

Přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k sexualitě lidí s mentálním postižením

Monika Tělupilová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika TĚLUPILOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních
k sexualitě lidí s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sexuality lidí s mentálním postižením.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace smíšeného druhu výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Sexualita mentálně postižených : sborník materiálů z celostátní konference. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

Sexualita mentálně postižených - II. : sborník materiálů z celostátní konference. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.

ŠTĚRBOVÁ, D. Sexualita osob s mentálním postižením. 1. Vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. Vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ivana Marášková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

18. ledna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2010

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Účelem mojí bakalářské práce je seznámit se s problematikou sexuality lidí s mentálním postižením a popsat přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k sexualitě lidí s mentálním postižením, také bych chtěla zkoumaným zařízením poskytnout informace, které by jim mohly pomoci k rozvoji svých služeb pro klienty.

Klíčová slova: mentální retardace, osoba s mentálním postižením, sexualita, partnerství, masturbace, protokol o sexualitě, koedukované zařízení, náboženství.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The purpose of my thesis is to introduce the issue of sexuality of people with mental disabilities and describe the access of workers in coeducational institution to sexuality of people with mental disabilities, I would like to provide information for surveyed institution that could help them to develop their services for their clients.

Keywords: mental retardation, people with mental disabilities, sexuality, partnership, masturbation, protocol of sexuality, religion.

Poděkování, motto

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Maráškové za vedení a rady při zpracovávání práce. Také děkuji Centru Oáza v Zábřehu za inspiraci a podnět k vypracování bakalářské práce na toto téma a jejich podporu. Dále bych chtěla poděkovat a vyjádřit vděčnost ostatním lidem, se kterými jsem o tématu hovořila a přinesli mi další zajímavé podněty a názory k této problematice.

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 6.5. 2010

..... Monika Filipová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	10
1.1 DEFINICE MENTÁLNÍ RETARDACE A PŘÍSTUP K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	10
1.2 SPECIFIKA OSOBNOSTI LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	13
1.2.1 Pubescence u lidí s mentálním postižením.....	15
1.2.2 Adolescence u lidí s mentálním postižením.....	16
1.2.3 Mladá dospělost u lidí s mentálním postižením.....	17
2 SEXUALITA U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	18
2.1 FILOZOFICKÁ VÝCHODISKA PŘÍSTUPU K SEXUALITĚ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	18
2.2 PRÁVNÍ ASPEKTY SEXUALITY U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	18
2.3 SOUHLAS SE SEXUÁLNÍM VYJÁDŘENÍM U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	19
2.4 PROJEVY SEXUALITY U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	20
2.5 PARTNERSTVÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
2.6 MASTURBACE U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
3 PŘÍSTUP PRACOVNÍKŮ K SEXUALITĚ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V KOEDUKOVANÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	24
3.1 PŘÍSTUP PRACOVNÍKŮ KE KLIENTŮM	25
3.2 PROTOKOL O SEXUALITĚ.....	25
3.3 SEXUALITA Z POHLEDU NÁBOŽENSTVÍ A VÍRY	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 METODIKA VÝZKUMU	32
4.1 PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU	32
4.2 METODY A TECHNIKY VÝZKUMU	32
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	33
4.4 PRŮBĚH VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	44
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	45
5.1 ANALÝZA DOTAZNÍKŮ – INVENTÁŘ TVRZENÍ.....	45
5.2 ANALÝZA ROZHOVORŮ	62
6 ZÁVĚR VÝZKUMU	66

6.1	ZÁVĚRY KVANTITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU	66
6.2	ZÁVĚRY KVALITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU	68
6.3	DISKUZE K VÝZKUMU	69
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila problematiku sexuality lidí s mentálním postižením. Tuto oblast jsem si vybrala z toho důvodu, že se v současné době toto téma dostává stále více na povrch a dochází v této oblasti k posunům kupředu, také se na tuto intimní část života klientů bere větší ohled a řeší se. Oblast lidské sexuality je jedna z nejintimnějších a také velmi důležitých součástí osobnosti člověka, proto je potřeba se této oblasti věnovat obzvláště u lidí s mentálním postižením, kteří pomoc a podporu potřebují mnohem více. Je třeba se posunout dále od minulosti, kdy byla tato problematika odsouvána do ústraní a tabuizována. Pokud se chceme snažit o zkvalitňování života lidí s mentálním postižením, tak je nutné ošetřit i tuto oblast.

V praktické části bakalářské práce bych chtěla zmapovat přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k sexualitě lidí s mentálním postižením, popsat názory pracovníků k sexualitě klientů s ohledem na jejich náboženskou příslušnost a aktivní podílení se na víře.

Cílem této práce je na základě zjištěných výsledků z provedeného výzkumu poskytnout zkoumaným zařízením zpětnou vazbu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1 Definice mentální retardace a přístup k osobám s mentálním postižením

Mentální retardace je podle Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů definována jako „stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména snížením schopností, jež se projevuje během vývoje, a to schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými obtížemi“ (Slowík, 2007 str. 110).

Podle Vágnerové: „Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit“ (Vágnerová, 2008 str. 289). Jedinec není schopen dosažení určitého vývojového stupně, navzdory tomu, že byl dostatečným způsobem výchovně stimulován. Mezi nejvýznamnější znaky mentální retardace patří nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a díky tomu i komplikovanější přizpůsobení běžným podmínkám života. Je to vrozený a trvalý stav (Vágnerová, 2008).

Pro kategorizaci mentální retardace se používá hodnota inteligenčního kvocientu, což je poměr mentálního a fyzického věku. Pro vypočítání hodnoty IQ se používá vzorec:

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

Tato hodnota však o člověku vypovídá velmi málo, podle Golemana (In Slowík, 2007) v tomto ohledu má například emoční inteligence mnohem větší význam.

Na základě kvantitativního hodnocení mentální retardace je za hranici považována dosažená hodnota IQ 70. Pro členění mentální retardace se používá mezinárodní klasifikace podle ICDH-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů podle WHO, MKN-10, kategorie F70-F79). Je důležité mít na paměti, že tato klasifikace je pouze orientační, protože nelze přesně stanovit hranice pro posouzení jednotlivých mentálních úrovní (Slowík, 2007).

Lidé s **lehkou mentální retardací** (F70, pásmo IQ 50-70) dosahují v dospělosti uvažování dětí středního školního věku, jejich řeč a myšlení jsou konkrétní, verbální projev

je jednodušší, jsou schopni se učit pouze v rámci jejich možností. V dospělém věku jsou schopni dosáhnout určité samostatnosti, mohou se pracovně začlenit.

Středně těžká mentální retardace (F71) se nachází v pásmu IQ 35-49. Uvažování lidí s tímto stupněm mentálního postižení lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. Mluvený projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Způsob učení je omezený na mechanické podmiňování a pro zafixování je potřeba časté opakování. Jsou schopni si osvojit návyky v rámci sebeobsluhy. Mají možnost vykonávat pracovní úkony, pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost. Potřebují neustálý dohled.

Těžká mentální retardace (F72) je charakterizovaná pásmem IQ v rozmezí 20-34. Tito lidé dosahují úrovně uvažování dítěte v batolecím věku. Výrazné je omezení v oblasti řeči a někdy nemluví vůbec. Učení je zde velmi omezené a vyžaduje dlouhodobé úsilí, kdy jedinci jsou schopni zvládnout základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Často se zde vyskytuje kombinované postižení. Lidé s touto úrovní postižení jsou závislí na péči druhých lidí.

Lidé s **hlubokou mentální retardací (F73)** dosahují hodnoty IQ 0-19. V této kategorii se ve většině případů jedná o kombinované postižení. Kognitivní schopnosti se zde téměř nerozvíjejí, lidé jsou maximálně schopni rozeznat známé a neznámé podněty a reagovat libostí či nelibostí. Nebývají schopni vytvoření základů řeči. Jsou naprosto závislí na péči druhých lidí a většinou bývají umístěováni do domovů pro osoby se zdravotním postižením (Vágnerová, 2008).

Označení **jiná mentální retardace (F78)** se používá v případě, když stanovení stupně postižení pomocí běžných metod je obzvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené smyslové nebo tělesné postižení.

Kategorie **nespecifikovaná mentální retardace (F79)** je použita v případě, kdy se prokáže mentální retardace, ale pro nedostatek informací nelze jedince zařadit do příslušné kategorie (Švarcová, 2006).

Skupina lidí s mentálním postižením je jednou z nejvíce zastoupených skupin mezi všemi postiženími. Celkový počet mentálně postižených není známý, ale odhaduje se asi 3% zastoupení této skupiny mezi občany, z toho asi 2,6% připadá na lehkou mentální retardaci. Podobné statistiky jsou uváděny i v jiných evropských zemích (Švarcová, 2006).

Takto se dá specifikovat **medicínský přístup** k lidem s mentálním postižením, který je pojímá jako pacienty. Na něj navazuje **sociální model**, který se zakládá na soucitu k znevýhodněným osobám. Pro tento přístup je typická **protektivita** osob s mentálním postižením před neúspěchem a ponížením, ke kterému by mohlo dojít v majoritní společnosti (Lečbých, 2008).

Dále je **popisný model** mentální retardace, který bývá spojován s negativním vlivem tzv. „**nálepkování**“ (labeling). Jak uvádí Baštecká a Goldmann (2001, in Lečbých, 2008), to znamená, že určitá diagnóza je člověku „přípevněna“ jako nálepka, která člověku neumožňuje změnu a má často znehodnocující a zahanbující konotaci, která může snižovat kvalitu života. Na druhou stranu se klade důraz, abychom nepoužívali označení „mentálně retardovaní“, ale jako první jsme kladli důraz na to, že **jsou to v první řadě lidé**, u kterých je mentální retardace pouze jako jedna z mnoha specifíků jejich osobnosti a ne jako stěžejní vlastnost. Tohoto se využívá jako prevence před **sociální stigmatizací** (Lečbých, 2008).

Nejvíce bych se zde chtěla věnovat **ekologickému modelu**, která mi z výše zmíněných připadá nejhumnější. Je to **podpůrný model**, který se snaží dovést osobu s mentální retardací k co největší samostatnosti, nezávislosti a sebeurčení. Je zaměřený na **integraci** osob s mentálním postižením tak, aby měli možnost se podílet na životě společnosti, do kterého se narodili. V tomto modelu se nejedná o klasifikaci osob s mentálním postižením, ale jde o **klasifikaci podpory**, kterou tito jedinci potřebují v určitém prostředí. Podle Huang (1997, in Lečbých, 2008) jsou v tomto modelu **tři pilíře pro klasifikaci podpory** člověka s mentálním postižením. Jsou to jeho **kompetence**, které dokáže a může se jimi zapojit do společnosti. Dále je to **prostředí**, ve kterém žije, a **fungování**, které vyjadřuje míru podpory, kterou člověk potřebuje, aby byl schopen žít v určitém prostředí. Také je důležité brát ohled na čas, po který člověk potřebuje podporu a po jakou dobu se bude v daném prostředí pohybovat. Popis kompetencí člověka je pro nás výhodnější než popis jeho omezení, protože na základě toho si můžeme lépe utvořit představu o tom, co člověk zvládne, a lépe mu můžeme pomoci s jeho zapojením do konkrétního prostředí (Lečbých, 2008).

