí, tak i u dospělých dochází ve formě: obchodu s dětmi či ženami, prostituce, pornografie, mučení a šikanování, znásilnění a také ve formě sexuálních vražd. Všechna tato násilí zanechávají v duši, a především v dětské, hlubokou ránu. Následky těchto situací se pak dají odstranit (nebo pouze ztlumit) jen s výraznou pomocí komplexní a intenzivní péče. Mezi takové jevy patří sexuální zneužívání dětí, které devalvuje hodnotu a identitu osobnosti, narušuje pocity základní jistoty, důvěry v sebe sama i svět kolem, a tak i mimo jiné nabourává schopnost dítěte rozpoznat, co je správné, a přijmout základní morální pravidla (Milfait, 2008).

Povětšinou se ti, kteří byli obětí, stávají i v budoucnu pachateli, či na sebe berou

neustále roli oběti. Schéma obět' – pachatel se často přenáší přes celé generace. Bité děti se stávají trestajícími dospělými, zneužívané děti pak zneužívajícími rodiči (Gödtel, 1994).

Následkem sexuálního zneužití je nejprve zmatek chaos. Pochybování o vlastní osobě vede k stavu vnitřního napětí, které může přetrvávat po několik let a může vyvolávat nové symptomy (ibid, 1994).

Důsledky sexuálního zneužívání jsou závažné. I jediná zkušenost může vést k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, a to i tehdy, jestliže šlo o jednorázovou událost. K dlouhodobým následkům sexuálního zneužívání patří deprese, pocit bezmocnosti, úzkost, ale i poruchy osobnostního vývoje. Bývá narušeno sebepojetí – pocit špatnosti, špinavosti, pocit viny a studu, ztráta důvěry v okolí, emoční deprivace (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Sexuální zážitky dětí s dospělými mají kauzální význam pro psychické poruchy v dalším životě. Prožije – li žena v dětství nebo v mládí sexuální násilí odrazí se to později v poruchách jejího sexuálního prožívání a chování. Nejčastějším následkem bývá úzkostlivé odmítání sexu během dalšího vývoje. Často přetrvává strach z autority a nejistota, strach, poruchy spánku, hrůzostrašné sny a potíže v navazování kontaktu. Následky násilí si oběti sebou nesou po celý život. Tělesné následky se časem zahojí, avšak duševní rány zůstávají otevřené po celý život. Násilí bylo vždycky nepřítelem sexuality a něhy. Přes všechny námitky se však stále mnoho mužů ztotožňuje se základním vzorem aktu znásilnění (Gödtel, 1994).

V současné době došlo k rapidnímu zvýšení fyzického, psychického, ale emocionálního násilí především na dětech. V důsledku rozkvětu komunikačních masmédií dochází k sledování, popisování a důkladné analyzování těchto násilných činů (Štěrbová, 2007).

Dle zákona je dítě do 15 – ti let plně chráněno před sexuálními kontakty v jakékoliv podobě. Za pachatelem se může skrývat jakákoliv osoba, velice častým jevem je to, že pachatelem je právě osoba, kterou dítě zná (Syndrom CAN, [online]).

Formy sexuálního zneužívání na dětech:

1. Bezkontaktní sexuální zneužívání:

- obnažování se před dítětem, masturbace před dítětem, setkání s exhibicionistou,
- pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení, uspokojení,
- vystavení dítěte sledování porno časopisů, pornofilmů,

- přinucení dítěte sledovat soulož.

2. Kontaktní sexuální zneužívání:

- osahávání či líbání dítěte na intimních místech, laskání prsou, genitálií,
- nucení dítěte, aby manipulovalo pohlavními orgány svými či zneuživatelé,
- orální, anální sex,
- sexuální styk / včetně znásilnění /.

3. Komerční sexuální zneužívání:

- zneužití dítěte k dětské pornografii,
- zneužití dítěte k dětské prostituci (převzato z Syndrom CAN, [online]).

„Projevy, ze kterých můžeme pojmut určité obavy ze sexuálního zneužívání, jsou následující:

- úzkostné vyhýbání se konkrétním situacím (např. intimní hygiena, koupání),
- výrazná obava z konkrétních lidí,
- přehrávání situací se sexuální tematikou (např. svlékání se, stahování kalhot, napodobování sexuálních aktivit, včetně zvukového doprovodu),
- nadměrná masturbační aktivita,
- kresby se sexuální tematikou, nápadná ztráta nálady a ochoty spolupracovat,
- záchvaty pláče či nepřiměřeného hněvu,
- obtíže s usínáním a noční můry,
- sexuální napadání jiných lidí,
- sebepoškozování prsou a pohlavních orgánů,
- pokus o sebevraždu (Štěrbová, 2007, str. 86).“

2.6 Sexuální práva a trestné činy

Sexuální práva jsou základní a všeobecná práva. Následující sexuální práva byla přijata v Hongkongu na 14. světovém sexuologickém kongresu, 26. října 1999:

1. Právo na sexuální svobodu - sexuální svoboda zabezpečuje jednotlivcům plné vyjádření jejich sexuálních možností. Přitom trvale vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužití ve všech životních situacích.

2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu – toto právo představuje schopnost činit autonomní rozhodnutí týkající se vlastního sexuálního života v souladu s vlastní osobní a sociální etikou. Také zahrnuje kontrolu a osobní ochranu před jakýmkoliv druhem mučení, mrzačení a násilí.
3. Právo na sexuální soukromí – zahrnuje právo na osobní rozhodnutí co do intimity chování, pokud nepohoršuje sexuální práva ostatních.
4. Právo na sexuální rovnost – upozorňuje na svobodu od všech forem diskriminace bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, věk, rasu, sociální zařazení, náboženství, nebo fyzické či emoční diskvalifikace.
5. Právo na sexuální potěšení – sexuální potěšení, včetně autoerotických aktivit, je zdrojem tělesného, duševního a intelektuálního blaha.
6. Právo na vyjádření sexuálních citů – sexuální projev je více než erotické potěšení ze sexuálního aktu. Jednotlivci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, dotyku, citového vyjádření a lásky.
7. Právo na svobodné sexuální sdružování – vyjadřuje možnost uzavřít nebo neuzavřít manželství, rozvést se nebo založit jiný typ zodpovědného sexuálního společenství.
8. Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí – obsahuje právo rozhodnout se zda mít, či nemít děti, počet dětí a intervaly mezi jejich zrozením, dále právo na plnou dostupnost prostředků regulujících plodnost.
9. Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích – právo na sexuální informace, které mají být otevřené, založené vědeckých a etických poznatcích, šířené vhodným způsobem pro příslušníky všech sociálních skupin.
10. Právo na komplexní sexuální výchovu – je to celoživotní proces od narození, trvající celý život a ovlivňující všechny společenské instituce.
11. Právo na sexuální zdravotní péči – sexuální zdravotní péče by měla být dostupná pro prevenci a léčbu všech sexuálních záležitostí, problémů a poruch (Světová deklarace sexuálních práv [online]).

V České republice jsou trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti soustředěny v III. hlavě trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. a to v části druhé – zvláštní část.

–Znásilnění § 185

–Sexuální nátlak § 186

- Pohlavní zneužití § 187
- Soulož mezi příbuznými § 188
- Kuplířství § 189
- Prostituce ohrožující mravní vývoj dětí § 190
- Šíření pornografie § 191
- Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií § 192
- Zneužití dítěte k výrobě pornografie § 193 (Trestní zákoník, [online]).

3 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Člověk je sexuální bytostí, bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality jsou kontinuální, přirozenou a důležitou součástí lidského života. Porozumět sexualitě osob s mentálním postižením znamená nehledat rozdílnosti či zvláštnosti, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí (Kozáková, 2007, str. 44).“

3.1 Sexualita osob s mentálním postižením

Problematika sexuálního života byla vždy společností úpěnlivě chráněna a až v poslední době se k tomuto tématu dává na významu a klade se důraz na sexualitu, jako na plnohodnotnou složku života. U jedinců s mentálním postižením byla a je tato problematika poněkud složitější, ale v současné době se již i u těchto osob počítá s určitým sexuálním životem, byť u něj existují rozdíly vzhledem k věku, pohlaví a stupni postižení (Kvapilík, Černá, 1990).

U jedinců s mentálním postižením dochází k vývoji sexuality stejně, jak u intaktní populace. Na začátek je důležité uvědomění si vlastní pohlavní identity, zda se cítím být mužem či ženou, homosexuálem, bisexuálem či heterosexuálem. Dospělé osoby s mentálním postižením si uvědomují, zda jsou mužem nebo ženou, ale už se nedokáží identifikovat s tím, zda jsou homo - , bi - nebo heterosexuální. Brzy po narození dochází také k objevení vlastních pohlavních orgánů, které jsou původem k pohlavní identitě. Během dětství se dítě učí rozeznávat sexuální a nesexuální části těla a zároveň si také osvojuje erotické projevy, které buďto přijímá nebo se k nim staví odmítavě (Kozáková, 2007).

Matulay (Valenta et kol., 2007, str. 46) uvádí že: „Čím hlubší je postižení, tím osoba méně sexuality projevuje a čím méně je jedince postížen intelektuálně, o to obvyklejší je jeho sexuální vývoj.“

Důležitým krokem k pochopení citových a erotických potřeb jedinců s mentálním postižením tedy znamená bezvýhradnou akceptaci jejich vývoje a sexuálních projevů. Je

tedy zřejmé, že sexualita u těchto jedinců je v závislosti na hloubce jejich postižení. Mentálně postižení sice mohou být tělesně vyspělí, ale jejich sexualita může setrvat na dětské úrovni a zhruba jen 10% mentálně postižených dozraje do takové míry, že touží po realizaci pohlavního života. Ale i přes to všechno, je potřeba pochopit jejich projevy, mezi ně spadá například hlazení, líbání, laskání... Chování jak intaktních tak i mentálně postižených je velice spontánní, často nekontrolováno rozumem, a tak se může stát, že jejich citové či erotické chování vzbudí rozpaky u těch jedinců, kteří se stanou pozorovateli takového činu. V důsledku toho, se některé projevy mentálně postižených mohou stát navenek společensky neúnosnými (Sexualita lidí s MP [online]).

Každý jedinec má tedy právo na prožívání vlastní sexuality. Mezi ně nedílnou součástí patří i jedinci s mentálním postižením, kteří nejsou bez schopnosti jak citového, tak i sexuálního prožívání. V prosinci roku 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata Deklarace práv osob s mentálním postižením. Tato deklarace zaručuje stejná práva mentálně postiženým jako ostatním lidem, jsou to následující práva:

- Právo na prožití vlastní sexuality.
- Právo na řádnou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality.
- Právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání.

Pokud – li člověk v důsledku svého mentálního postižení není schopen přijímat výše uvedená práva, která mu přísluší, je možnost určitého omezení či odejmutí (Sexuální identita [online]).

Sexuální práva mentálně postižených jsou například dále uvedena v Deklaraci sexuálních práv, která byla přijata ve Valencii, Španělsku, roku 20. 6. 1997 – každá společnost má vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva: právo na svobodu, právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla, právo na sexuální rovnost, právo na sexuální zdraví, právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, právo na dostatečnou sexuální výchovu, právo svobodně se stýkat, právo svobodné a odpovědné volby, právo na soukromí (Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením, [online]).

Sexuální vztah by měl být tedy považován za něco, co je pro život dobré, uspokojující a co nám činí potěšení. Pak zvláště v sexuálním životě mentálně postižených nemusí jít v první řadě vyloženě i činnosti spjaté s pohlavním charakterem, jako ne

například soulož či masturbace, ale o jakousi důvěru, spolupráci a kvalitnější vztahy mezi lidmi a také o vzájemnou spolupráci (Kvapilík, Černá, 1990).

3.2 Masturbace osob s mentálním postižením

Každý jedinec, bez ohledu na to, zda je zdravý či postižený, má své potřeby v oblasti sexuality. Je to určitý způsob života, který je pro všechny jedince naprosto totožný. U osob s mentálním postižením však v této souvislosti může docházet k výskytu určitého chování, které je společností označované jako deviantní, kam například spadá masturbace či obnažování na veřejnosti (Štěrbová, 2007).

Otázka masturbace a její neškodnosti, ale zároveň i vhodnosti na veřejnosti by měla být s mentálně postiženým jedincem vedena ve formě otevřeného rozhovoru, a to ze strany jak rodičů, tak i výchovných a vzdělávacích osob. U mentálně postižených jedinců často zůstává masturbace jako jediný „*sexuální zážitek*“ v celém jejich životě (Matulay, 1986).

Cambridge, Carnaby a McCarthy (Štěrbová, 2007, str. 77 – 78) uvádějí pět klíčových témat vztažených k masturbaci osob s mentálním postižením:

1. „Osoby jsou považovány za neschopné masturbovat vhodně, obvykle jsou považovány za neschopné dosáhnout orgasmu/ejakulace.“
2. „Osoby nevědí, jak masturbovat, obvykle to znamená, že si třou penis nebo vaginu, většinou přes své oblečení, někdy vůči lidem i objektům.“
3. „Osoby masturbují příliš mnoho, trvání nebo frekvence masturbace je taková, že personál má za to, že osoba se neúčastní v důsledku masturbace dalších sociálních aktivit a příležitostí doma nebo v komunitě.“
4. „Osoby masturbují nevhodně, nepřiměřeně. Obvykle to znamená, že masturbují na veřejných místech, kde se poskytují služby, což přináší obtíže jak personálu, tak i ostatním uživatelům služeb.“
5. „Osoby užívají k masturbaci nevhodné objekty, obvykle to znamená, že užívají objekty, které nejsou zamýšleny k napomáhání masturbaci a které je mohou zranit.“

Na závěr k otázce masturbace jen to, že někteří jedinci s mentálním postižením prostě nezvládají masturbaci v takové míře, aby vedla k jejich uspokojení. Z toho důvodu

se ocitají ve stavu neustálého vzrušení a k onanii přistupují až několikrát v průběhu dne (Sexualita lidí s MP [online]).

3.3 Antikoncepce osob s mentálním postižením

Během sexuálního vývoje a růstu zájmu o pohlavní život jedinců s mentálním postižením, by se nemělo zapomínat na řešení otázky antikoncepce. Volba a vhodnost antikoncepce je vždy individuální a jedinec musí vědět, kde má možnost antikoncepční prostředky obstarat (Matulay, 1986).

Na antikoncepci, která je využívána, jsou kladeny určité požadavky. Především je důležitá účinnost antikoncepce, také její bezpečnost a poměrně snadná dostupnost jejím zájemcům. Také by měla být finančně přijatelnou a společností akceptovatelnou formou antikoncepce. Důvody, které ovlivňují k užití hormonální antikoncepce, jsou například vysoká míra její spolehlivosti, také využití léčebné – úprava menstruačního cyklu, mezi důvody se mohou řadit kosmetické (akné), prevence osteoporózy, redukce cyst vaječníků a redukce zánětů vnitřních rodidel. Při volbě antikoncepce je také nutno zohlednit celkový zdravotní stav klienta, zda je vhodnější využití tabletové či netabletové formy, také zvážit možný vliv pohlavních steroidů na lidskou psychiku, zachování či přerušování menstruačního cyklu a také to, že může docházet ke vzájemným interakcím mezi podávanými léky (Havlín, 2009).

Metody, které se využívají v antikoncepci mentálně postižených, se řadí kondom, u kterého je však nutné individuální zaučení. Co se týče hormonální antikoncepce u žen, tak zde je v zastoupení forma tabletek, kdy však dle výzkumů dochází k vynechávání tablety. Preferovanou metodou u žen s mentálním postižením je dlouhodobě hormonálně působící antikoncepce, a to ve formě depotní injekce, která je aplikovaná jedenkrát za tři měsíce. Mezi dlouhodobou formu se také řadí tyčinka Implanon, která je umístěna do podkoží v podpaží a je funkční po 3 roky. Aplikace této tyčinky způsobuje ztrátu cyklu a menší výskyt atypického krvácení. V některých případech lze také využít trvalou antikoncepci ve formě ženské nebo mužské sterilizace. V prvním případě se jedná o přerušování průchodnosti vejcovodů, což způsobuje nemožnost mít děti a v druhém případě se jedná o přerušování

průchodnosti chámovodů u muže, což v důsledku znamená nemožnost spermií se dostat do semenných váčků (Havlín, 2009, Uzel, 2004).

Jak bylo již na začátku kapitoly řečeno, je nutné přistupovat v této problematice k lidem individuálně a také s přihlédnutím, v jakém sociálním prostředí se nachází (Havlín, 2009).

3.4 Kvalifikovaný souhlas se sexuálním vyjádřením osob s mentálním postižením

Mnozí lidé neví, jak se stavit k sexualitě osob s mentálním postižením. Tato problematika především vyvstává v zařízeních, jež poskytují sociální služby. Zaměstnanci zde neví, jak mají přistupovat například k masturbaci u klientů. Zda ji mají zakazovat či mají „dělat“, že to nevidí. Také se zde do popředí dře otázka vhodné antikoncepce nebo sterilizace klientů a její vhodnosti ji prodiskutovat s rodiči. V současnosti se neřeší v České republice problematika tzv. kvalifikovaného souhlasu se sexuálním vyjádřením (sexuální aktivitou) u osob s mentálním postižením, ač je tato kauza již velice aktuálním tématem, a to především v zařízeních poskytujících sociální služby, kde bude hodnota uzavíraných smluv rapidně stoupat. Při neřešení této problematiky by se mohlo stát, že sexuální obtěžování a zneužívání bude v těchto zařízeních prudce stoupat (Štěrbová, 2007).

Štěrbová (2007, s. 73, převzato z Kennedy a Niederbuhl, 2001) uvádí stěžejní body, které jsou nutné posuzovat pro kompetentní souhlas:

„Důsledky sexuální aktivity – klient:

- si uvědomuje, že těhotenství a sexuálně přenosné nemoci jsou možnými důsledky sexuální aktivity,
- ví, jak předejít sexuálně přenosným nemocem,
- zná metody regulace porodnosti a jejich náležité použití.“

„Základní a podstatné sexuální znalosti – klient:

- rozpoznává fyzické rozdíly mezi muži a ženami,
- chápe a rozumí vlastnímu pohlaví,
- identifikuje základní části těla muže a ženy,

- je schopen komunikovat o pohlavním styku, porozumět mu a vědět, jak je vykonáván.“

„Dovednosti v oblasti bezpečí vlastního těla - klient:

- je schopen při komunikaci říci „ne“,
- je schopen rozpoznat nebezpečné situace,
- je schopen plánovat budoucí události,
- je schopen činit volby.“

3.5 Sexuální výchova osob s mentálním postižením

Cílem sexuální výchovy osob s mentálním postižením je poskytnutí informací o lidském těle, o ovlivnění citového prožívání, o pomoci při integraci do intaktní společnosti. Aby v rámci společenských norem byli schopni porozumět, co je morální a co právě naopak. Cílem také je, aby tito jedinci měli možnost porozumět svému tělu a zjistit, co jim přísluší a co nikoliv. Jedinci s mentálním postižením bývají obětmi šikany a sexuálního zneužívání, mezi vrstevníky také mohou pociťovat neúspěšnost. Úkolem také je, aby mentálně postižení lidé poznali, nepotlačovali a přijali svoji sexualitu (Kozáková, 2007, Matulay, 1986, Štěrbová, 2007).

Realizací sexuální výchovy osob s mentálním postižením se může dosáhnout minimalizace deviantního chování na veřejnosti – například masturbace a obnažování. Může také zabránit nechtěnému těhotenství, promiskuitě a pohlavním chorobám, což je častým výsledkem brzkého zahájení sexuálního života. Poskytuje také informace o možnosti obrany při výskytu sexuálního zneužívání, čehož jsou osoby s mentálním postižením často vystaveny, díky obtížnější orientaci v komplikovaných situacích a také tím, že jsou důvěřiví a podléhají vlivům jiných osob. Při výkladu se nemůžeme spoléhat pouze na verbální komunikaci, ale je také vhodné využití různých pomůcek, ať už to jsou piktogramy, fotografie, obrázky nebo modely, můžeme využít také filmy a videozáznamy (Kozáková, 2007).

Cílovými skupinami sexuální výchovy by tedy měly být:

- osoby s mentálním postižením,
- rodiče, jako primární vychovatelé svých dětí,
- vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové a ostatní osoby, které pracují s lidmi s mentálním postižením (nutná spolupráce s rodiči),
- budoucí profesionálové, vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové, kteří chtějí pracovat s lidmi s mentálním postižením,
- nejširší veřejnosti – je nutná změna negativních postojů veřejnosti (Kozáková, 2004).

Realizace sexuální výchovy je nejen vhodné pro děti a dospívající, ale také pro jejich rodinu a okolí. Svatoš (2004) se odkazuje na americkou spisovatelku Lisu T. Mauerovou, která uvádí následující klady sexuální výchovy:

- zvýšení sebevědomí mentálně postižených prostřednictvím sexuální výchovy,
- realizace sexuální výchovy s sebou přináší informace, které jsou aplikovatelné v praktickém životě osob mentálně postižených,
- sexuální výchova vede ke zlepšení komunikace, k obohacení slovníku a jeho využití při informovanosti o sexualitě,
- základní znalosti sexuální výchovy umožní pozdější probírání stále složitějších témat,
- prostřednictvím sexuální výchovy dochází k vytváření životních cílů a k úvahám o své budoucnosti,
- prostřednictvím sexuální výchovy je uskutečňována prevence negativních jevů, což se týká především sexuálního obtěžování a zneužívání.

Témata sexuální výchovy jsou upravována s ohledem na biologický, mentální, sociální a sexuální věk osob s mentálním postižením. Za hrnuto spolu ve výchově je také udržování tělesné hygieny a seznámení se s vlastním tělem, kultivace citů a sexuálních pudů, nauka o zvládnutí náklonnosti k blízkým nebo cizím osobám. Dále také součástí výchovy je, aby si zmínění jedinci uvědomili, že jejich tělo je jen jejich a že mají právo odmítnout doteky, které jim nečiní dobře – naučit se říkat „ne“. Je to také určitá ochrana před sexuálním zneužitím (Kozáková, 2004).

„Sexuální výchova a projevy sexuality osob s mentálním postižením jsou závislé především na:

- hloubce mentálního postižení,
- na dalších specifikách mentálního postižení (etiologie, typu/eretický, apatický),
- na přítomnosti dalšího postižení (tělesného, smyslového, ...),
- na pohlaví,
- na věku jedince, období života (zda jde o věk puberty, fertillní/biologicky aktivní věk/, období přechodu/klimakteria/ nebo období stařecké/senilní/),
- na individuálních charakteristikách jedince,
- na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá,
- na specifických vlivech výchovného prostředí (Kozáková, 2007, str. 352).“

Principy a fakta, se kterými by měli být jedinci s mentálním postižením v průběhu sexuální výchovy seznámeni, jsou následující:

- právo na prožití vlastní sexuality – dle Deklarace práv mentálně postižených, mají stejná práva jako ostatní lidé,
- vzdělávání osob s mentálním postižením je vhodné v malých skupinách a součástí je také přehled o jejich schopnostech a dovednostech,
- informace předávat prostřednictvím jednoduchého jazyka v krátkých časových úsecích,
- rodiče klientů by měli být zastánci kvalitního rozvoje sexuality a měli by být informováni o potřebě sexuální osvětě a výchovy svých dětí. Rodiče by také měli být schopni v určité sociální míře prožívat sexualitu svých dětí,
- znalost základů lidského těla, možnost využití antikoncepce, „morální standarty a faktory, ovlivňující sexuální život jedince,
- informace, které by posloužili jako eliminační faktor k předejití sexuálního zneužití,
- znalost základů protokolu o sexualitě,
- získávání neustále nových poznatků o sexualitě osob s mentálním postižením (Štěrbová, 2004).

Janiš (2004, str. 21) píše: odtabuizování sexuálního života u mentálně postižených jedinců může být důležitým krokem k prevenci společensky a sociálně patologických jevů, čímž konkrétně máme na mysli sexuální zneužívání takto postižených lidí, ke kterému, bohužel, v naší společnosti dochází. Právě snížená obranyschopnost a také snížená možnost sociální kontroly u takto postižených jedinců je jedním z důvodů, proč se stávají oběti tohoto jevu. Velkým ohrožením pro ně je právě jejich nevědomost a jejich velmi obtížná komunikace a problémy v hledání pomoci. Sexuální výchova od dětství u takto postiženého člověka může také pomoci při jeho integraci do „normální“ společnosti.