Bylo by dobré, jak uvádí Lečbých (2008), kdyby se mezi těmito jednotlivými modely našel kompromis, který by na jedné straně vedl ke zkvalitňování sociálních služeb a růstu příspěvků na péči pro osobu blízkou, ale na druhé straně nevedl k udržování závislosti a pasivity člověka s mentálním postižením. Je potřeba těmto lidem poskytnout dostatek

potřebné podpory k jejich osamostatnění, nezávislosti a jejich zapojení do většinové společnosti.

1.2 Specifika osobnosti lidí s mentálním postižením

Stejně tak jako v běžné populaci je každý člověk jedinečná a neopakovatelná osobnost, tak i u lidí s mentálním postižením je to podobné, každý je svébytnou osobností se svými potřebami, problémy a vývojovými možnostmi (Švarcová, 2006). Proto je velmi složité podat všeobecnou charakteristiku osoby s mentálním postižením.

U lidí s mentálním postižením se můžeme často setkat s podobnými charakteristikami jako je nadměrná závislost na rodičích, infantilnost, úzkostlivost, sugestibilita apod., ale tyto charakteristiky je potřeba vždy chápat v kontextu sociálního prostředí a podmínek, ve kterých daný člověk žil a vyrůstal (Lečbych, 2008). Také, jak uvádí Markwick a Parrish (2003, in Slowík, 2007), jsou lidé s mentální retardací nevhodně přirovnávání k „přerostlým dětem“. I když se jejich chování může jevit dětinsky nebo neadekvátně k chronologickému věku, přes to mají tito lidé životní zkušenost odpovídající jejich věku, proto je nelze s dětmi srovnávat. K tomuto postoji k lidem s mentální retardací může mylně odkazovat jejich tzv. mentální věk.

Lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby jako lidé bez postižení, ale může se lišit způsob, jakými tyto potřeby uspokojují. Tyto odlišnosti jsou dány jak vlastnostmi konkrétní osoby, tak i prostředím, ve kterém se nachází. Proto si, osoby s mentálním postižením, nacházejí speciální způsoby uspokojování svých potřeb, protože takto reagují na prostředí, které je často odlišné od přirozeného prostředí (Lečbych, 2008). Proto člověk s mentálním postižením potřebuje pomoc, podporu i péči, která vychází z jeho potřeb (Slowík, 2007).

Dále při vývoji člověka s mentálním postižením může být typická **nerovnováha** ve zralosti mezi **složkou rozumovou, sociální a biologickou** (Lečbych, 2008). Také dochází k určitým zvláštnostem psychických procesů, kde dochází jak ke kvantitativním, tak i kvalitativním odlišnostem (Kozáková, 2005).

U lidí s mentálním postižením se vyskytují určitá specifika v oblasti **percepce**, která se týkají jednak pomalosti tohoto procesu, tak i toho, že tento proces probíhá s určitými odchylkami (Kozáková, 2005).

V oblasti **pozornosti** píše Kysučan (1982, in Lečbych, 2008) o tom, že je typický nízký rozsah sledovaného pole, rychlá unavitelnost, rozptýlenost, komplikovanější je přenášení pozornosti mezi více činnostmi. Vágnerová (2008) také zmiňuje **preferenci podnětového stereotypu** u lidí s mentální retardací. Kozáková (2005) uvádí, že člověk s mentálním postižením je schopen udržet záměrnou pozornost maximálně 15-20 minut. Je však třeba brát v potaz, že na schopnost udržení pozornosti mají vliv jednotlivá specifika osobnosti klienta.

V oblasti **paměti** je pro zapamatování potřeba většího časového období a četné opakování. Také paměťové stopy mohou rychleji vyhasínat, k čemuž nasvědčuje i preference mechanického způsobu učení (Lečbych, 2008).

Ze specifických vlastností **vůle** u lidí s mentálním postižením je podle Valenty a Müllera (2003, in Kozáková, 2005) typická **abulie** (nerozhodnost) a **dysbulie** (porucha vůle).

Podle Valenty a Krejčířové (1997, in Kozáková, 2005) pro **myšlení** u člověka s mentálním postižením je příznačná konkrétnost, nepřesnost a může docházet k chybám při analýze a syntéze. Tito jedinci často nebývají schopni vyšší abstrakce a generalizace. V oblasti myšlení Vágnerová (2008) popisuje vyšší míru **sugestibility** a **sníženou kritičnost**. Podle Vygotského (2004, in Lečbych, 2008) je tak myšlení úzce spojené s řečí. Některé z problémů v oblasti myšlení plynou z deficitů ve smyslové percepci, zejména porozumění řeči a diferenciaci fonémů (Lečbych, 2008).

Co se týče vývoje **řeči**, podle Peutelschmiedové (2001, in Kozáková 2005), tak ten bývá často u lidí s mentálním postižením omezený. Nejčastěji se vyskytuje **dyslalie, huhňavost a breptavost**. Podle Müllera (2001, in Kozáková 2005) jsou dalšími problematickými rysy nedostatečné porozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči v integrátoru fatických funkcí.

Mentální postižení má vliv na vnější vyjadřování emocí a na úroveň rozvoje druhu citů. Nejvíce budou ovlivněny intelektuální city spojené s kognitivní činností člověka (Kozáková, 2005). Co se týče **emotivity**, podle Rubiňštejnové (1973, in Lečbych, 2008) dochází k citové otevřenosti a spontánnímu projevování emocí. Zde Vágnerová (2008) zdůrazňuje zvýšenou dráždivost a vyšší pohotovost k afektivním reakcím a mrzuté náladě.

1.2.1 Pubescence u lidí s mentálním postižením

U dospívajících s mentálním postižením dochází během pubescence k **biologickým změnám** jako je rozvoj primárních a sekundárních pohlavních znaků, zrychlený růst apod., ale může také docházet k jejich opožděnému nástupu, zejména pokud je opožděný i celkový fyzický vývoj. Dospívající musí také řešit kromě obvyklých obtíží i problémy spojené s jeho postižením. V této vývojové fázi dochází k značné **nerovnosti mezi biologickou a rozumovou zralostí**, která se v průběhu vývoje dále prohlubuje. Na základě kognitivního deficitu může mít člověk s mentální retardací problém s rozumovým uchopením změn, které s jeho tělem probíhají. Proto se může častěji vyskytovat neklid, výkyvy nálad a emoční nestabilita (Lečbych, 2008).

Problematickou je také otázka **sebepojetí** při budování vlastní identity dospívajícího. Vágnerová, Hajd-Mousová a Štech (2001, in Lečbych, 2008) uvádějí, že sebepojetí je u osob s mentálním postižením více ovlivnitelné názory a hodnocením lidí z jejich okolí. Toto se také promítá do oblasti **sebehodnocení**. Významnou roli při sebehodnocení hraje škola a vrstevníci. Důležitou součástí je také **sociální role**. Další téma, které se v tomto období řeší, je **volba povolání**.

Jedna z oblastí, která byla do nedávné doby poměrně odsunutá do ústraní, byla **oblast sexuality** lidí s mentálním postižením. Nejčastěji byla zmiňována v souvislosti se **sexuálním zneužíváním**, které se nejčastěji odehrává formou domácího násilí nebo k němu může docházet i přímo v organizacích pro lidi s mentálním postižením. Jak uvádí Sedlák (2002, in Lečbych, 2008), patří tyto osoby do skupiny, která je náchylnější k sexuálnímu zneužívání. Avšak v této oblasti je také důležité se zaměřit jednak na **osvětu**, ale také i na oblast **sexuálního naplnění** těchto lidí, která byla dříve opomíjena. Příprava na všechny změny spojené s pubertou by měla uskutečňovat formou sexuální výchovy, která by podle Štěrbové (2004) měla probíhat již od raného dětství. Tímto by se dalo předejít nevhodnému a někdy i nebezpečnému sexuálnímu chování. Jak říká Mellan (2004), bylo by mylné předpokládat, že tito lidé nemají vyvinutou potřebu sexuálního života, ta může být pouze opožděná, nebo nedokonale vyjádřená. Jednání na základě pudové složky může vést k nevhodným situacím, proto je nezbytně nutná kultivace této oblasti života. Ta však může efektivně probíhat, pouze pokud budou moci lidé s mentální retardací žít v co nejpřirozenějších podmínkách (Lečbych, 2008).

1.2.2 Adolescence u lidí s mentálním postižením

V tomto období je důležité se zaměřit na **podporu a udržení získaných kognitivních schopností**. V oblasti vlastní **identity** a **sebepojetí** přetrvávají problémy zmíněné již u pubescence. Dále vzrůstá důležitost **vrstevnické skupiny**. Také se mohou objevit problémy spojené se začleňováním člověka s mentální retardací do této skupiny, neboť hrozí vznik asymetrických vztahů, kde se může projevat šikana, ponižování, posmívání a vyčleňování těchto osob na okraj. Následkem toho může dojít k výraznému snížení sebeúcty, jak uvádí Stagerová, Chassinová a Young (1983, in Lečbych, 2008). Podle Vágnerové (2008) naopak skupina osob s postižením dává možnost identifikace se skupinovou identitou, která může pomoci při vymezování sebe sama.

Zde se také koncentruje **zájem o sebe sama**, kdy si lidé s mentální retardací výrazněji uvědomují vlastní odlišnosti. V oblasti sebehodnocení nabývá význam omezení, která jsou s daným postižením spojená. Může také docházet ke snaze vyniknout v některé oblasti a svoje postižení si určitým způsobem takto kompenzovat (Lečbych, 2008).

Vágnerová uvádí, že člověk s mentální retardací často nemá dostatečné kompetence ani potřebu dosáhnout klíčových úkolů v období adolescence. Jedním z těchto úkolů je osamostatnění se od rodiny. Zde je vhodné se dopracovat k určité **emancipaci** a přejít například do nějaké z forem chráněného bydlení. Toto osamostatnění nabízí člověku s mentálním postižením nové zkušenosti a rozšiřuje sociální síť jeho kontaktů (Lečbych, 2008).

V oblasti rozvoje sexuality v tomto období dochází k zdůraznění sexuálních potřeb a touze po jejich uspokojení. Pozornost je více koncentrovaná na opačné pohlaví a při nízkém pochopení sociálních situací může docházet k problémovým situacím, jako je osahávání druhých lidí, obnažování se nebo masturbace na veřejnosti. V tomto období mohou být osoby s mentálním postižením náchylnější k sexuálnímu zneužívání nebo se mohou ojedinele stát pachateli sexuálního násilí. Také se tito lidé stávají rizikovi z hlediska neplánovaného početí a přenosu pohlavních chorob (Lečbych, 2008). V této oblasti bych opět vyzdvihla nutnost sexuální osvěty a vzdělávání.