3.6 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením

K sexuálnímu obtěžování a zneužívání dochází u osob s mentálním postižením poměrně často. Důvodem je nedostatečná sexuální výchova a osvěta jak u mentálně postižených, tak i u jejich rodin či poskytovatelů sociálních služeb. Sexualita mentálně postižených je stále tabuizované téma a je potřeba ji odkrývat a řešit také problém sexuálního zneužívání, které je pro osobu s mentálním postižením celoživotní zraňující událost. Jedinci s mentálním postižením mají rozpor mezi fyzickou a duševní vyspělostí. Není u nich zcela rozvinuta schopnost se o sebe postarat a neumí se poučit z minulé zkušenosti. Tito jedinci jsou také lehce identifikovatelní pro svoji nezbřehou důvěru a naivitu. Při setkání s neznámou osobou neumí odhadnout své intimní komunikační pole a „nevidí“ signalizované nebezpečí (Štěrbová, 2007, Lenoráková et kol. , 2002).

Štěrbová (2007, str. 84) píše: „U osob s mentálním postižením se rozumí sexuálním zneužíváním každé sexuální nebo sexuálně zbarvené chování nebo sexuální kontakt mezi osobami s mentální retardací a lidmi, kteří jim mají poskytovat ochranu a péči, nebo lidmi, kteří nad nimi mají rozumovou či emoční převahu. Jde zejména o vychovatele, učitele, zdravotníky všechny zaměstnance dané instituce, dobrovolníky a příbuzné. Každý sexuální kontakt mezi osobami s mentálním postižením navzájem nebo osobou s mentálním postižením a jiným člověkem je považován za sexuální zneužití, pokud jde o kontakt nechtěný nebo takový, že oběť měla pocit, že kontakt nemohla odmítnout. Řadíme sem všechny sexuální kontakty, které neodpovídají kritériu rovnocennosti a dobrovolnosti.“

Sexuálního zneužití jsou osoby s mentálním postižením spíše oběťmi než pachatelí.

Příčinami tohoto jevu je snížená schopnost úsudku jedince s mentálním postižením, dále jeho omezená komunikační schopnost a samostatné racionální rozhodnutí a jednání. Často je také skutečností, že si mentálně postižení neuvědomují, co je to s nimi vykonáváno a když si jsou toho vědomi, tak tu zase převládá jejich strach, že když odmítnou, tak ztratí osobu, v případě, že je násilníkem vychovatel či pečovatel, na které jsou závislí. Faktem je také jejich strach z důsledků toho, co se bude dít, když to oznámí. Je pro ně obtížné, jak pro jakoukoliv jinou osobu, o tomto tématu otevřeně hovořit a navíc je tu risk, že jim nebude věřeno (Kozáková, 2007, Štěrbová, 2007).

Rizika sexuálního zneužití u postižených dětí jsou následující:

1. Závislost na péči – děti, jež mají jakýkoliv typ postižení, jsou při uspokojování svých tělesných a citových potřeb odkázáni zcela na své okolí. Při vyrůstání v prostředí, které izoluje od společenských kontaktů, se děti velice obtížně dovolávají o pomoc někoho jiného, který patří mimo tento uzavřený celek.
2. Omezení rozpoznávací a obranné schopnosti - děti s mentálním postižením, si velice často ani neuvědomují, že se jim děje nějaká špatnost. Nedokáží lehce diferencovat, kde již končí hranice potřebné tělesné péče a chování a kde již nastupuje již sexuální podtext. U některých dětí k rozpoznání dochází včas, ale nejsou schopni se těmto násilným prvkům bránit.
3. Nízké sebevědomí – v průběhu života jsou děti postižením vystavovány posměchu, urážkám i určitým hrubostem, proti nimž se nebrání. Neuvědomují si, že mají právo na svoji důstojnost a intimitu.
4. Neschopnost samostatného jednání - v důsledku toho, že většina dětí s postižením zůstává celý život závislá na dospělých osobách, které jsou pro ně autoritou, tak stěží dokáží odporovat dospělým, kteří vyvíjí sexuální nátlak (Pöthe et kol., 2002).

Přehled preventivních opatření před sexuálním zneužitím u osob s postižením dle Pöthe et kol. (2002, str. 35 – 36):

„Opatření na úrovni rodičů:

- vychovávat dítě ke zdravému sebevědomí a k úctě k sobě a vlastnímu tělu,
- vést dítě k tomu, aby se v rámci možností dokázalo samostatně rozhodnout,
- poskytovat dítěti dostatečné a přiměřené informace o lidské sexualitě,
- mluvit s ním o nebezpečných situacích a vysvětlit mu, co je sexuální zneužití,

- učit je reagovat v situaci ohrožení,
- mít přehled o tom, kde a s kým tráví naše dítě svůj čas,
- svoje dítě nikdy nesvěřit do péče člověku, o kterém nemáme dostatek spolehlivých informací pocházejících z několika zdrojů,
- spolu s dítětem vytvořit síť osob a míst, kam se může obrátit o pomoc, když se cítí ohrožené,
- naučit je, jak se má na tyto osoby obracet, jak žádat o pomoc,
- vést dítě k tomu, že má právo říci NE, pokud má z něčeho strach nebo je mu něco nepříjemné,
- ujistit je, že cokoli se mu stane a cokoli udělá, nikdy nezůstane bez naší péče a lásky.“

„Opatření na úrovni pečovatelských a výchovných zařízení:

- pečlivě vybírat svoje zaměstnance,
- systematicky kontrolovat kvalitu péče o konkrétní dítě,
- zvyšovat podvědomí pracovníků o nebezpečích, které dětem s postižením hrozí
- zajistit, aby k dítěti měla stálý přístup více než jedna osoba (střídání dvou nebo tří pečovatelů),
- průběžně sledovat a zaznamenávat psychický stav dětí (nejlépe z více zdrojů),
- poskytnout dětem sexuální osvětu, odpovídající stupni jejich intelektuálního vývoje,
- informovat děti o možných nebezpečích, které jim hrozí,
- zavést jasná pravidla pomoci v nouzi (stanovit postup a určit konkrétní osoby, které o něj přímo nepečují a na které se dítě může se svým problémem obrátit),
- dbát na lidskou důstojnost dětí a co nejméně narušovat jejich právo na soukromí a tělesnou intimitu.“

„Opatření na úrovni státu:

- zajištění příznivých podmínek pro důstojnou péči a výchovu postižených dětí v rodinách a ústavních zařízeních,
- vybudování systému odborné podpory a kontroly kvality péče v rodinách a v odborných zařízeních,
- prosazování sexuální výchovy ve vzdělávání postižených dětí,

- dostatečné morální a materiální ocenění osob, zajišťující péči a výchovu dětí s postižením,
- zvyšování povědomí veřejnosti o potřebách lidí s postižením,
- výchova většinové společnosti k toleranci vůči lidem s odlišným zjevem či způsobem života,
- zajištění lidských a materiálních zdrojů pro kvalifikovanou zdravotnickou a sociálně právní pomoc ohroženým dětem.“

„Samotná zkušenost se sexuálním napadením – když k němu i přes veškerá výchovná a informační opatření dojde – je pro oběť celoživotně zraňujícím zážitkem, který ji handicapuje v mezilidských vztazích. Je jen na citlivém přístupu a volbě forem podpory, aby se tento zážitek podařilo ventilovat, vyšetřit a terapeuticky ošetřit, a zároveň, aby tento proces nepřinesl oběti další bolest a sociální vyloučení. U lidí s postižením to platí dvojnásob (Novosad, 2002, str. 24).“

3.7 Partnerství osob s mentálním postižením

Základní lidskou potřebou je milovat a zároveň také být milován. Tento cit je důležitým pro každého člověka bez ohledu na to, zda je, či není postižený (Kozáková, 2007).

Partnerské vztahy jsou vyvrcholením sociálních vztahů, kdy si mladý člověk vytváří nový intimní vztah s druhým člověkem, který zpravidla vede k založení rodiny (Vágnerová, Hadj – Moussová, 1997).

Vytváření partnerských vztahů u osob postižených má stejně velký význam jako u intaktní společnosti. Pro postižené jsou důkazem toho, že jsou rovnocenní ostatním a je to pro ně jakési potvrzení vlastní hodnoty. I když v podstatě můžeme mluvit v souvislosti s partnerskými vztahy a zakládáním rodiny spíše jako o nemožnosti postižených žít samostatně a nezávisle (ibid, 1997).

Stejně tak jako intaktní, tak i mentálně postižení mají svá práva. Mezi ně se řadí i právo na partnerství, sexuální život a současně také na svůj vlastní individuální projev. V

průběhu sexuální výchovy by však měli být obeznámeni etickou formou k přijetí těchto vztahů. Při navazování partnerských vztahů může u osob s mentálním postižením dojít ke značné nevýhodě oproti intaktní populaci. Dochází k menším spektrům možností při navazování partnerských vztahů v důsledku sociální izolace, což může být vlastní rodina nebo kolektivní zařízení. Ze strany společnosti zde dochází ke kompenzaci prostřednictvím realizace seznamek, sdružení a organizací, jež realizují pobyty pro mládež a dospělé s různým typem postižením. U jedinců s mentálním postižením při navazování partnerských vztahů, může docházet k určitým komplikacím a to tak, že tito jedinci trpí studem, ostýchavostí, mají pocit sexuální neatraktivnosti, zábrany v komunikaci a především mají pocit nejistoty. Z toho následně vyplývá i určitá komplikace při udržení partnerského vztahu. Jedinci s mentálním postižením často nejsou schopni ztotožnit se s rolí partnera, dále se vyskytují problémy na poli uspokojování osobnostních potřeb, kdy ne všechny tyto potřeby jsou naplněny. Je potřeba tedy tyto jedince podporovat a snažit se jim vytvořit podmínky pro vytváření partnerského vztahu. Je však nutné vždy vycházet z reálné situace a nepředkládat zbytečně klamná očekávání (Kozáková, 2007).

3.8 Manželství, mateřství a rodičovství osob s mentálním postižením

Selikowitz (2005, str. 168) o manželství píše: „Manželství jako pevný, láskyplný vztah mezi dvěma jedinci je pro postiženého dospělého člověka jednoznačným přínosem.“

K uzavření manželství na půdě České republiky může dojít, pokud je osoba plnoletá a způsobilá k právním úkonům. Pokud není způsobilá k právním úkonům, dle zákona o rodině, nemůže uzavřít manželství. Donedávna v praxi existovalo, že osoby, které byly přijímány do zařízení sociální péče, byly zbavovány způsobilosti k právním úkonům a tím pádem tedy byly o zbavovány možnosti vstoupit do manželství. V případě, kdy z právního hlediska nelze přistoupit u mentálně postižených k manželství, je zde forma náhradní, a to v možnosti ve zveřejnění zasnub. Avšak i u této možnosti je nutné informovat o zodpovědnosti a vážnosti tohoto vykonaného aktu (Kozáková 2007, Sexualita lidí s MP [online]).

Do popředí se dle i otázka mateřství rodičovství osob s mentálním postižením.

Pohled společnosti na tuto problematiku je od pozitivních náhledů až po zcela zavrhuující. S mateřstvím a rodičovstvím se totiž pojí i práva a povinnosti ve vztahu k dítěti. Je nutné si uvědomit, že je nutné dítěti zabezpečit jak emocionální, tak i sociální a materiální jistoty. Zde je nutné si položit otázku, zda rodiče s mentálním postižením jsou schopni dítěti všechny tyto prostředky zabezpečit. Matulay (1986, str. 243) uvádí, že mentálně retardovaní muži a ženy mají stejné rodičovské dovednosti a starosti jako každý jiný rodič, ale potřebují více pomoci. Nesmíme v této problematice ani zapomenout na obavy ze zdědění postižení po svých rodičích. Přejdeme – li tedy k tomu, že se narodí dítě mentálně postiženým, kteří nebudou schopni zajistit dostačující prostředky pro rozvoj a výchovu dítěte, je zde nutná pomoc prarodičů a příbuzných, kteří by měli pomoci obstarat podnětné prostředí pro dítě. Motivace a přání osob s mentálním postižením nebývají vždy reálná a tak je nutné jim pomoci realisticky řešit jejich očekávání a neudržovat je v klamně naději a pěstovat v nich vědomí i o tom, že šťastný život plný lásky a pochopení se dá vést i bez dětí (ibid, 2007, ibid [online]).