1.2.3 Mladá dospělost u lidí s mentálním postižením

Podle Vágnerové mají lidé s mentálním postižením podstatně omezené možnosti z hlediska naplnění profesní, partnerské a rodičovské role a často k jejich zvládnutí potřebují velkou míru podpory. Tyto osoby jsou z hlediska zaměstnanosti **rizikovou skupinou** ohroženou nezaměstnaností (Lečbych, 2008).

Oblast **partnerských vztahů** se jeví jako velmi komplikovaná. Pokud osoba s mentálním postižením získá partnera, tak je to jimi pojmáno jako důkaz o vlastní normalitě, atraktivitě a kompetencích. Soužití člověka s mentální retardací s jeho partnerem nebo v manželském svazku zvyšuje kvalitu jejich života, pocit naplnění a vlastní hodnoty. V případě deprivace v intimním partnerském vztahu může u osob s mentální retardací docházet k nadměrnému fixování na některou z blízkých osob (Lečbych, 2008).

Co se týče **oblasti rodičovství** lidí s mentálním postižením, podle Vágnerové, Hajd-Moussové a Štecha (2001, in Lečbych, 2008) je rodičovství ohroženo zdravotním stavem, dědičnou zátěží a také tím, že tito lidé často nemají dostatečné předpoklady pro zvládnutí role rodiče. Z toho vyplývá názor, který upřednostňuje restrikcí rodičovství a klade důraz na antikoncepci a zabránění otěhotnění. Z pohledu etiky a základních lidských práv a svobod se klade důraz na instituce, ve kterých žijí osoby s mentálním postižením, aby v **protokolu o sexualitě** vyjádřily svá stanoviska k této oblasti. Díky tomuto protokolu se budou moci potencionální klienti rozhodovat, zda jsou ochotni přizpůsobit se pravidlům dané organizace. Často se můžeme dočíst o negativních aspektech výchovy lidí s mentálním postižením, zejména se zmiňuje zanedbávání a nedostatečná stimulace dítěte, která je limitována úrovní rodičů, jak píše Lamieux (2001, in Lečbych, 2008). Podle americké organizace pro podporu osob s mentální retardací, pokud se tito lidé rozhodnou pro rodičovství, tak mají právo na podporu a pomoc v situaci spojené s narozením dítěte. Podle Graysona (2000, in Lečbych, 2008) mohou být lidé s mentální retardací schopnými rodiči, aniž by docházelo k týrání či zanedbávání dítěte.

2 SEXUALITA U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

2.1 Filozofická východiska přístupu k sexualitě lidí s mentálním postižením

Dá se říci, že v naší republice v oblasti prosazování práv osob s mentálním postižením vzhledem k jejich sexualitě, osvětě a výchově dochází k jistému pokroku oproti minulosti, přesto tempo těchto pozitivních změn je poměrně pomalé. Jak uvádí Kempton (1986, in Štěrbová, 2007), lidé s mentální retardací jsou v komplikované situaci z toho důvodu, že právě oni potřebují nejvíce vzdělávání v oblasti sexuality, a kterým se ho však dostává nejméně, a také jsou společnostmi trestáni za to, co ostatní vědí.

V této oblasti je důležité respektovat práva dospělých osob s mentálním postižením, zejména právo na sebeurčení, které zahrnuje vztahy, sexuální prožívání a plánované rodičovství. Také je potřeba akceptovat vztahy lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření, které se podílejí na spokojenosti a duševní pohodě. U lidí s mentálním postižením je potřeba podporovat a respektovat jak přátelské, tak i partnerské vztahy. Z této filozofie přístupu k sexualitě lidí s mentálním postižením bychom měli vycházet i u nás (Štěrbová, 2007).

2.2 Právní aspekty sexuality u lidí s mentálním postižením

„Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.“ (čl. 10 Listiny)

„Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence.“ (Evropská úmluva o lidských právech, čl. 8)

„Ochrana osobního a rodinného života zahrnuje i právo na partnerský a sexuální život „ (Sobek, 2007 str. 72,73). Sexualita je důležitou součástí lidského života a proto by u lidí s mentálním postižením neměla být významně omezována, protože může být zdrojem radosti a spokojenosti. V každém zařízení, kde se poskytují sociální služby, zejména pobytové, by měly být **písemně ošetřeny základní zásady přístupu k sexualitě**. Tyto přístupy by se měly týkat jednak **forem sexuality** (pohlavního styku, masturbace, hetero a homosexuálních styků, perverze a jiných problematických projevů sexuality), **erotografie**, **anti-koncepce**, oblasti **těhotenství a rodičovství**, podpory **partnerských vztahů** a **osvěty** v

této oblasti a také **prevence sexuálního zneužívání** (Sobek, 2007). Tomuto tématu se budu dále podrobněji věnovat v kapitole 3.1 **Protokol o sexualitě**.

V této oblasti je velice komplikované téma **rodičovství** u lidí s mentálním postižením, neboť řada párů projevuje přání mít dítě. S ohledem na základní lidská práva **není možné nikomu zakázat zplodit dítě**, ani není možné jej nutit k užívání antikoncepce či touto podmínkou podmiňovat pobyt v zařízení. Zde je na místě klientům **vysvětlit složitost péče o dítě**, také možnosti vážného postižení dítěte a v neposlední řadě je tu i **možnost odebrání dítěte rodičům**. Také v případě rodičovství často nebývá možné další setrvání v zařízení, zvláště tehdy, když zařízení neposkytuje služby pro rodiče s dětmi, na což je možné klienta upozornit. Na základě osvětlení této problematiky klientům je možné se s nimi dohodnout na **dobrovolné antikoncepci**. V této oblasti se také liší situace lidí podle stupně jejich postižení a zbavení, nezbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům (Sobek, 2007). Také je třeba brát v úvahu **podporu rodiny**, která by případně byla schopná na sebe vzít odpovědnost za péči jak o dítě, tak i o jeho rodiče.

Právo uzavřít sňatek je redukováno zejména u lidí s omezenou způsobilostí nebo u lidí zbavených způsobilosti k právním úkonům. Přesto by poskytovatelé sociálních služeb měli mentálně postižené **podporovat v jejich partnerských vztazích**. Také by se jim měli snažit co nejvíce **uzpůsobit podmínky pro soukromý život**, což by mělo být neodmyslitelným standardem kvality nabízených služeb (Sobek, 2007).

2.3 Souhlas se sexuálním vyjádřením u lidí s mentálním postižením

V souvislosti s touto problematikou bychom se měli i v České republice zabývat tématem **tzv. kvalifikovaného souhlasu se sexuální aktivitou**. Tímto tématem by se měla zařízení zaobírat, protože nadále bude vzrůstat důležitost uzavíraných dohod mezi uživatelem a poskytovatelem služeb. Tyto dohody budou uzavírat i osoby nezbavené způsobilosti k právním úkonům, jejich opatrovníci nebo zákonní zástupci. Pokud by nedošlo k řešení této situace, mohlo by dojít k sexuálnímu obtěžování či zneužívání bez vědomí poskytovatelů služby. Často se také můžeme v zařízeních setkat s nedostatečným povědomím pracovníků v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením. Na druhou stranu je také možné s klienty probírat oblast sexuality v rámci individuálního programu klienta (Štěrbová, 2007).

Z výsledků výzkumu z roku 2001 došli Kennedy a Niederbulh (2001, in Štěrbová, 2007) k určitým kritériím, kterými můžeme posuzovat kompetence klienta s mentálním postižením k souhlasu se sexuální aktivitou. Prvním z kritérií je, aby měl klient **základní znalosti ze sexuální oblasti**. Toto se týká rozpoznání fyzických rozdílů mezi muži a ženami, porozumění a pochopení vlastního pohlaví, klient dokáže identifikovat jednotlivé části těla muže a ženy, je schopný mluvit o pohlavním styku, porozumět mu a vědět, jak je vykonáván. Druhým kritériem je **pochopení důsledků sexuální aktivity**, jako je těhotenství, sexuálně přenosné nemoci a jak se tomuto dá předejít. Posledním z kritérií je **schopnost klienta odmítnout** aktivity, které mu nejsou příjemné, je schopen poznat nebezpečné situace, schopnost plánování do budoucna a je schopen učinit volby (Štěrbová, 2007).

V oblasti sexuality hraje důležitou roli **úroveň sociálních dovedností**. Tyto dovednosti je důležité budovat již od útlého věku dítěte a dále je rozvíjet. U dětí s mentálním postižením je důležité **podporovat vyjadřování jejich přání a dovednost se rozhodovat**. Pokud by nedošlo k dostatečnému rozvoji těchto dovedností, mohlo by to vést k tomu, že osoba s mentálním postižením nebude schopna adekvátně reagovat např. v oblasti sexuálního jednání a chování. Což se může projevit v neschopnosti odmítnout sexuální aktivitu nebo v nerespektování odmítavého chování druhého člověka, čímž se zvyšuje riziko jednak sexuálního zneužívání, tak i sexuálního obtěžování. Proto by poskytovatelé sociálních služeb měli dbát na udržení rovnováhy mezi ochranou a bezpečím klientů a jejich právem na přirozené sexuální vyjádření (Štěrbová, 2007).

2.4 Projevy sexuality u lidí s mentálním postižením

V období dospělosti se začíná projevovat sexualita, která leckdy může činit obtíže. Osoba s mentálním postižením se může ocitnout v situaci, kdy si s vlastní sexualitou neví rady, také většinou nemá možnost tuto potřebu uspokojit a ani neví, jak by to měla udělat. Proto se tyto jejich potřeby mohou projevovat nevhodným, neobratným způsobem a pro okolí v nepříjemných okolnostech jako např. obnažování a masturbace na veřejnosti. Může také docházet k tomu, že osoba s mentálním postižením není schopná akceptovat vůli partnera a dochází pak k vyžadování pohlavního styku bez přihlídnutí k potřebám partnera. U těchto jedinců může také častěji docházet k incestním stykům jednak z neznalosti tabu tohoto styku, ale také jako důsledek zneužívání a v neposlední řadě i ze snahy blízkých lidí vyhovět jejich potřebám (Vágnerová, 2008).

Tyto situace mohou vznikat následkem neznalosti a nepoučení mentálně postižených o této problematice. Proto je nutné **zvýšovat jejich povědomí v oblasti sexuality** pro ně přiměřeným a pochopitelným způsobem, aby se dalo předcházet jednak nevhodnému chování na veřejnosti, možnosti jejich ochrany před zneužíváním a také, aby měli možnost uspokojit své potřeby přijatelným způsobem a rozvíjet partnerské vztahy.