3.9 Postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením

Postoj společnosti se k sexualitě osob s mentálním postižením neustále vyvíjí. Na jedné straně je to benevolentní vztah otevřený i k sexuálním potřebám mentálně postižených jedinců a na straně druhé je názor naopak ryze odmítavý, až zavrhuující.

Postoje společnosti odráží jejich vývoj a změny ve vnímání jak své vlastní sexuality tak i sexuality osob s mentálním postižením. Odráží určité vlivy emocionální, sociální a rozumové. Je možné, že sexualita mentálně postižených může v mnohým lidech vyvolávat pocit hanby, nejistoty a strachu (Kozáková, 2007, Marková, Truhlářová, 2009).

Ve společnosti přetrvávají předsudky vůči sexualitě osob s mentálním postižením, které se vlastně podílí na utváření výsledného názoru určité osoby. Pro bližší znázornění bude uvedeno pár nejčastějších předsudků, jak je uvádí Kozáková (2007), které se v oblasti sexuality osob s mentálním postižením vyskytují.

Předsudek: Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud.

Do nedávna ve společnosti přetrvával názor, že lidé s mentálním postižením jsou

hypersexuální. V minulosti tato situace byla řešena farmakologicky. Je na místě otázka, zda zvýšený sexuální projev mentálně postižených, který je možno u nich pozorovat, je zapříčiněn zvýšeností sexuálního pudu. Při hledání odpovědi můžeme naleznout několik důvodů, proč jedinci s mentálním postižením mají zvýšené sexuální aktivity. Mezi ně se řadí například fakt, že jsou neustále pod „*dohledem*“ jiných osob a v důsledku tohoto mohou trpět nedostatkem soukromím pro vykonání své sexuální potřeby. K masturbaci může docházet také v případě, má – li osoba s mentálním postižením pocit nudy, frustrace či pocitu osamění. K uvolnění tenze prostřednictvím masturbace může docházet také v důsledku nenaplnění psychických potřeb člověka. Je časté i to, že jedinci s mentálním postižením neví jak přistupovat k technice masturbace a tak je u nich výskyt permanentního sexuálního vzrušení. V praxi by tedy měly být vytvořeny podmínky, pro uvolnění sexuálního napětí, ale zároveň by se od malička mělo vštěpovat do mysli, že je masturbace věcí intimní a není vhodné ji vykonávat za přítomnosti dalších osob.

Předsudek: Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzickou náročnou prací.

Zde je předpoklad, že pokud jedinci s mentálním postižením mají dostatečně náročnou fyzickou práci, tak se u nich minimalizují myšlenky na sexuální potřeby. Což je neplatné, poněvadž každý člověk má své sexuální potřeby, které musí vyjádřit a uspokojit.

Předsudek: Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.

Dříve přetrvával názor, že vhodným řešením je oddělené pohlaví. Avšak není to vhodné řešení. Každý člověk potřebuje kontakt s opačným pohlavím a nemusí se striktně jednat pouze o kontakt sexuální, stačí jen pouze vědomí, že mám možnost se vídat i s protějškem. Díky segregaci od okolí lidé nepřestávají být sexuálními bytostmi.

Předsudek: Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem.

Mnoho rodičů a vychovatelů zaujímá stanovisko, že lidé s mentálním postižením jsou celý život dětmi. Tím pádem z tohoto tvrzení vyplývá i jejich postoj k sexuální stránce těchto jedinců – odmítají myšlenku jejich přirozené sexuální potřeby.

Předsudek: Realizaci sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy.

Sexuální touhy se projeví vždy, i bez sexuální výchovy. Avšak sexuální výchovou je možno ovlivnit vyjádření jejich potřeby. Prostřednictvím sexuální výchovy je snaha kultivovat a informovat osoby s mentálním postižením o všem, co s touto problematikou souvisí.

Předsudek: Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb.

Toto tvrzení je opačným extrémem k tvrzení o jejich hypersexualitě. Každý člověk má sexuální potřebu. Sexuální potřeba je věc přirozená tudíž nezáleží na tom, zda je jedinec postižený či nikoliv.

Předsudek: Osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality.

Odchylky jsou spíše způsobeny nedostatkem informací či traumatizující zkušeností v průběhu života, než faktem, že je člověk mentálně postižený a v tomto důsledku má tedy i sexuální odchylky.

Předsudek: Součástí intimního vztahu osob s mentálním postižením musí být i pohlavní styk.

Řada mentálně postižených jedinců nemá zájem provozovat sexuální styk. Stačí jim pouze přítomnost druhého, partnera. Pocity štěstí a uspokojení jim přinese jen jejich blízkost, objetí či líbání.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZMAPOVÁNÍ NÁZORŮ INTAKTNÍ SPOLEČNOSTI NA SEXUALITU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

4.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak intaktní společnost nahlíží na otázku sexuality osob s mentálním postižením. Dále také, zda postoje společnosti jsou k dané problematice tolerantní, či je naopak sexualita osob s mentálním postižením považována za morálně a společensky nepřipustnou. Cílem bylo také zjistit, zda si intaktní společnost uvědomuje, že na poli sexuality mají stejná práva jak intaktní, tak i mentálně postižení lidé. Lze vysvětlit domněnku, že i když žijeme v 21. století, tak zůstává sexualita osob s mentálním postižením stále podceňovaným tématem a v mnohých společenských vrstvách také tématem tabuizovaným.

4.2 Výzkumné metody

Pro účel získání informací o názlehu společnosti na uvedenou problematiku byla zvolena metoda dotazníku.

Dotazník je metodou kvantitativní, která je využívána již mnoho let a skýtá své výhody i nevýhody. Největší výhodou dotazníkového šetření je jeho rychlost a pokrytí širokého spektra populace. Určitou nevýhodou dotazníku je přílišná obecnost otázek a možnost jejich špatné interpretace. V případě realizovaného dotazníkového šetření tak mohl nastat problém při správném pochopení pojmu „mentální postižení“, které zde nebylo blíže specifikované. Tento obecný termín byl však zvolen záměrně ve snaze nezatěžovat laickou veřejnost charakteristikami jednotlivých stupňů mentální retardace. Ačkoliv by pro maximalizaci výpovědní hodnoty dotazníku měly být jednotlivé stupně zmíněny, jejich uvedení by s sebou neslo značné zvýšení nároků na pozornost respondenta a čas, který by

musel věnovat k vyplnění dotazníku. Tyto faktory by v konečném důsledku snížily iniciativu respondentů a mohly by vést k menší návratnosti vyplněných dotazníků.

Účelem dotazníku bylo vyhodnotit určité postoje a názory společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením. Elektronická verze dotazníku byla po několik týdnů umístěna na webových stránkách ebiz.cz. Pro účely rozšíření dotazníku i mezi osoby bez přístupu k internetu byla rovněž vytvořena jeho papírová podoba.

Dotazník obsahoval uzavřené i škálované otázky a jednu dobrovolnou dodatkovou otázku, která umožnila respondentovi formulovat vlastní názor na problematiku. Skladba dotazníku byla následující:

1. První část byla uchopena jako informující na jaké téma a z jakého důvodu byl daný dotazník vytvořen.
2. Druhá část je zaměřena již na respondenta a na základní informace o jeho osobě /pohlaví/věk/povolání/.
3. Třetí část se již skládá z otázek k výzkumu.

4.3 Vzorek a organizace výzkumu

Během výzkumného šetření byla kontaktována široká masa společnosti. Vzorek respondentů byl složen z mužů a žen minimálního věku 14 let, kteří byli rozděleni do kategorií - studenti, pracující, důchodový věk a jiné zahrnující například ženy na mateřské dovolené či nezaměstnané jedince.

U jednotlivých kategorií lze očekávat různé názory na problematiku. Studenti jsou silně ovlivněni vzděláním na středních či vysokých školách, jsou více otevřeni novým myšlenkám ohledně sexuality a vzhledem ke svému věku nemusí trpět výraznými předsudky vůči mentálně postiženým. Pracující naopak zaujmají pevná životní stanoviska a mají již jasné představy a smýšlení, které již není zdaleka tak ovlivnitelné okolím tak, jako v případě studentů. Názory respondentů v důchodovém věku mohou být ovlivněny tím, že byli vychováni v konzervativnějším duchu, mají jiné společenské normy a obecně mohou být uzavřenější k otázkám sexuality. Poslední kategorie nezaměstnaných je vyčleněna pouze z důvodu rozšíření počtu respondentů o jedince, kteří by se vzhledem k těmto skupinám nemohli zařadit do žádné z předchozích kategorií. V tomto případě tedy

nebyla očekávána žádná názorová predispozice.

Vedle sdílení webových odkazů na internetovou verzi pomocí sociálních sítí byly rozesílány maily s dotazníkem v příloze a distribuována byla i papírová verze šetření určená osobám bez přístupu k internetu. Možnosti k vyplnění tudíž byly poměrně rozmanité. Samotný sběr dat proběhl v rozmezí 3 týdnů. Odpovědi respondentů byly anonymní.

Obecně lze říci, že vliv na výsledky výzkumu mají především hodnoty společnosti, ve které se daný respondent pohybuje. Každá odpověď respondenta je originální, ale současně je také zatížena jeho aktuálním fyzickým i psychickým stavem.

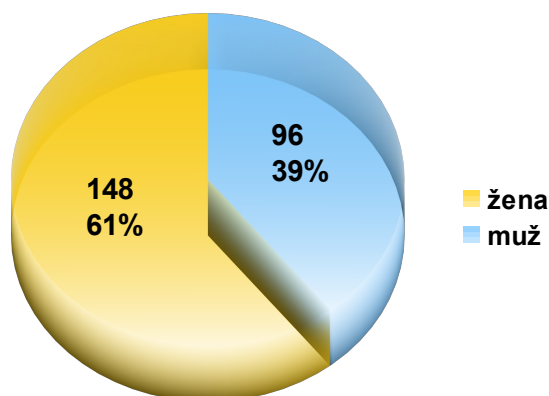
5 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

Získané informace byly zpracovány pro lepší přehlednost do grafů, které byly doplněny interpretacemi.

5.1 Základní údaje o respondentech

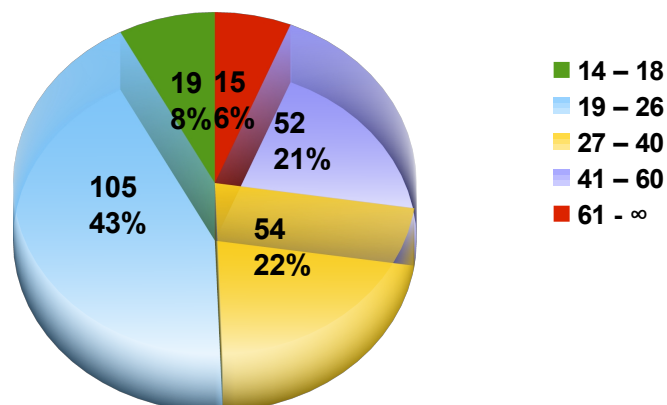
Základní údaje o respondentech souvisí s otázkami 1, 2 a 3, které poskytují elementární informace jako jsou pohlaví, věk a povolání.

Dotazník vyplnilo celkem 245 respondentů, z toho 148 žen, (61% všech odpovědí) a 96 mužů (39%). O těchto faktech svědčí graf č. 1.