Názory na projevy sexuality lidí s mentálním postižením se mohou lišit jednak podle názorů autorů, také podle stupně mentálního postižení a také podle individuálních potřeb dané osoby. Ne u všech osob musí docházet k takovým projevům sexuality, které většinová společnost může očekávat. Chování lidí s mentálním postižením má svá specifika, stejně tak jako projevy jejich sexuality. Podle Prevenarové (2008, in Mandzáková, 2009) více jak 80% osob s těžším mentálním postižením zůstane na mentální úrovni osmi-letého dítěte, proto i projevy jejich sexuality mohou být zastoupeny formou polibků, laskání, hlazení nebo pocitu vzájemné blízkosti. Podle Šurabové (2002, in Mandzáková, 2009) osoby s těžším mentálním postižením netíhnou k dosažení pohlavního styku, spíše pro ně bývá postačující taktilní kontakt, přitulení a pohlazení. V případě chování, připomínajícím masturbaci, je toto chování interpretováno jako kontakt s pohlavními orgány tak, jako se vyskytuje u dětí. Proti tomu se liší názory J. Mellana (Mellan, 2004) a V. Šedé (2004, in Mandzáková, 2009), kteří říkají, že sexualita lidí s mentálním postižením se může projevovat jiným způsobem, mají omezené příležitosti uspokojit tyto potřeby a také ne vždy mají dostatek informací, jak tyto potřeby uspokojit. Radim Uzel uvádí, že může docházet ke zvýšené sexuální apetenci u lidí s lehčím stupněm postižení. Sexuální pud je tedy podmíněn automatickým mechanismem přežití a člověk je tímto ovlivněn bez ohledu na stupeň mentální úrovně, ale záleží na společenských zvyklostech a na etických pravidlech, které tento pud mohou usměrňovat (Uzel, 2004). Podle Vrubové (2005) má i člověk s mentálním postižením sexuální potřebu a mělo by jim být umožněno svobodné jednání i v této oblasti.

Je zřejmé, že i v této oblasti nejsou názory na tuto problematiku jednotné, a proto je vždy důležité citlivě reagovat na potřeby klienta, naslouchat jeho potřebám a přáním a snažit se uspokojit je přijatelným způsobem.

2.5 Partnerství u lidí s mentálním postižením

Na základě kvalitativního výzkumu, který uvádí Lečbych (2008), lidé s mentálním postižením v období adolescence a dospělosti začínají projevovat svá přání o navázání láskyplného partnerského vztahu. Tato přání se stávají problematická, protože lidé s mentálním postižením často narážejí na komplikace při hledání a seznamování se s potencionálním partnerem, který by byl na podobné úrovni a měl i obdobné potřeby. Na jedné straně je těžké najít člověka, který by odpovídal požadavkům, jež jsou na partnera kladeny. Na straně druhé se lidé s mentálním postižením setkávají s odmítnutím či nezájmem potencionálních partnerů. Proto se osoby s mentálním postižením zaměřují na hledání partnera pomocí seznamek pro lidi s postižením a internetu. Při výběru partnera kladou důraz na vzájemné porozumění, pochopení a společné koníčky (Lečbych, 2008), protože většinu těchto vztahů zahrnují společné pracovní aktivity nebo trávení volného času. Navázání partnerského vztahu bývá často pro lidi s mentálním postižením potvrzením plnohodnotnosti a „normality“ (Valenta, Müller, 2007).

Potřeba partnerství u lidí s mentálním postižením se nemusí vždy projevit, někdy může být tato potřeba uspokojována vztahem k matce nebo jinému členu rodiny. V některých zařízeních je klientům umožňován partnerský život, ve srovnání s tím je v rodinách tomuto spíše bráněno, ale není to nutně pravidlem. Přesto osoby žijící s rodiči mají možnosti výběru partnera více zúžené. Bývá to zejména proto, že je rodiče neustále považují za „velké“ děti a takto k nim i přistupují, také mívají omezenější přístup k vrstevníkům na stejné mentální úrovni. I přes různé problémy přináší partnerský vztah mentálně postiženému prospěšnou zkušenost, která jej může rozvíjet a vést k větší míře samostatnosti (Vágnerová, 2008).

2.6 Masturbace u lidí s mentálním postižením

V oblasti sexuality lidí s mentálním postižením je téma **masturbace** velmi frekventované. Často se vyskytujícím problémem je v této souvislosti obnažování a masturbace na veřejnosti u lidí s mentálním postižením, které je negativně hodnoceno okolím, a může to být jeden z následků nedostatečné sexuální osvěty. K těmto případům však častěji dochází u lidí s těžším mentálním postižením. Cambridge, Carnaby a McCarthy (2003, in Štěrbová, 2007) uvádějí, že masturbace je jedna ze stěžejních oblastí u osob s mentálním postižením

a přes to jí není věnované dostatečné množství pozornosti. Co se týče pohlaví, je častěji zmiňována masturbace u mužů než u žen s mentálním postižením. Také uvádějí základní témata týkající se masturbace lidí s mentálním postižením.

1. U osob s mentálním postižením bývá upozorňováno na **nevhodné způsoby masturbace** a také jsou považovány za **neschopné dosáhnout orgasmu** nebo **ejakulace**.
2. Osoby s mentálním postižením **nevědí, jak mají masturbovat**, třou si genitálie přes oblečení nebo vůči lidem nebo předmětům.
3. Osoby s mentálním postižením **masturbují příliš často nebo dlouho** a to může narušovat průběh plánovaných aktivit.
4. Osoby s mentálním postižením si často pro masturbaci vybírají **nevhodná místa**.
5. Osoby s mentálním postižením mohou k masturbaci užívat předměty, které nejsou určeny k napomáhání masturbaci a mohou tak ohrožovat jejich zdraví.

Těchto několik bodů nás může vést k zamyšlení nad tím, jaké uživatel služeb používá způsoby masturbace, a případně v rámci individuálního plánu můžeme plánovat případnou intervenci. Při intervenci je třeba klientovi vysvětlit vhodnost a nevhodnost různých způsobů masturbace, ukázat mu vhodná místa, kde může masturbovat, případně lze pomocí loutek nebo kreslení klientovi vysvětlit způsob masturbace, také lze zavést např. lubrikaci nebo vhodné sexuální pomůcky. Také je důležité se zamyslet nad důvody, proč u klienta dochází např. k časté masturbaci nebo nevhodnému způsobu masturbace, jestli k těmto projevům nemůže docházet např. jako následek frustrace, nudy, nervozity a uvolňování napětí tímto způsobem, sexuálního zneužívání, traumatu, případné infekce či onemocnění v dané lokalizaci. Při tvorbě individuálního plánu klienta je potřeba brát ohled na jeho potřeby, klient by měl také se sestaveným plánem souhlasit a měl by mu rozumět. Projednávání této problematiky s klienty automaticky počítá s **proškoleným personálem v oblasti sexuality** lidí s mentálním postižením (Štěrbová, 2007).

3 PŘÍSTUP PRACOVNÍKŮ K SEXUALITĚ LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V KOEDUKOVANÝCH ZAŘÍZENÍCH

Lidem s mentálním postižením je poskytováno široké spektrum péče a služeb zajišťované organizacemi. Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je možné vybírat mezi službami ambulantními, pobytovými a terénními. Tyto služby poskytují centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče.

V dnešní době se také stále častěji setkáváme s možnostmi bydlení pro lidi s mentálním postižením, které jim umožňují **život v komunitě**. Jsou to chráněná bydlení nebo společné domácnosti, podporovaná bydlení, bydlení s pěstouny, bydlení s asistenční službou, domovy s ošetrovatelskou službou nebo dokonce vlastní domov (Lechnýř, 2002). Také stále častěji dochází k tomu, že zařízení pro lidi s mentálním postižením jsou **koedukovaného typu**. To znamená, že zde mohou společně pobývat či bydlet jak muži, tak i ženy.

Jedna z častých forem péče o lidi s mentálním postižením je poskytována v **domovech pro osoby se zdravotním postižením** (dříve ústavy sociální péče). Jsou zde poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba podle zákona o sociálních službách obsahuje činnosti, jako je poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3.1 Přístup pracovníků ke klientům

Pracovníci v sociálních službách by měli mít dostatečné povědomí a v praxi by se měli opírat o **etický kodex sociálních pracovníků** a také by se měli dobře orientovat ve **standardech sociálních služeb**, které byly vytvořeny za účelem zkvalitňování poskytovaných služeb klientům a možnostmi hodnocení a srovnání jednotlivých zařízení navzájem.

Etické zásady sociálního pracovníka by měly vycházet ze zásad demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti tak, jak jsou vyjádřeny ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Také se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí (Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR).

Při práci s klienty by měli mít pracovníci na paměti principy pro práci s jednotlivci, které formuloval **F. Biestek** (1957, in Matoušek, 2003):

1. **Individualizace klienta** – jde o uznání jedinečnosti osobnosti klienta, ke kterému se přistupuje individuálním způsobem.
2. **Vyjadřování pocitů** – klient má možnost vyjádřit jak své pozitivní tak i negativní pocity.
3. **Empatie** – snaha pracovníka o vcítění se do svého klienta.
4. **Akceptace** – přijetí klienta takového, jaký je i s jeho specifickými vlastnostmi, podpora jeho důstojnosti a vlastní hodnoty.
5. **Nehodnotící postoj** – nedochází k hodnocení osobnosti klienta.
6. **Sebeurčení** – je potřeba respektovat klientova rozhodnutí.
7. **Diskrétnost** – zachování důvěrných informací o klientovi.

3.2 Protokol o sexualitě

V souvislosti se Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách a se zaváděním Standardů kvality sociálních služeb by měl postupně vzrůstat zájem o řešení oblasti sexuality lidí s mentálním postižením, neboť je to velmi významná oblast života lidí vůbec. To by se také mělo postupně projevovat v zařazování **protokolu o sexualitě** do směrnic kaž-

dého zařízení, které s těmito lidmi pracuje, i přes to, že tento dokument nemá v České republice legislativní zakotvení.

Tento protokol má podle Kozákové (2004) obsahovat východiska, v nichž bude uvedený souhrn specifických postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, kterými se bude jednotlivé zařízení vyznačovat. Tedy jakým způsobem bude zařízení upravovat vztahy přátelství a lásky u uživatelů služeb. Také přispívá k ochraně práv a začleňování sexuality postižených do jejich každodenního života. Tento dokument podle Kozákové (2004) pomáhá usnadnit pracovníkům orientaci v různě problematických situacích týkající se sexuality nebo případně sexuálního zneužívání. Je dobré, když se na vytváření tohoto dokumentu podílejí všichni pracovníci, i vedení daného zařízení, a tento dokument **má být závazný pro všechny i v případě vnitřního nesouhlasu** s daným protokolem. Díky tomuto dokumentu mohou pracovníci těchto zařízení lépe zajistit profesionální vedení a pomoci klientům kultivovat jejich sexualitu a prožívání.

Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití by měl obsahovat:

- **Postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů** (filozofie sexuality a postoje k ní, hodnoty a normy, kterých se budeme držet),
- **Témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty** (formy vztahů a sexuality – co si pod nimi představují naši klienti, co o nich ví současná věda, co z toho budeme svým klientům zprostředkovávat),
- **Způsob řešení možných důsledků sexuality** (otázky antikoncepce a možné důsledky sexuality),
- **Přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory** (přípustné formy kontaktu a důstojného zacházení, tělesná péče, její možnosti a hranice),
- **Osvěta a prevence** (témata osvěty, prevence sexuálně přenosných nemocí, zvýšení obranyschopnosti),
- **Zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality** (obecná zodpovědnost – všichni pracovníci, odpovědnost ve výchově a sexuální osvětě, osoba „důvěrníka“, spolu-práce s rodiči, odborníky),
- **Rodiče a zákonní zástupci** (vzájemná spolupráce),
- **Postoj k sexuálnímu abusu,**

- **Postup při sexuálním zneužití** (podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli),
- **Preventivní politika uvnitř zařízení** (osvěta pracovníků a klientů)

(Kozáková, 2004 str. 33).

Podle Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu by se měly v protokolu o sexualitě objevit ty oblasti, které zmíním, a měly by obsahovat filozofická východiska daného zařízení k daným oblastem. Tyto oblasti jsou sociálně-sexuální vzdělávání klientů, oblast soukromí, autoerotiky, intimních pomůcek a erotografie, téma souhlasu a svolení se sexuálním vyjádřením, vymezení vrstevnických a přátelských vztahů, vzájemné sexuální vyjádření, regulace porodnosti, oblast těhotenství a rodičovství, sexuálně přenosné nemoci (STD), sexuální zneužívání a obtěžující sexuální chování (Štěrbová, 2007).

Při tvorbě protokolu o sexualitě se mohou zařízení opírat o dokumenty, jako jsou Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Standardy kvality sociálních služeb, Deklarace práv mentálně postižených osob, Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF, Deklarace sexuálních práv, Všeobecná deklarace lidských práv, Evropská sociální charta, Deklarace práv zdravotně postižených osob, Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (Štěrbová, 2007).

3.3 Sexualita z pohledu náboženství a víry

Oblast sexuality a jejích projevů je z pohledu náboženství poměrně složité téma, o kterém se vedou diskuse. Často se tyto diskuse týkají právě oblasti masturbace, antikoncepce a předmanželského pohlavního styku. Přesto na některá z těchto témat neexistují naprosto jednotné názory, které by nám dali jednoznačná stanoviska.

Jako obecná východiska k této problematice, která jsou prezentována **katolickou církví**, můžeme považovat jako morálně nepřijatelnou masturbaci, nekoitální sexuální praktiky (necking a petting), pohlavní styk před církevním sňatkem, orální a anální forma pohlavního styku ani v manželství, homosexuální pohlavní styk, naprostá většina druhů antikoncepce včetně prezervativu a přerušované soulože, interrupce a jakékoli metody pomáhající k otěhotnění (Kovář, 2006). Tato pravidla mají pro příslušníky této církve svá logická opodstatnění.

Co se týče **masturbace**, tak ta odporuje křesťanskému smyslu sexuality, neboť ta má být výsledkem vzájemné lásky a darování se. Oproti tomu je masturbace pouze egoistické zaměření se na pouhé uspokojení vlastních potřeb. Masturbace může být popisována jako vážná nezřízenost, avšak mohou se i zde vyskytnout polehčující okolnosti, jako je psychická nezralost, vnitřní nevyrovnanost či zakořeněný návyk k této činnosti, což může snížit odpovědnost daného člověka (Léonard, 1999).

V oblasti **nekoitálních technik** z hlediska křesťanství je důležité hlídat si hranici vzájemného kontaktu tak, aby dosažení této hranice nevedlo k pohlavnímu styku. V pořádku jsou polibky a přátelské něžnosti, ale je třeba se vyvarovat prodlužování důvěrností, obnažování nebo činností, které by mohly vést k orgasmu, vzájemné masturbaci či částečnému nebo dokonanému pohlavnímu styku. U tematiky předmanželského pohlavního styku lze částečně rozlišit rozdíl mezi vztahem „na zkoušku“ bez úmyslu uzavření sňatku v budoucnosti a na předmanželský pohlavní styk snoubenců. Obě tyto možnosti jsou z hlediska křesťanství nemorální, ale u druhé možnosti to lze považovat za méně závažné provinění. Zde jde o to, že předmanželský styk není vyjádřením vzájemného absolutního darování se jeden druhému před Bohem a je zde vyloučena společná otevřenost k předání života, také zde chybí vzájemný slib nezrušitelné věrnosti a postrádá skutečnost křesťanské lásky, která by manželským aktem vyjádřila plnou skutečnost manželství. Jako určité řešení této situace by mohlo být pro snoubence uzavření církevního sňatku (Léonard, 1999).

U **homosexuality** je důležité rozlišovat homosexuální náklonnost a homosexuální konání. Homosexuální náklonnost sama o sobě není hřích, ale problém nastává v oblasti homosexuálního jednání, které je hodnoceno velmi přísně. Homosexuální jednání odporuje struktuře křesťanské lásky, protože popírá rozdílnost pohlaví, která s láskou souvisí, a také popírá její plodnost. Přesto homosexuálům nabízejí možná řešení, jak tuto situaci řešit a zůstat věrný Bohu. Jen ve velmi ojedinělých případech jim lze doporučit manželství. Většinou se však jako jediné opravdu křesťanské řešení doporučuje doživotní celibát, který má být prožívaný v duchovní hloubce. Také zde uvádějí, že na základě toho může údajně dojít k odblokování a normalizaci sexuality (Léonard, 1999).

Z hlediska katolické církve jsou morálně nepřijatelné jakékoli formy **antikoncepce**, kromě využívání přirozených metod, jako jsou např. plodné a neplodné dny. Tento přístup je odůvodněn tím, že umělé metody antikoncepce (tedy mechanické, chemické, fyzické či hormonální) oddělují styk (vzájemné darování se) od plodnosti a možnosti počít potomka a

také mohou vést k větší lehkovážnosti v přístupu k pohlavnímu styku. Také oddělení vzájemné lásky a plodnosti může být vnímáno jako projev vzájemného nepřijetí partnera i s jeho plodností a možnými následky vzájemného spojení. Proti tomu přirozené formy antikoncepce pouze využívají přirozených neplodných období, kdy manželé pouze poučeně využívají toho, co přirozeně probíhá bez jejich přičinění. Také je u této metody zdůrazňována vzájemná spolupráce a odpovědnost partnerů, která u umělých forem antikoncepce není tak zřejmá, protože je často větší míra zodpovědnosti přenášena na jednoho z partnerů (př. kdy pouze žena používá hormonální antikoncepci, čímž muže zbavuje odpovědnosti) (Léonard, 1999). Tato problematika je o to složitější, pokud ji vztáhneme na osoby s mentálním postižením, pro které by přirozené metody antikoncepce nebyly s největší pravděpodobností dostatečně účinné.

Co se týká oblasti **potratů**, tak je katolická církev jednoznačně proti tomuto konání. Potrat je takto pojímán jako odstranění života, který už započal. V této oblasti jde spíše o problematiku respektování práva člověka na život (Léonard, 1999).

Z pohledu **evangelické církve** není jednoznačná odpověď na konkrétní otázky lidského sexuálního života. Je to tak, protože je bible považovaná za normu, kde je řada věcí deklarována, ale přesto není možné na každou konkrétní otázku dopředu jasně odpovědět. Přesto, že se názory evangelické církve v mnohém shodují s církví katolickou, tak nejsou stejnou měrou striktní a jednoznačné, jak to nacházíme u církve katolické.

Z těchto poznatků vyplývá, že je velmi komplikované určit východiska pro řešení sexuality lidí s mentálním postižením z hlediska náboženství a víry. Přesto si myslím, že z určitého úhlu pohledu je přístup k sexualitě z hlediska náboženství zajímavý a může být pro lidi obohacující zejména v pohledu na vzájemnou důvěru, oddanost a lásku partnerů. Všeobecně je důležité kultivovat sexualitu a partnerské vztahy a nenechat je omezovat pouze na uspokojování základních biologických potřeb, ale dát jim takový rozměr, který poskytuje člověku naplnění i v širším kontextu.

Tuto kapitolu jsem také zařadila z toho důvodu, že celá řada zařízení, která pracují s lidmi s mentálním postižením, mají jako svého zřizovatele církve, nebo pracovníci v těchto zařízeních jsou věřícími. Proto je potřeba se nějakým způsobem ujednotit v názorech a v pravidlech, která budou prezentována jak klientům daných zařízení, tak i jejich pracovníkům, kterým by to ulehčilo a zpřehlednilo jejich náplň práce. Také je zde třeba dojít k ně-

jakému kompromisu mezi stanovisky církve k lidské sexualitě, kodexy církevních zařízení, přesvědčení jejich zaměstnanců a potřebami klientů, na jejichž uspokojení mají právo v souvislosti se standardy kvality sociálních služeb. Myslím si, že zpracování této tematiky v podobě protokolu o sexualitě by bylo přínosné jak pro necírkevní, tak i pro zařízení zřízená církví, navzdory tomu, že bude nesmírně složité dojít k uspokojivým kompromisům pro obě strany.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Předmět a cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapovat a popsat přístup pracovníků k sexualitě lidí s mentálním postižením v koedukovaných zařízeních. Konkrétně jsem zkoumala přístupy pracovníků v koedukovaných zařízeních k oblastem partnerství, antikoncepce, masturbace, pohlavnímu styku, homosexualitě, manželství a rodičovství u lidí s mentálním postižením. Na základě těchto oblastí jsem si zvolila následující výzkumné otázky:

- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k partnerství lidí s MP?
- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k antikoncepci u lidí s MP?
- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k masturbaci u lidí s MP?
- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k pohlavnímu styku u lidí s MP?
- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k homosexualitě u lidí s MP?
- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k manželství u lidí s MP?
- Jaký je přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k rodičovství u lidí s MP?

4.2 Metody a techniky výzkumu

Pro tento výzkum jsem zvolila smíšený druh výzkumu, kdy jsem kvantitativní část výzkumu provedla formou nestandardizovaného dotazníku mezi pracovníky ve zkoumaných zařízeních. Pro zaznamenávání odpovědí měli pracovníci výběr z nabízených odpovědí nebo polouzavřených položek v první části dotazníku, v inventáři tvrzení byly pro záznam odpovědí použity pětibodové škály Likertova typu. Pro získání většího množství dat jsem doplnila výzkum o polostrukturovaný rozhovor s jedním z pracovníků ze zkoumaných zařízení, což tvořilo kvalitativní část výzkumu. Na základě získaných dat byl popsán přístup pracovníků k sexualitě lidí s mentálním postižením ve zvolených oblastech.