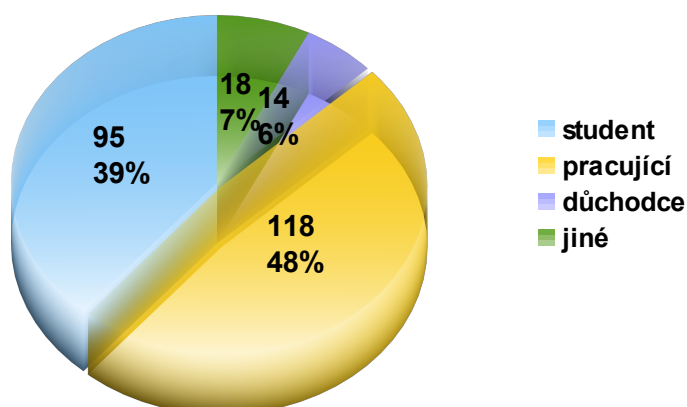
Graf č. 1: Skladba respondentů dle pohlaví

Co se týče věku respondentů, 19 respondentů (8%) náleželo do nejmladší kategorie ve věku 14 – 18 let, kategorie 19 – 26 let byla zastoupena 105 respondenty (43%), kategorie 27 – 40 let byla zastoupena 54 respondenty, procenticky 22%, v kategorii 41 – 60 let odpovídalo 52 respondentů (21%). Poslední věková kategorie 61 a více byla reprezentována 15 respondenty (6%). Početnost respondentů v určitých věkových kategoriích závisela ponejvíce na míře využívání a přístupnosti k internetu. S tímto faktorem bylo předem počítáno u věkové kategorie 61 – více, kde byla velká většina respondentů obeslána papírovou verzí dotazníků. Graficky znázorněno v grafu č. 2.



Graf č. 2: Skladba respondentů dle věku

Třetí otázka v dotazníku byla zaměřena na povolání respondenta. 95 odpovídajících (39%) se zařadilo do kategorie studentů. Nejpočetnější skupinou byla kategorie pracujících se 118 respondenty (48%). 14 respondentů (6%) zastupovalo kategorii důchodců a konečně 18 respondentů (7%) udalo možnost *jiné*. Počet odpovídajících důchodového věku ve výzkumném šetření byl malý, což bylo očekáváno nejen kvůli převažujícímu elektronickému šíření dotazníku, ale i s ohledem na jeho téma, ke kterému mohla uvedená skupina přistupovat spíše konzervativněji. Těmto výsledkům odpovídá graf č. 3.

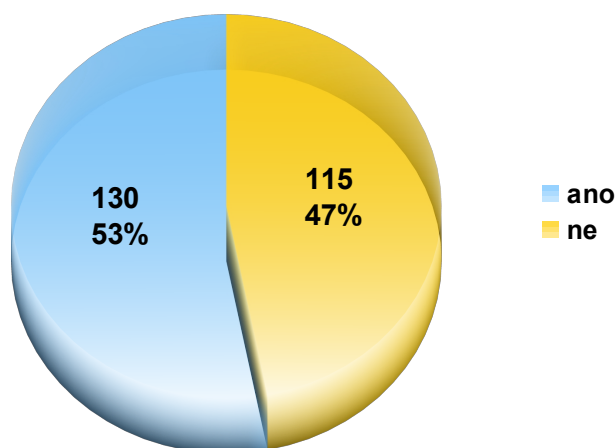


Graf č. 3: Skladba respondentů dle povolání

5.2 Otázky zaměřené na problematiku sexuality osob s mentálním postižením a odpovědi intaktní společnosti

Otázka č. 4 – Přemýšleli jste někdy nad sexuálním životem osob s mentálním postižením?

Na začátek druhého bloku dotazníkového šetření byla zvolena otázka, která měla zjistit, zda vůbec respondent někdy přemýšlel nad sexuálním životem osob mentálně postižených. Odpovědi byly poměrně vyrovnané a to tak, že 130 respondentů (53%) odpovídalo ano a 115 respondentů (47%) odpovědělo, že nad uvedenou otázkou nepřemýšlelo. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 4.

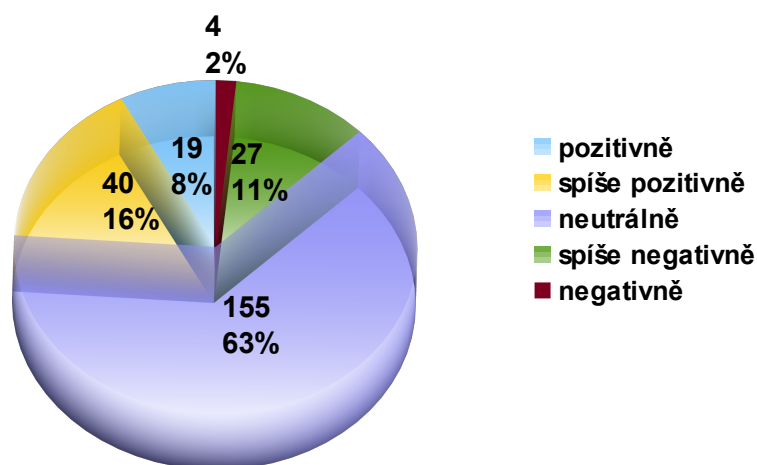


Graf č. 4: Sexuální život osob mentálně postižených a zamyšlení společnosti

Otázka č. 5 - Problematiku partnerských a sexuálních vztahů osob s mentálním postižením vnímáte...

U této otázky měli respondenti na výběr z více odpovědí. Více jak polovina respondentů – 155 (63%) odpovědělo, že se staví k této problematice neutrálně. Následně 19 dotazovaných (8%) odpovědělo, že pozitivně a 40 (16%) spíše pozitivně. Naopak 27 respondentů (11%) vypovědělo, že tuto problematiku vnímá spíše negativně a 4 dotazovaní (2%) vnímali problematiku negativně. Z výsledků tedy vyplývá, že se převážná část respondentů staví k partnerským a sexuálním vztahům neutrálně, což může být způsobeno

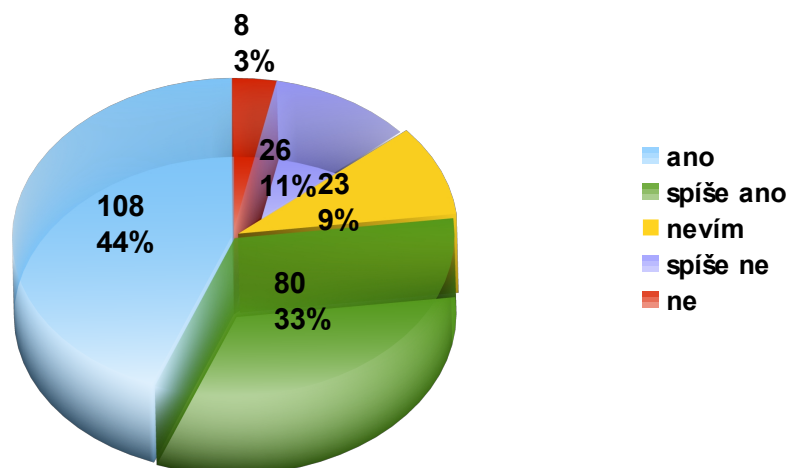
neznalostí či nezájmem o danou problematiku. Výsledky uvedeny v grafu č. 5.



Graf č. 5: Vnímání partnerských a sexuálních vztahů osob s mentálním postižením

Otázka č. 6 - Považujete fakt sexuálního chování osob s mentálním postižením za morálně a společensky přípustný? (např. partnerské vztahy, sexuální styky)

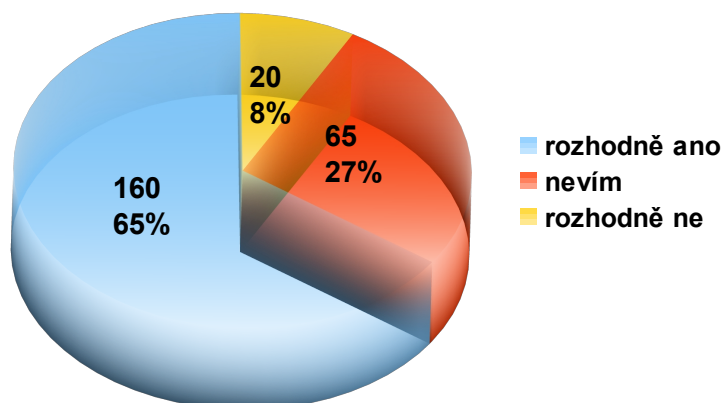
Sexuální chování osob s mentálním postižením je 108 respondenty (44%) považováno za morálně a společensky přípustné. 80 respondentů (33%) jej považuje za spíše přípustné. 23 dotazovaných (9%) zvolilo možnost *nevím* a ke *spíše ne* se přiklonilo 26 respondentů (11%). Za společensky a morálně nepřipustné považuje sexuální chování osob s mentálním postižením 8 odpovídajících (3%). Z uvedeného tedy vyplývá, že společnost nenahlíží na sexuální život mentálně postižených nikterak odmítavě. Znázorněno v grafu č. 6.



Graf č. 6: Připustnost sexuality osob mentálně postižených morálního a společenského hlediska

Otázka č. 7 - Měli by lidé s mentálním postižením mít možnost vést běžný sexuální život jako lidé bez postižení?

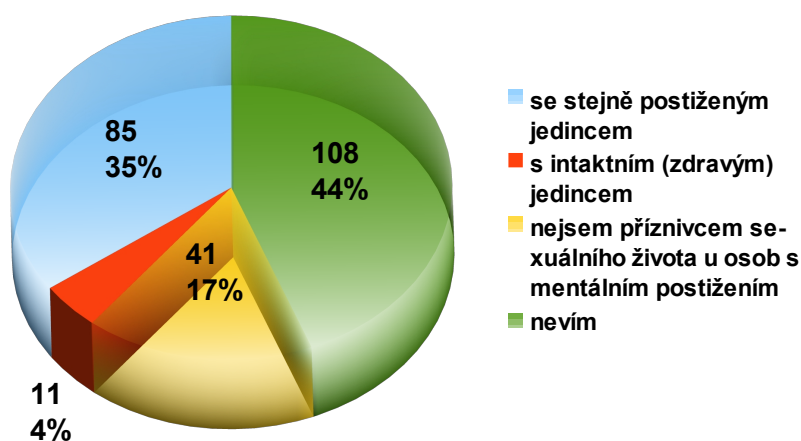
U této otázky uvedlo 160 dotazovaných (65%), že jsou zastánci běžného sexuálního života lidí s mentálním postižením. Proti sexuálnímu životu mentálně postižených se postavilo 20 odpovídajících (8%). Neutrálně, s odpovědí *nevím*, se ztotožnilo 65 respondentů (27%). Z výsledků je tedy patrné, že společnost je schopna akceptovat sexuální život mentálně postižených. Graficky znázorněno v grafu č. 7



Graf č. 7: Přístupnost mentálně postižených osob k běžnému sexuálnímu vztahu

Otázka č. 8 - Podle vašeho názoru by měli lidé s mentálním postižením vést běžný sexuální život ...

Při této otázce se s názorem *nevím* překvapivě ztotožnilo 108 odpovídajících (44%). Názor, že by lidé s mentálním postižením měli vést sexuální život s osobami stejně postiženými má 85 dotazovaných (35%) a naopak, že by sexuální život osoby s mentálním postižením měli vést s intaktním (zdravým) jedincem, zastává 11 respondentů (4%). Poslední skupina odpovídajících, která je složena z 41 respondentů (17%), není zastáncem sexuálního života osob s mentálním postižením. Na tuto otázku byl tedy spíše názor nevyhraněný. Respondenti měli spíše problémy s určením, koho by si jako sexuálního partnera u mentálně postižených představovali. Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 8.

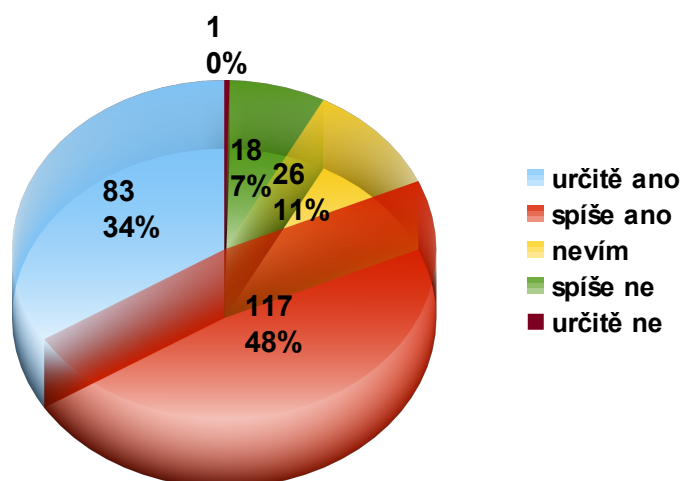


Graf č. 8: Sexuální partner jedince s mentálním postižením

Otázka č. 9 - Domníváte se, že jsou lidé s lehkým mentálním postižením, kteří zvládají samostatnou sebeobslužnou činnost, schopni plnohodnotných sexuálních vztahů?

Lidé s lehkým mentálním postižením jsou dle 83 dotazovaných (34%) schopni zcela určitě vést plnohodnotný sexuální vztah, dle 117 respondentů (48%) jsou spíše schopni plnohodnotných sexuálních vztahů. Naopak 18 respondentů (7%) si myslí, že lidé s lehkým mentálním postižením spíše nejsou schopni plnohodnotných sexuálních vztahů a pouze 1 odpovídající se přiklání k verzi, že nejsou zcela určitě schopni plnohodnotných

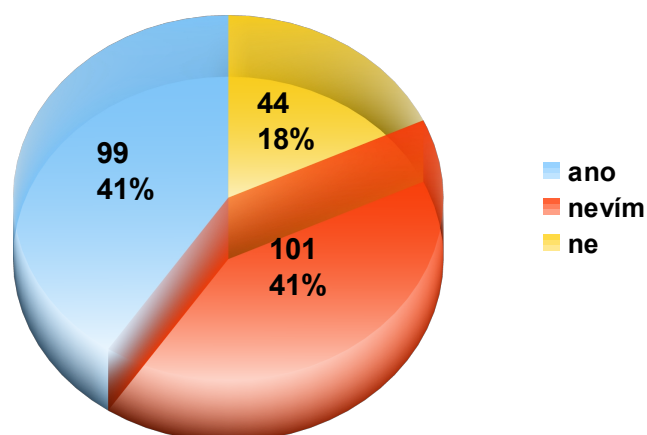
sexuálních vztahů. Neutrální stanovisko s odpovědí *nevím* zastává 26 respondentů (11%). Z výsledků je patrné, že společnost akceptuje sexualitu osob s lehkým mentálním postižením. Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 9.



Graf č. 9: Schopnost plnohodnotných sexuálních vztahů osob mentálně postižených

Otázka č. 10 - Myslíte si, že se u lidí s mentálním postižením vyskytuje sexuální deviantní chování (např. obnažování či masturbace na veřejnosti)?

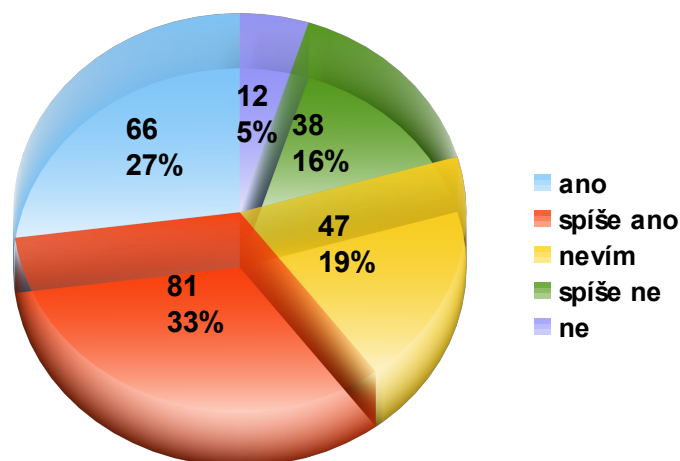
U otázky týkající se sexuálně deviantního chování a výskytu tohoto chování u osob s mentálním postižením se 99 dotazovaných (41%) ztotožňuje s názorem, že je přítomné. Na druhé straně stojí počet 44 respondentů (18%), kteří zastávají názor, že sexuálně deviantní chování u osob s mentálním postižením není přítomné. Třetí nevyhraněná skupina čítá 101 odpovídajících (41%). Sexuálně deviantní chování mentálně postižených jedinců je dle výsledků průzkumu předpokládaným jevem. Hodnoty jsou graficky znázorněny v grafu č. 10.



Graf č. 10: Výskyt sexuálně deviantního chování u mentálně postižených

Otázka č. 11 - Domníváte se, že by u mentálně postižených jedinců s prokázaným sexuálním deviantním chováním bylo vhodné provádět řízené sterilizace?

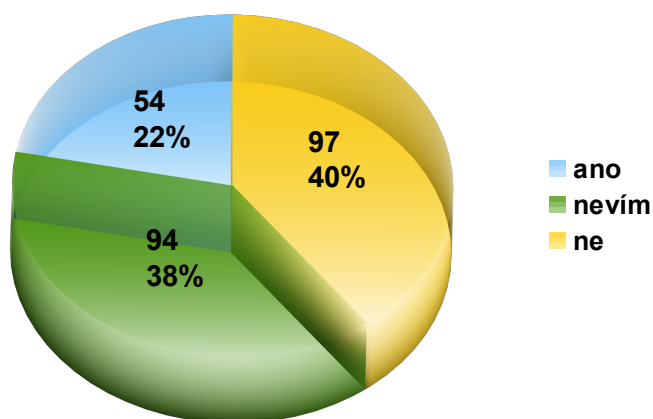
Otázka 11 navazuje na předešlou otázku a zkoumá názory na řízenou sterilizaci osob s mentálním postižením, u kterých je prokázáno sexuálně deviantní chování. Za vhodné považuje opatření 66 respondentů (27%), 81 odpovídajících (33%) se k tomuto řešení přiklání. Protipólem je tvrzení 12 dotazovaných (5%), kteří by k takovému řešení nepřistupovali, konečně 38 respondentů (16%) by se k takovému řešení také nepřiklánělo. Na neutrálním poli stojí 47 odpovídajících (19%). U jedinců s mentálním postižením, u kterých je prokázáno sexuálně deviantní chování, by se společnost ve větší míře přikláněla k řízeným sterilizacím. Údaje zaznamenány v grafu č. 11.



Graf č. 11: Četnost řízených sterilizací u osob s mentálním postižením

Otázka č. 12 - Myslíte si, že je vhodné utlumování sexuálních funkcí u mentálně postižených farmaky?

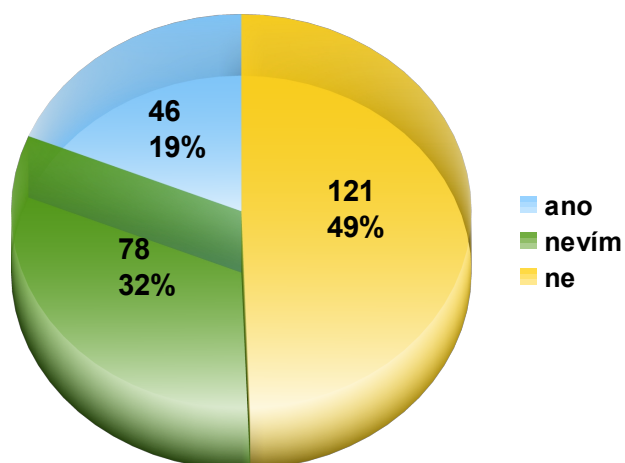
Tato otázka měla vypovědět, jak se společnost staví k utlumování funkcí osob mentálně postižených farmaky. Do kategorie zástupců utlumení spadá 54 respondentů (22%) a do protipólu k nim se staví 97 respondentů (40%). Zástupců třetí skupiny, kteří nebyli schopni určitě odpovědět je 94 (38%). Ve výsledku je zřejmé, že respondenti spíše nepovažují za vhodné utlumování mentálně postižených jedinců farmaky, avšak hodnoty nejsou na druhou stranu natolik přesvědčivé, aby se z nich dal vyvodit převažující názor. Hodnoty znázorněny v grafu č. 12.



Graf č. 12: Vhodnost užití farmak pro sexuální utlumení osob mentálně postižených

Otázka č. 13 - Myslíte si, že je vhodná sexuální stimulace jedinců s mentálním postižením např. formou erotických videokazet, či porno časopisů?

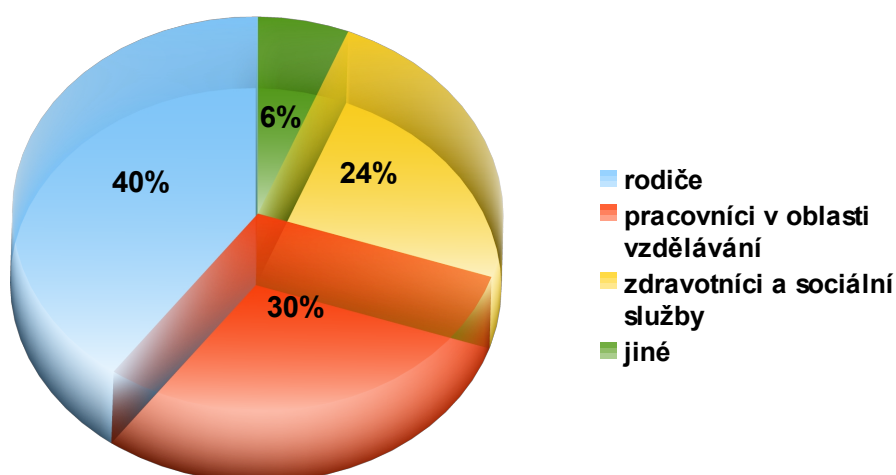
Sexuální stimulace osob s mentálním postižením prostřednictvím erotických videokazet či porno časopisů je dle 46 dotazovaných (19%) přípustná, naopak 121 respondentů (49%) stimulaci v takovéto formě nepovažuje za vhodnou. Zbýlých 78 odpovídajících (32%) se k tématu vyjádřilo prostřednictvím odpovědi *nevím*. Ke stimulaci mentálně postižených společnost přistupuje odmítavě, nepovažuje ji za vhodnou. Hodnoty jsou k dispozici v grafu č. 13.



Graf č. 13: Vhodnost sexuální stimulace u osob mentálně postižených

Otázka č. 14 - Jaká osoba, dle Vašeho názoru, je klíčovou při sexuální výchově osob s mentálním postižením? (Jsou možné i 2 odpovědi).

U této otázky bylo možné zvolit dvě odpovědi. Údaje jsou zaznamenány v grafu č. 14. Nejvíce volenou byla odpověď, že nejklíčovějšími osobami při sexuální výchově mentálně postižených jsou rodiče (40%). 30% respondentů připisovalo tuto odpovědnost pracovníkům v oblasti vzdělávání. Za kompetentní osoby při výchově považuje 24% respondentů zdravotníky a sociální služby. Odpověď *jiné* byla označena 6% respondenty. Za klíčovou osobu sexuální výchovy u mentálně postižených je tedy považován rodič. Většina dotázaných tedy usuzuje, že osoba rodiče hraje klíčovou roli při sexuální výchově ať už intaktních či mentálně postižených jedinců.

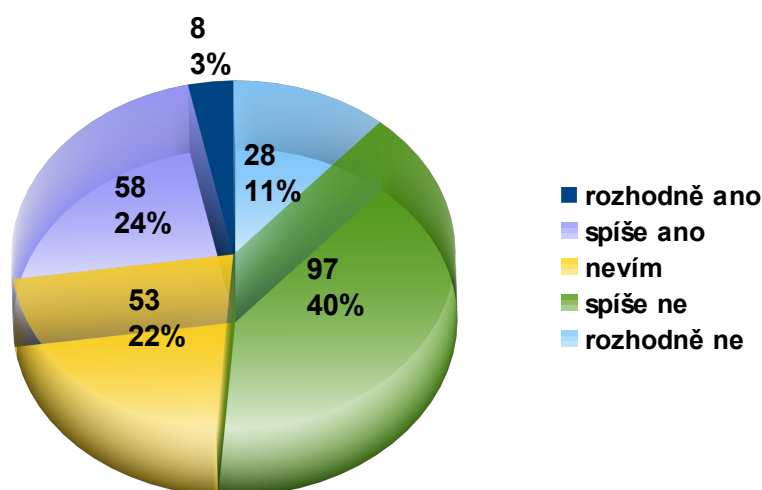


Graf č. 14: Klíčová osoba při sexuální výchově osob mentálně postižených

Otázka č. 15 - Myslíte si, že realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy u jedinců s mentálním postižením.