Pro kvantitativní část výzkumu jsem zvolila dotazník, protože je frekventovanou metodou získávání dat v pedagogickém výzkumu. Je to soubor otázek, na které respondent

odpovídá písemně. Položky v první části dotazníku zjišťují fakta a demografické údaje o respondentech, v inventáři tvrzení zjišťují mínění a postoje respondentů (Chráška, 2007). V první části dotazníku jsem volila takové otázky, abych zjistila demografické údaje o respondentech a další základní informace týkající se problematiky práce s lidmi s MP. Při tvoření tvrzení v inventáři jsem si vytvořila devět tematických kategorií, jako jsou všeobecné názory v oblasti sexuality a náboženství, partnerství u lidí s MP, masturbace u lidí s MP, antikoncepce u lidí s MP, pohlavní styk u lidí s MP, homosexualita u lidí s MP, manželství u lidí s MP, rodičovství u lidí s MP a sexuální výchova a osvěta u lidí s MP. K těmto kategoriím jsem formulovala jednotlivá tvrzení. S tímto dotazníkem jsem provedla předvýzkum v Centru Oáza v Zábřehu, abych si ověřila vhodnost formulování jednotlivých položek. Následně jsem znění otázek a tvrzení v inventáři konzultovala s pracovníky Centra Oáza v Zábřehu. Na základě toho jsem dotazník upravila do konečné podoby.

V kvalitativní části výzkumu jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru, kdy mi respondenti odpovídali na předem připravené otázky, které jsem v případě potřeby doplnila nebo rozšířila. Metoda rozhovoru je takové shromažďování dat o realitě, která spočívá ve verbální komunikaci výzkumníka a respondenta. Jeho výhodou je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do motivů a postojů respondentů, na základě respondentových reakcí je možné usměrnit další průběh výzkumu (Chráška, 2007). Tuto metodu jsem zvolila pro dokreslení výsledků z dotazníků.

Konkrétní podoba dotazníku a otázek k polostrukturovanému rozhovoru se nacházejí v příloze č. 1,2 této práce.

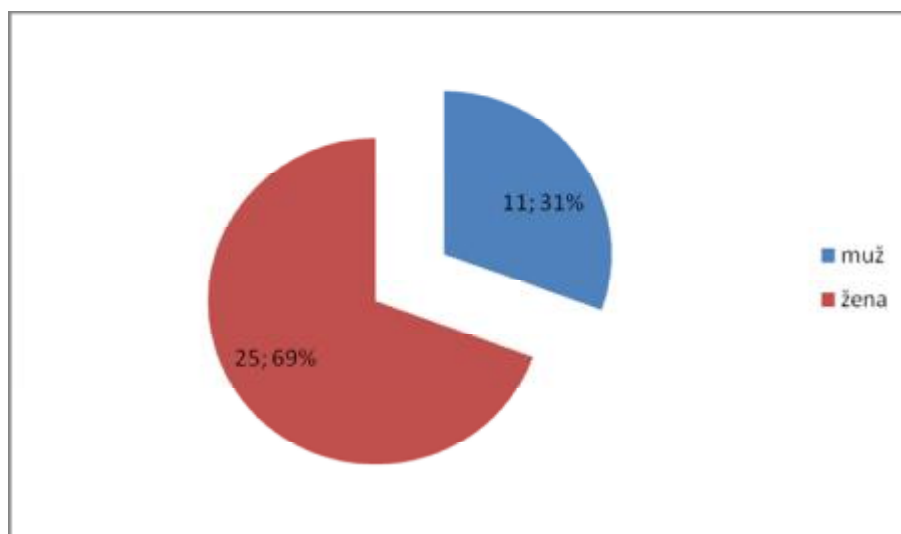
4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor tvořili pracovníci koedukovaných zařízení pro osoby s mentálním postižením. Výzkumný soubor jsem zvolila dostupným výběrem, který tvořilo 5 koedukovaných zařízení, z nichž byly 4 církevní a 1 necírkevní. Výzkumný soubor tvořili pracovníci zkoumaných koedukovaných zařízení. Oslovený počet respondentů byl 80 pracovníků. Bohužel návratnost dotazníků byla poměrně problematická, vrátilo se pouze 45% dotazníků, což tvořilo odpovědi od 36 pracovníků. Podle mého názoru mohla být příčina tohoto jevu v tom, že oblast sexuality je jednou z nejintimnějších a dlouhou dobu byla poměrně tabuizovanou oblastí lidského života, proto ne každý chtěl na tyto otázky odpovídat.

Výsledky výzkumu bude možné zobecnit pouze na tento výzkumný soubor.

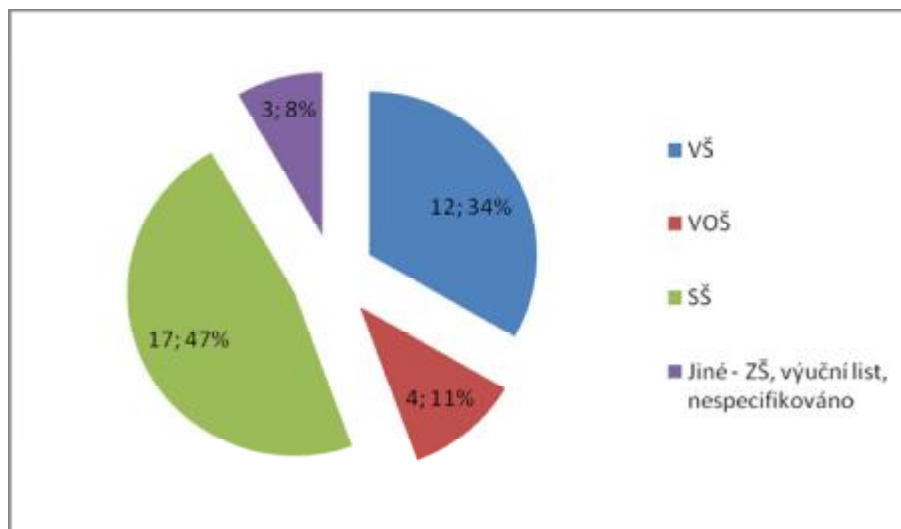
Z první části dotazníku lze čerpat informace pro popis výzkumného souboru:

Položku věk jsem se rozhodla z dotazníku vyčlenit, jelikož 28% (10 respondentů), na tuto položku neodpovědělo a 6% (2 respondenti) použili jako odpověď interval např. 36-45 nebo 45-50 let. Myslím si, že důvodem pro nevyplnění bylo zachování anonymity respondentů, neboť by na základě údajů o pohlaví a věku bylo možné zjistit totožnost pracovníka.



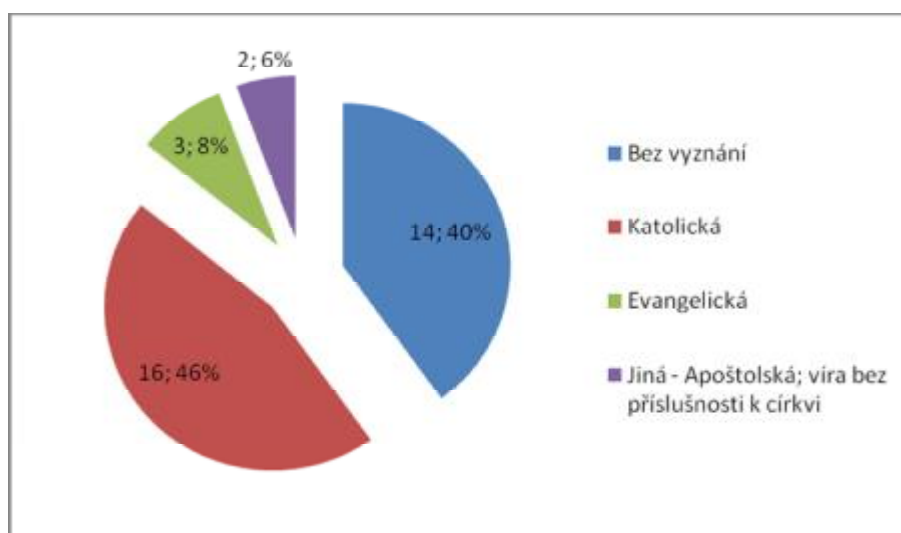
Graf 1. Pohlaví respondentů.

Ve zkoumaných zařízeních převažují jako pracovníci ženy z 69%, muži tvoří 31%.



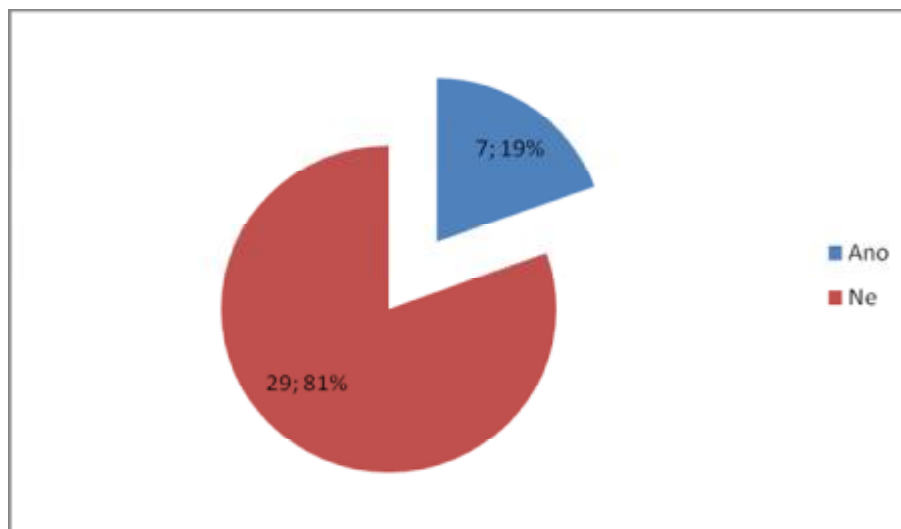
Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

V těchto zařízeních tvoří pracovníci se středoškolským vzděláním 47%, dále pak s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním 34% a 11%. Nejmenší zastoupení 8% bylo pracovníky se základním vzděláním, výučním listem nebo nebylo specifikováno.



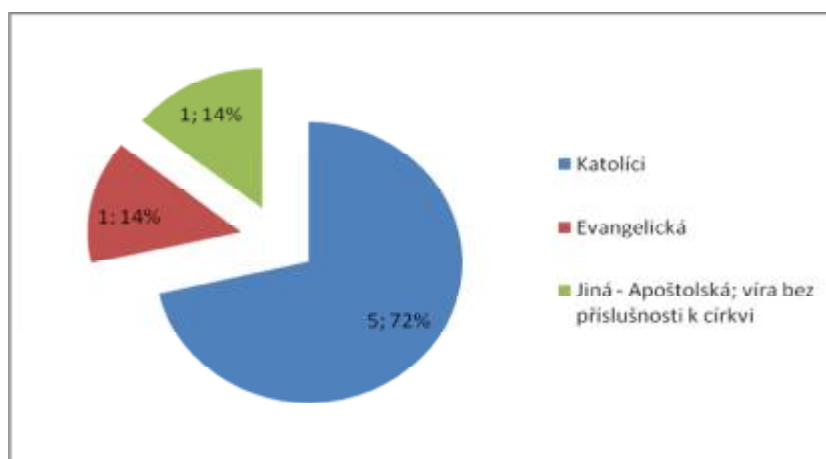
Graf 3. Příslušnost pracovníků k církvi.