Pouhých 8 respondentů (3%) si myslí, že se během sexuální výchovy zbytečně probouzí sexuální touhy jedinců s mentálním postižením, za možné, tedy *spíše ano*, je to považováno 58 odpovídajícími (24%). Dotazovaných, kteří zvolili možnost *nevím*, čítá

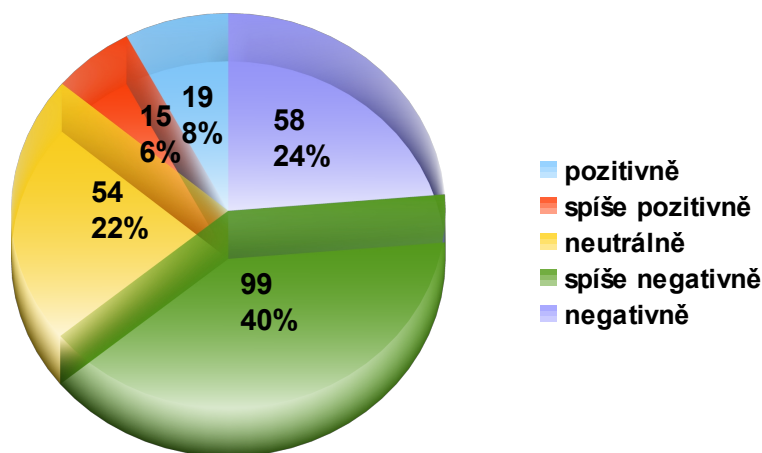
průzkum 53 (22%). Ti, kteří si naopak myslí, že tomu tak není a sexuální výchova tyto touhy neprobouzí, je 28 (11%) a stejně tak se k nim přiklání i odpovídající volící možnost *spíše ne*, kterých je 97 (40%). Sexuální výchova tedy není považována jako primární zdroj rozvoji sexuální touhy u mentálně postižených. Což souhlasí i s výzkumy, které hovoří o tom, že sexuální výchova nezvyšuje sexuální zájem jedinců. Graficky zaznamenáno v grafu č. 15.



Graf č. 15: Sexuální výchova a vznik sexuální touhy osob mentálně postižených

Otázka č. 16 - Jak nahlížíte na rodičovství osob s mentálním postižením?

Otázka na rodičovství u jedinců s mentálním postižením vynesla na povrch následující údaje. 19 odpovídajících (8%) odpovídá, že na tuto problematiku pohlíží pozitivně a 15 (6%) spíše pozitivně. Do protipólu k těmto odpovědím se staví 58 respondentů (24%), kteří se k rodičovství staví negativně a 99 (40%) spíše negativně. Jako neutrálně se vyjadřuje 54 odpovídajících (22%). K rodičovství je tedy přistupováno spíše negativně, nejví se jako vhodné pro společnost. Znázorněno graficky v grafu č. 16.



Graf č. 16: Pohled na rodičovství osob mentálně postižených

Dodatková otázka (dobrovolná): Jak by jste řešili problematiku omezení sexuálního života u osob s mentálním postižením?

Na tuto otázku byla odpověď dobrovolná, a tak odpovědi těch, kteří byli ochotni odpovědět byly následující:

- 5 respondentů odpovědělo, že by problematiku omezení sexuálního života řešila vhodnou antikoncepcí,
- 3 respondenti zastávají názor, že by bylo vhodné využití farmakologie,
- 2 respondenti by k omezení sexuálního života osob s mentálním postižením volilo lékařský zákrok,
- 6 respondentů nevidí důvod, proč by měl být sexuální život osob s mentálním postižením nějak omezován.

Dále na otázku řešení problematiky omezení sexuálního života osob s mentálním postižením byly odpovědi respondentů následující:

- jako pozitivní, či spíše pozitivní názory by se tedy řadily

Já bych je nijak neomezovala. Jsou to lidé jako všichni ostatní, jen bych spíš viděla problém v tom rodičovství... i když všechno je individuální... a někteří postižení mohou být srdečnější, než mnozí "normální" lidé... spíš jde o to, jestli jsou schopni vést normální život.

Každý člověk má právo, pokud tím nikoho neobtěžuje vést sexuální život. Takže pokud si najdou partnera, kterému podobně postiženého, nebo zdravého člověka, kterému nebude partnerovo postižení vadit, nevidím důvod omezovat postižené v sexuálním životě.

Lidé s mentálním postižením jsou lidé jako kdokoliv jiný, akorát jsou ve většině věcí omezeni. Mají ale stejná práva jako kdokoliv jiný, proto by se tito lidé neměli nijak omezovat. Problémem je ovšem schopnost u těchto lidí poznat, co je dobré a co špatné.

Neomezovala, snad pouze v rámci otázky plánovaného rodičovství vhodnou antikoncepcí. A samozřejmě důkladnou sexuální výchovou dle možností a vzhledem k druhu a rozsahu mentálního postižení.

Podle mého názoru na to mají právo stejně tak jako zdraví lidé.

Rozhodně bych postiženého vedla k tomu, aby pochopil, že se nejedná o nic špatného, snažila bych se, aby mentálně postižení lidé chápali sexualitu jako jednu z dalších životních funkcí a potřeb, jako je například vyprazdňování nebo přijímání potravy.

- jako negativní, či spíše negativní lze zařadit

Lidem s jakýmkoli (i mentálním) výrazným postižením genetického původu by nemělo být dovoleno mít děti. Sexuální život by tedy měl být omezen zneschopněním v tomto směru. Další omezení by se asi měla řešit individuálně dle zkušeností pečujících/zodpovědných.

Zabavení něčím jiným, např. fyzická práce.

Zákazem potomků.

- za neutrální odpovědi lze považovat

Dle míry postižení a sexuální náruživosti. Pomocí - osob blízkých (osvěta), odborníků v sexuologii, případně farmaky.

Dle stupně vývoje a míry sexuálního pudu. Osobně bych si dokázal představit metody řízené sterilizace vzhledem k riziku těhotenství, eventuálně sexuální agrese, příp. rizika

veřejného ohrožení- děti apod.

Z mého laického pohledu bych to spíše viděl neposkytnutím informací a možnosti vůbec tyto věci řešit. Stejně jako nebudu mentálně postiženému podávat alkohol, který má své kladné stránky a většinu záporných, tak bych nedával možnost sexuální.

Na tuto otázku se nedá jasně odpovědět, nedávno jsem viděla skvělý kreslený spot pro lidi s mentálním postižením právě o jejich sexualitě, byl to skvělý snímek. Ale jen pro lidi s lehkou formou postižení.

Nechal bych je ať si své sexuální potřeby vyřeší po svém.

Neřešil bych. Důležité je případ od případu zjistit, je-li dotyčný schopen a chápe-li problematiku (stejně jako u jiných lidí). Pokud na to má, proč mu bránit. Záleží případ od případu, ale i někteří zdravý jedinci by si sterilizaci zasloužili.

No to netuším, ale asi omezením přístupu, k filmům a časopisům se sexuální tematikou.

Podle mě je velkým problémem snadná manipulovatelnost některých mentálně postižených dívek - často to může vést a vede ke znásilňování včetně předčasného rodičovství atd. O tomto problému se moc nemluví, často totiž „kde není žalobce, není ani soudce“.

Posuzovat případ od případu. Využít odborné pomoci při zkoumání, zda jedinci jsou připravení a dokáží vést sexuální život, příp. mít a vychovávat dítě.

Proč omezovat – spíše vychovávat odborným pracovníkem.

Přes den spolu v kolektivním zařízení, večer na spaní oddělené ženské a mužské ložnice.

Rozhodně společnosti neublíží, když se večer budou budou tito lidé věnovat sexuálním orgiím. Svým způsobem si můžou dělat co chtějí a je mi to jedno. Na druhou stranu jsem zásadně proti tomu, aby tito lidé měli děti či je vychovávali.

Sex ano, děti v žádném případě!!!

Sexuální styk u postižených mi nevadí ale neměli by plodit děti.

Těžko říct, nejsem zastávce prášků, ani sterilizace. Možná antikoncepce, i když mi to připadne poněkud drahé řešení. Nejsem proti jejich sexuálnímu životu, pouze se mi nelíbí vidina jejich potomků (starání se o ně).

Větší informovanost u intaktní společnosti o této problematice.

Záleží na tom, kde osoby s mentálním postižením žijí. Pokud v domovech se soc. péčí tak možná naplněný denní program. Příliš bych asi nepodporovala velká setkání postižených žen a postižených mužů a zcela vyloučit sexuální život nelze.

Záleželo by na druhu a rozsahu. Pokud by byla prokázána debilita, rozhodně by mělo být zamezeno v plození dětí.

Záleží na druhu postižení pokud se jedná pouze o osoby se sníženým IQ, staral bych se pouze o to, aby jim byla vštípena pravidla, co je obecně přijatelné. pokud by šlo o deviace, potom nutno zvážit, nakolik ohrožuje okolí, podle toho jednat.

Záleží na stupni mentálního postižení. U lehčích forem postižení nevidím důvod, proč by takto postižení lidé neměli vést plnohodnotný život - i po sexuální stránce. U zcela nesamostatných lidí je sexuální stránka zapeklitá věc.

5.3 Výsledky a validita výzkumu

Primárním účelem výzkumného šetření bylo zjištění postojů a názorů současné společnosti na problematiku sexuality osob s mentálním postižením. Z odpovědí mělo dále vyplynout, zda existuje určitá osvěta a zda intaktní společnost akceptuje fakt sexuálního života těchto jedinců. Získané odpovědi dobře reflektují většinový názor společnosti na problematiku. Je možno říct, že některé z odpovědí na otázky byly i přes určitou variabilitu

dotazovaného vzorku populace lehce předvídatelné. Naopak, výsledky některých otázek si pro svůj rozpor s očekávanými výsledky zasluhují podrobnějšího komentáře.

Nejčtenější blok respondentů tvořila věková skupina byla v rozmezí 18 – 26 let, což bylo očekávaným jevem, vzhledem k faktu, že tato věková skupina má největší možnost přístupu k internetu. Současně byla potvrzena domněnka, že řada respondentů důchodového věku bude nejméně zastoupena. Je tedy logické, že váha odpovědí této skupiny je nejmenší.

Při zpracovávání dotazníku vyšly najevo údaje, z nichž vyplývá, že více jak polovina respondentů souhlasí se sexuálním životem osob s mentálním postižením, ale na rodičovství u těchto jedinců pohlíží spíše negativně. Překvapující je také výsledek otázek týkajících se řízených sterilizací osob s mentálním postižením a prokázaným sexuálně deviantním chování, kde by více jak polovina dotazovaných souhlasila, nebo by se přikláněla k tomuto kontroverznímu aktu. Na otázku, s kým by jedinec s mentálním postižením měl vést sexuální život, nedokázala většina dotazovaných přímo odpovědět (možnost *nevím*). Zajímavým zjištěním byl fakt, že takto neurčitě odpověděla většina respondentů z kategorie studenti, která se tak procentuálně vyrovnala odpovídajícím z kategorie důchodců. Naopak, v kategorii pracujících byla téměř polovina dotazovaných pro to, aby lidé s mentálním postižením vedli sexuální život se stejně postiženým jedincem.

Druhým, poměrně zarážejícím faktem byly odpovědi na otázku stimulace jedinců s mentálním postižením ve formě erotických videokazet či porno časopisů. Většina dotázaných odpověděla záporně a pouhých 19% respondentů odpovědělo kladně. V porovnání se stanoviskem většiny respondentů, kteří se v předchozích otázkách souhlasně vyjádřili k faktu sexuálního života mentálně postižených jedinců si zmiňované odpovědi do určité míry odporují. Důvodem tohoto rozporu může však být i nevhodná formulace otázky, kdy si pod pojmem stimulace mohla většina respondentů představit jakési vnucování erotického materiálu i osobám sexuálně inaktivním. Posledním zajímavým zjištěním je názor skupiny důchodci, kteří se domnívají, že realizací sexuální výchovy se u mentálně postižených jedinců zbytečně probouzejí sexuální touhy. Toto tvrzení může odpovídat typickému přesvědčení a konvencím starší části populace, která se k faktu osvěty v sexualitě staví vesměs odmítavě.

Validita celkového výzkumu je ovlivněna několika faktory. Mezi ně řadíme například formulaci a volbu otázek, které pokládáme pro zjištění určitého názoru populace

Každý subjekt může vnitřně danou otázku jinak interpretovat. Dále také závisí na počtu respondentů v daných kategoriích, které se budou od sebe lišit. Problém vyvstává i v případě odpovědí typu *nevím*, kdy respondent může mít jiný názor, než ten, který byl na výběr, proto je nucen vybrat právě zmiňovanou možnost. Při velkém množství náhrad skutečných názorů respondentů odpověďmi typu *nevím* může dojít k výraznému zkreslení vypovídací hodnoty celého výzkumu.