V oslovených zařízeních pracují lidé, kteří se z 46% hlásí ke katolické církvi a 40% respondentů jsou bez vyznání, 8% z respondentů tvoří církev evangelická a 6% apoštolská církev a jeden věřící bez příslušnosti k církvi.



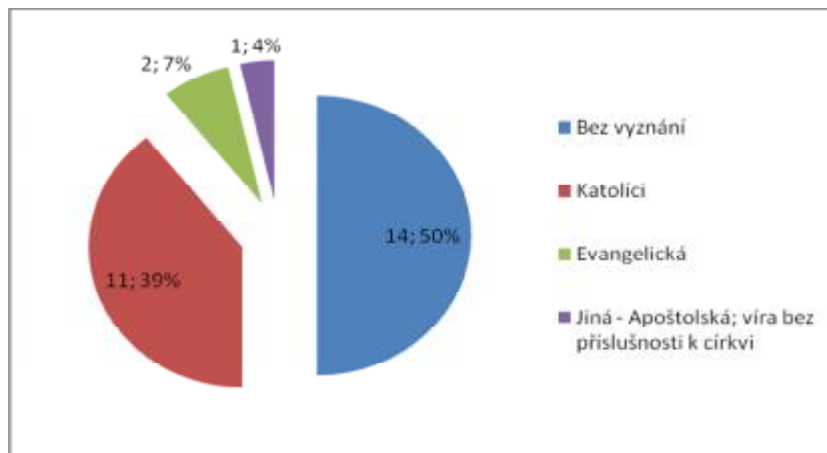
Graf 4. Aktivní praktikování nebo neproaktívování náboženství.

Z respondentů, kteří se hlásí k některé z církví, tak pouze 19% z nich aktivně praktikuje náboženství a 81% aktivně náboženství neproaktívuje.



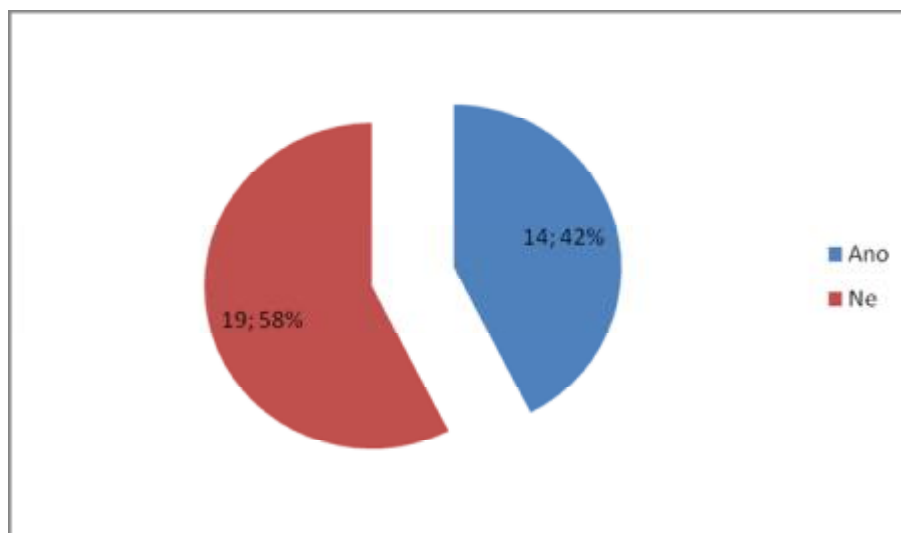
Graf 5. Zastoupení aktivně praktikujících náboženství.

Z respondentů, kteří uvádějí, že aktivně praktikují své náboženství, je 72% katolíků, 14% evangelíků a 14% jiná církev.



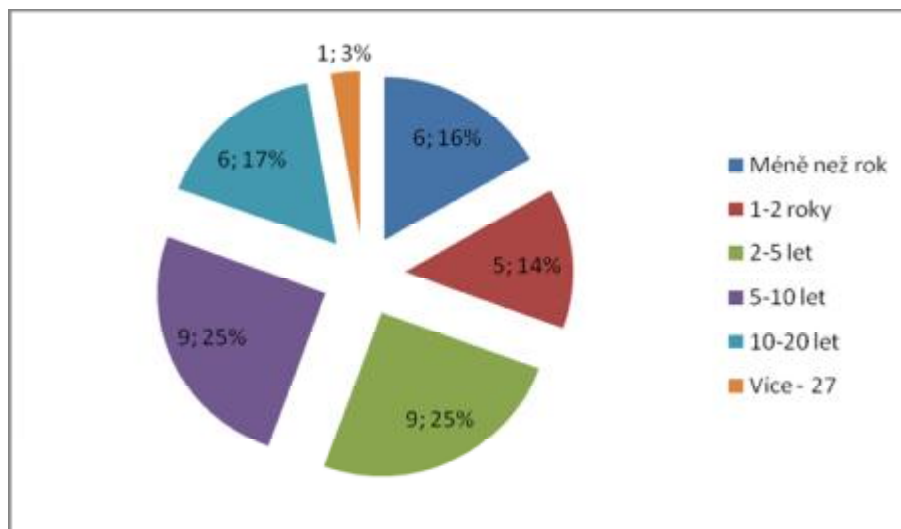
Graf 6. Zastoupení nepraktikujících náboženství.

Respondenti, kteří nepraktikují své náboženství je 50% lidí bez vyznání, 39% katolíků, 7% evangelíků a 4% jiná církev.



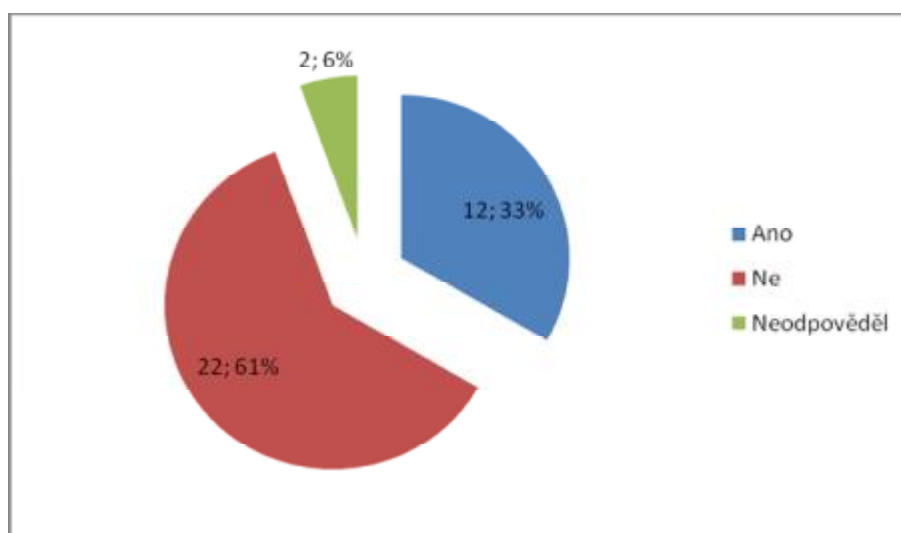
Graf 7. Snaha o dodržování pravidel typických pro náboženství respondentů.

Přesto, že k aktivnímu praktikování náboženství se hlásilo pouze 19% respondentů, tak se snaží dodržovat pravidla typická pro dané náboženství o 23% respondentů více, což je 42% a 58% se nesnaží tato pravidla dodržovat.



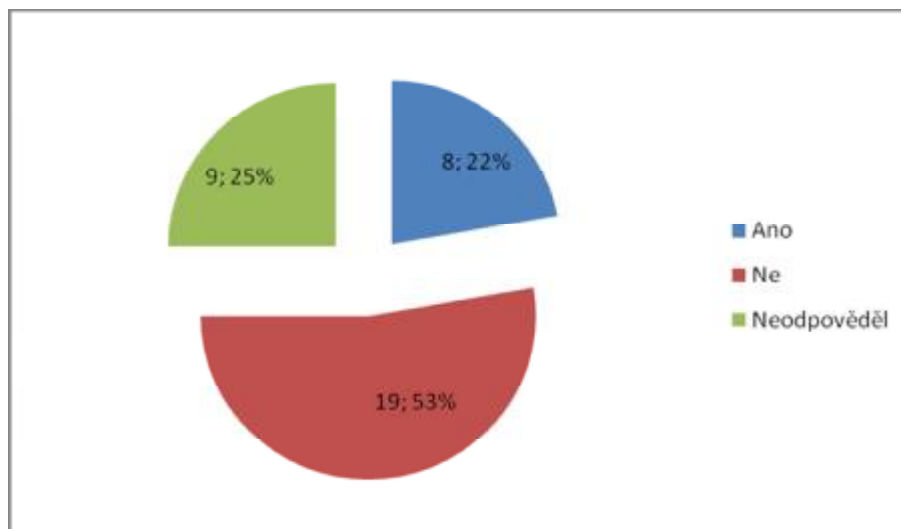
Graf 8. Délka praxe s lidmi s MP.

U jednoho pracovníka dosahovala délka praxe s lidmi s mentálním postižením 27 let. Dále pak délka praxe byla 10-20 let u 17% pracovníků, 5-10 let u 25% pracovníků, 2-5 let u 25% pracovníků, 1-2 roky u 14% pracovníků a méně než rok u 16% pracovníků.



Graf 9. Účast na kurzech/seminářích o problematice sexuality lidí s MP.

Průběžně se kurzů účastní 33% pracovníků, z toho jsou dva, kteří absolvovali pouze jeden kurz a jeden respondent se kurzů účastní pouze „občas“. 61% respondentů se kurzů neúčastní a 6% respondentů na tuto otázku neodpovědělo.



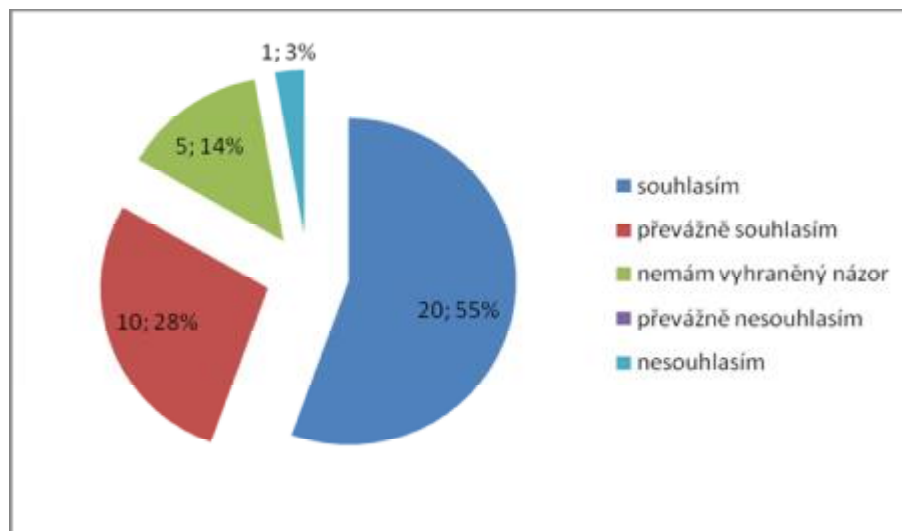
Graf 10. Zda se liší přístup pracovníků k sexualitě lidí s lehkým a středně těžkým MP a k lidem s těžkým, hlubokým, jiným a nespecifickým MP.