Je zřejmé, že validita dotazníku je pouze rámcová a mění se šířením osvěty a se změnami společenského náhledu na problematiku. Názor respondentů je reflexí náhledu společnosti na mentálně postižené jedince. Tento náhled se v průběhu let minulých stále měnil a bude i nadále měnit a vyvíjet.

ZÁVĚR

Všichni lidé chtějí prožít šťastný život s pocitem, že k někomu, někam patří. Chtějí být milováni, mít si s kým popovídat, mít se ke komu přitulit a mít koho obejmout. Všichni lidé chtějí mít své útočiště, kam se mohou v pocitu strachu, či méněcennosti ukrýt a kde jim bude poskytnuta bezvýhradná láska, porozumění a bezpečí.

Poznatkem bakalářské práce je, že se pohled společnosti na sexualitu osob s mentálním postižením během let změnil. I když stále přetrvávají určité předsudky vůči jejich sexualitě, postrádají onu razanci, která jim byla vlastní v dřívějších dobách. Stále však platí, že se názory během následujících let budou nadále měnit, jsouce ovlivněny morálkou a hodnotami společnosti, ve které se budeme pohybovat. Budou se tedy neustále vyvíjet a přetvářet.

Na závěr jen tolik: Je důležité si uvědomit, že my lidé jsme tvorové společenští mající city, které chceme dávat, ale i přijímat. Všichni jsme na Zemi z nějakého důvodu a za nějakým účelem. Není důležité, zda nás Bůh stvořil všechny stejné nebo s nějakými odlišnostmi. Všichni jsme se takřikajíc sešli na jedné půdě a máme stejná práva, která je nutno dodržovat u všech a bez omezení. K sexualitě osob s mentálním postižením bychom měli tedy přistupovat uvědoměle, s tzv. osvícenským pohledem a měli bychom těmto lidem umožnit ony krásné pocity, které prožíváme, když se k někomu přitulíme, někoho obejmeme nebo políbíme, tedy pocity bezpečí, lásky a něhy. Nenechme je tedy duševně a fyzicky strádat a nepřipravujme je o ně. Vždyť život se má žít s někým a pro někoho.

SHRNUTÍ

Cílem bakalářské práce bylo pomocí informací z odborných textů poukázat na to, že sexualita osob s mentálním postižením je naprosto stejná jako u intaktní společnosti, že tyto osoby nemají v sexualitě žádné specifické odlišnosti. Cílem bylo také poukázat na to, že osoby s mentálním postižením mají stejná práva na prožívání a užívání všech složek lidského života a tím pádem by neměli být nikým a ničím omezováni a utlačováni.

Bakalářská práce se zabývá lidskou sexualitou a sexualitou osob s mentálním postižením. Především poukazuje na právo prožívání sexuality osob s mentálním postižením. Blíže pak přibližuje jednotlivá úskalí sexuality, jako je masturbace, antikoncepce, sexuální výchova a osvěta a v neposlední řadě také problematika sexuálního zneužívání. Poslední podkapitola třetí teoretické části se zabývá pohledem intaktní společnosti na problematiku sexuality osob s mentálním postižením a na předsudky s jejich názory spjaté. Na uvedenou kapitolu navazuje praktická část, kde bylo využito dotazníkové šetření ve společnosti, které mělo zmapovat aktuální pohled majoritní společnosti na sexualitu osob s mentálním postižením. Cílem bylo také zjistit, zda si společnost uvědomuje, že na sexualitu a její prožití máme všichni stejné právo a to bez ohledu na to, zda je či není přítomné mentální postižení.

Po zpracování dotazníkového šetření vyšly najevo údaje vypovídající o tom, že společnost nahlíží na sexualitu mentálně postižených osob poměrně příznivě, ačkoliv si neustále spojuje jisté formy postižení se sexuálními deviacemi. V určitém protikladu k uvedenému zjištění stojí názory společnosti na problematiku rodičovství osob s mentálním postižením a všeobecné odmítání podpory jejich sexuálního chování. Názorová rozpolcenost zjištěná dotazníkovým šetřením dokazuje dosud neujasněný náhled společnosti na toto téma.

RESUMÉ

The aim of this thesis was using information from scientific texts and point out that the sexuality of people with intellectual disabilities is exactly the same as in intact society and these people have no specific differences in sexuality. Thesis also point out that people with intellectual disabilities have equal rights to the perception and usage of all elements of human life and they would not to be controlled and oppressed.

This thesis deals with human sexuality and the sexuality of people with intellectual disabilities. It points to the right to experience sexuality by people with intellectual disabilities. It adverts closer to various pitfalls of sexuality like masturbation, contraception, sex education and awareness and last but not least, the issue of sexual abuse. Third subchapter deals with opinions of intact society on sexuality of people with intellectual disabilities and the prejudices associated with their views. The chapter that follows the practical part, where the questionnaire was used in the society, is mapping the current view of majority of the sexuality of people with intellectual disabilities. Another objective of this chapter was to determine whether a society realizes that we have the same right to experience sexuality as people with mental disability.

After processing of data, the survey showed that the society thinking fairly positive of the sexuality of mentally disabled people, although they still think that some form of disabilities are close to deviances. Contrary to that finding are the views of the parenting of people with intellectual disabilities and the general refusal to support their sexual behavior. Division of opinion found by survey has proved vague view of this topic.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973. ISBN 08-051-73.
- FISCHER, S. , ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807387-014-0.
- GÖDTEL, R. *Sexualita a násilí*. Praha: Československý spisovatel, a. s., 1994. ISBN 22-050-94.
- HAVLÍN, M. *Volba hormonální antikoncepce pro mentálně postižené – pohled gynekologa*. In *Sexualita mentálně postižených - II*. Praha: o. s. Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- HYNIE, J. *Sexuální život*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství n. p. , 1969. ISBN 08-050-69.
- KOŠTÁL, F. et kol. *Mentálně postižené dítě v rodině - určeno pracovníkům národních výborů a ústavů sociální péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR, 1982.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualitou osob s mentálním postižením*. In VALENTA, M. et kol. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- KVAPILÍK, J. , ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-020-90.
- LANGMEIER, J. , KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LENORÁKOVÁ, S. et kol. *Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých*. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: Elán, 2002.
- PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, J. *Nezralá sexualita*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-009-90.

- PÖTHE, P. et kol. *Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením*. In Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím. Paha: Elán, 2002.
- MARKOVÁ, D. , TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Sexualita u osob s mentálním postižením*. In Sexualita mentálně postižených - II. Praha: o. s. Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- MATULAY, K. et kol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, n. p., 1986. ISBN 70-077-86.
- MILFAIT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-320-8.
- NOVOSAD, L. *Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení*. In Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím. Paha: Elán, 2002.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SVATOŠ, J. *Sexuální výchova mentálně postižených dětí a dospívajících*. In Sexualita mentálně postižených. Praha: o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého*. In Sexualita mentálně postižených. Praha: o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, o. p. s., 2006. ISBN 80-86991-69-5.
- UZEL, R. *Antikoncepce u mentálně postižených*. In sexualita mentálně postižených. Praha: o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- VÁGNEROVÁ, M. , HADJ – MOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu – část 4 Školní věk a dospívání postiženého dítěte*. Liberec: technická univerzita v Liberci, 1997. ISBN 55-831-96.
- VALENTA, M. et kol. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
- VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-0475-4.
- WEISS, P. et kol. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ANONYMUS. *Sexuální identita*. [online]. [cit. 2011-02-18]. Dostupný z World Wide Web: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sexu%C3%A1ln%C3%AD_identita>.

ANONYMUS. *Syndrom CAN*. [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.dkc.cz/syndrom_can.php>.

HAVLÍČEK, J., KONEČNÁ, M. *Specifika lidské sexuality*. [online]. [cit. 2011-02-18]. Dostupný z World Wide Web: <<http://antropologie.zcu.cz/specifika-lidske-sexuality>>.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Světová deklarace sexuálních práv*. [online]. [cit. 2011-02-18]. Dostupný z World Wide Web:

<http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dsss_id=4288&s_rub=154&s_sv=3&s_ts=40570,0949537037>.

PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita u lidí s MP*. [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>>.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta osob mentálním postižením – aktuální stav, potřeba, požadavky*. [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2007021201>>.

TEZZ. *Sexuální úchytky – rozdělení*. [online]. [cit. 2011-02-18]. Dostupný z World Wide Web: <<http://syndrompopulace.blog.cz/0704/sexualni-uchylky-rozdeleni>>.

VYKYDALOVÁ, H. *Sexuální identita – sexualita*. [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>>.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Dostupný z World Wide Web: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/cast2h3.aspx>>.

PŘÍLOHA

Příloha: Dotazník pro výzkumné šetření

Příloha:

Dobrý den,

chtěla bych vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Sexuální život osob s mentálním postižením a pohled intaktní společnosti na tuto problematiku.“ Byla bych ráda, kdyby jste jej vyplnili dle vašeho nejlepšího svědomí a věnovali mu chvíli vašeho času. Jedná se o anonymní dotazník v rozsahu 16 krátkých otázek.

Děkuji vám všem za věnovaný čas.

Lucie Hradilová

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Dotazník:

1. Pohlaví
 - a) žena
 - b) muž

2. Věk
 - a) 14 - 18 let
 - b) 19 – 26 let
 - c) 27 – 40 let
 - d) 41 – 60 let
 - e) 61 - ∞ let

3. Povolání
 - a) student
 - b) pracující
 - c) důchodce

- d) jiné (mateřská dovolená, nezaměstnaný, ...)
4. Přemýšleli jste někdy nad sexuálním životem osob s mentálním postižením?
- a) ano
 - b) ne
5. Problematiku partnerských a sexuálních vztahů osob s mentálním postižením vnímáte...
- a) pozitivně
 - b) spíše pozitivně
 - c) neutrálně
 - d) spíše negativně
 - e) negativně
6. Považujete fakt sexuálního chování osob s mentálním postižením za morálně a společensky přístupný? (např. partnerské vztahy, sexuální styky)
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) ne
7. Měli by lidé s mentálním postižením mít možnost vést běžný sexuální život jako lidé bez postižení?
- a) rozhodně ano
 - b) nevím
 - c) rozhodně ne
8. Podle Vašeho názoru by měli lidé s mentálním postižením vést běžný sexuální život...
- a) se stejně postiženým jedincem
 - b) s intaktním (zdravým) jedincem
 - c) nejsem příznivcem sexuálního života osob s mentálním postižením

d) nevím

9. Domníváte se, že jsou lidé s lehkým mentálním postižením, kteří zvládají samostatnou sebeobslužnou činnost, schopni plnohodnotných sexuálních vztahů?

a) určitě ano

b) spíše ano

c) nevím

d) spíše ne

e) ne

10. Myslíte si, že se u lidí s mentálním postižením vyskytuje sexuální deviantní chování? (např. obnažování či masturbace na veřejnosti)

a) ano

b) nevím

c) ne

11. Domníváte se, že by u mentálně postižených jedinců s prokázaným sexuálním deviantním chováním bylo vhodné provádět řízené sterilizace?

a) ano

b) spíše ano

c) nevím

d) spíše ne

e) ne

12. Myslíte si, že je vhodné utlumování sexuálních funkcí u mentálně postižených farmaky?

a) ano

b) nevím

c) ne

13. Myslíte si, že je vhodná stimulace jedinců s mentálním postižením např. ve formě erotických videokazet či porno časopisů?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

14. Jaká osoba, dle vašeho názoru, je klíčovou úří sexuální výchově osob s mentálním s postižením? (jsou možné i 2 odpovědi)

- a) rodiče
- b) pracovníci v oblasti vzdělávání
- c) zdravotníci a sociální služby
- d) jiné

15. Myslíte si, že realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy u osob s mentálním postižením?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

16. Jak nahlížíte na rodičovství osob s mentálním postižením?

- a) pozitivně
- b) spíše pozitivně
- c) neutrálně
- d) spíše negativně
- e) negativně

Dodatková otázka (dobrovolná): Jak by jste řešili problematiku omezení sexuální života u osob s mentálním postižením?