U 53% respondentů se přístup k sexualitě lidí s MP s různým stupněm postižení neliší a u 22% se přístup respondentů liší. Na tuto otázku 25% respondentů neodpovědělo.

U pracovníků, u kterých se jejich přístup lišil, to zdůvodňují takto:

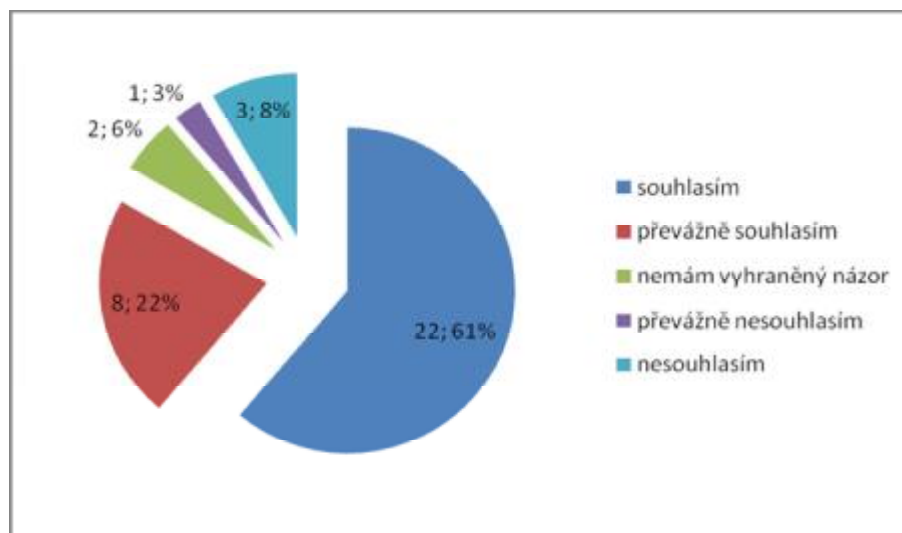
- Akceptují masturbaci a partnerství, ale neakceptují pohlavní styk.
- Přístup se liší ve všech oblastech, protože člověk s lehkým MP dokáže o jednotlivých oblastech přemýšlet a kontrolovat se, u člověka s těžkým MP je masturbace a pohlavní styk pudová záležitost.
- Přístup se liší v tom, že čím je těžší mentální postižení, tak tím člověk potřebuje větší intervenci. Z konkrétního případu vychází i konkrétní přístup ve vztahu k masturbaci, partnerství, apod.
- Přístup k lidem s MP se všeobecně liší s ohledem na jejich postižení.
- Přístup se odlišuje v oblasti partnerství a manželství.
- Lidé s těžkým stupněm MP nejsou schopni myslet na antikoncepci, domyslet důsledky jejího nepoužívání, nejsou schopni domyslet důsledky partnerství, nerozlišují sexuální orientaci, apod.

Otázky č. 10. a 11. z první části dotazníku jsem se rozhodla vypustit z důvodu, že 61% respondentů na tyto otázky neodpovědělo, proto by vyhodnocení nebylo přesné.



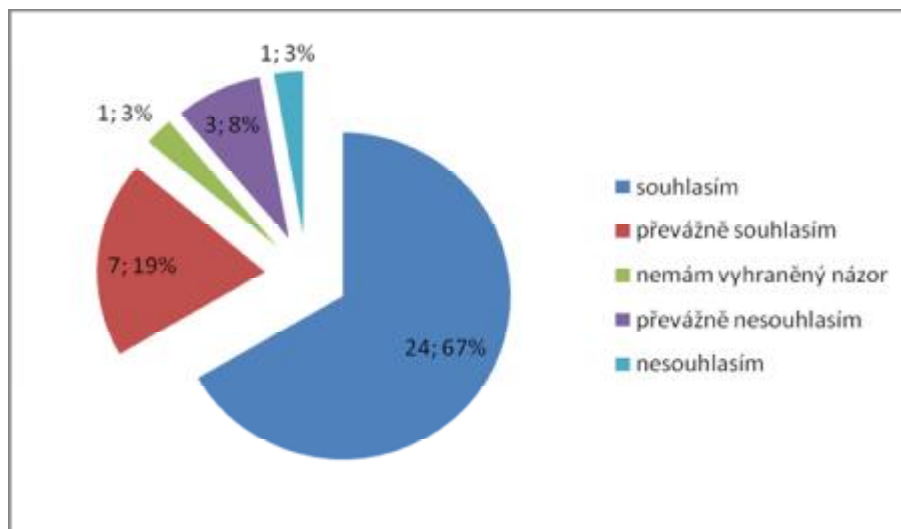
Graf 11. Toleruji masturbaci.

Z těchto odpovědí vyplývá, že 55% respondentů toleruje, 28% převážně toleruje, 14% nemá vyhraněný názor a 3% netolerují masturbaci.



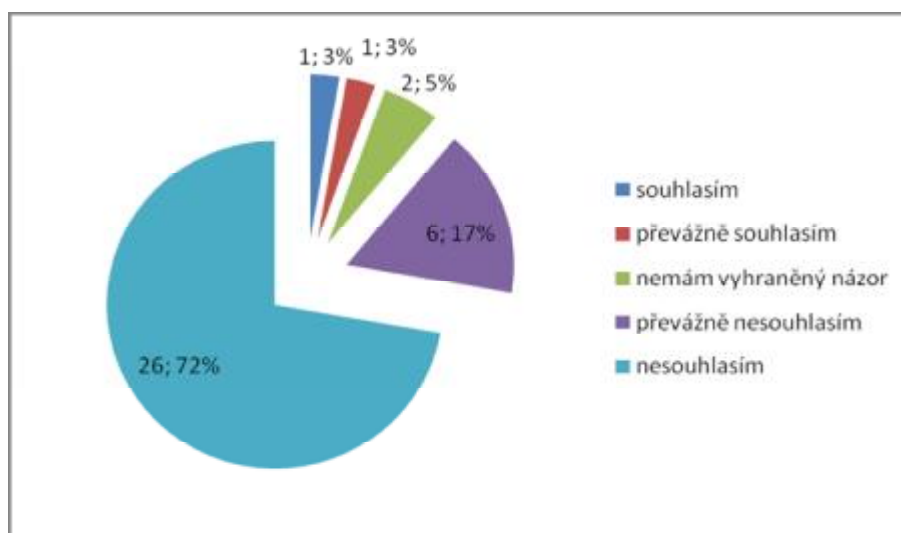
Graf 12. Toleruji soužití nesezdaného páru.

Z respondentů 61% toleruje, 22% převážně toleruje, 6% nemá vyhraněný názor, 3% převážně netolerují a 8% netoleruje soužití u nesezdaného páru. S tímto tvrzením nesouhlasí 43% (3) aktivně praktikujících náboženství a 14% (1) převážně nesouhlasí.



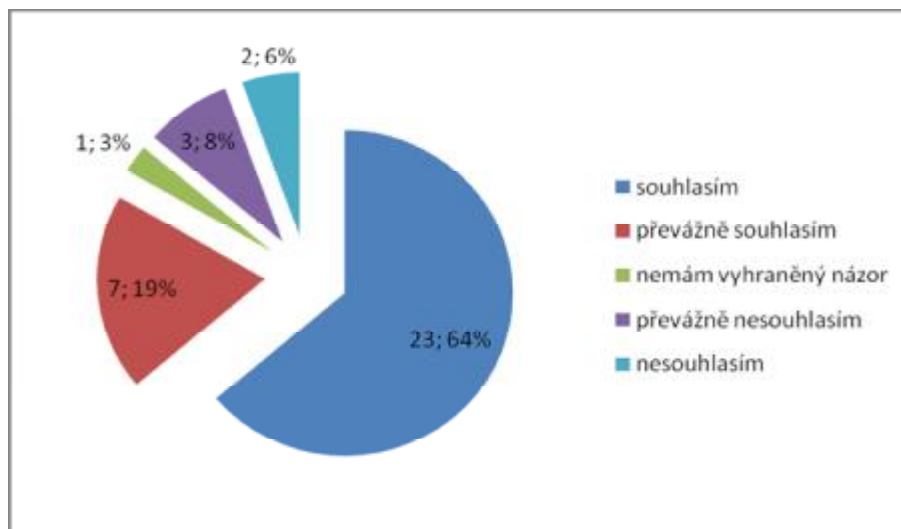
Graf 13. Toleruji používání antikoncepce.

67% toleruje, 19% převážně toleruje, 3% nemají vyhraněný názor, 8% převážně netoleruje a 3% respondentů netolerují používání antikoncepce.



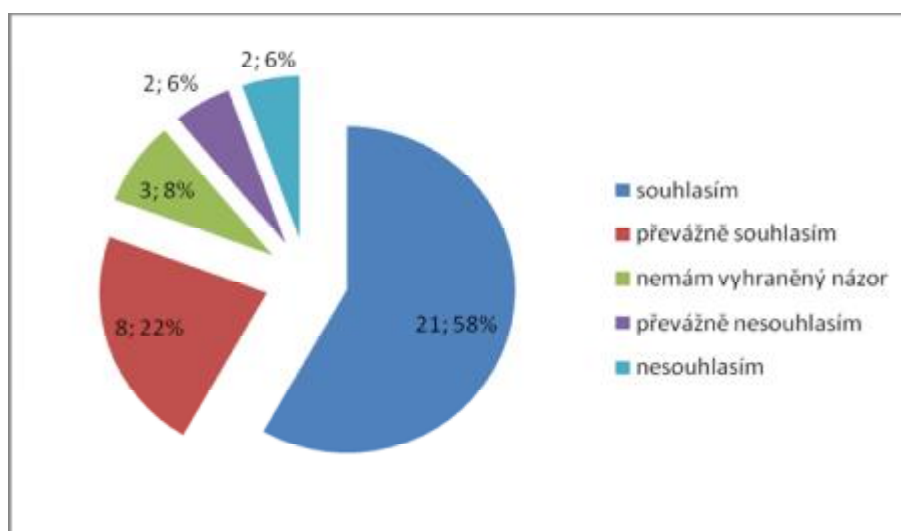
Graf 14. Neměla by se používat žádná forma antikoncepce.

S tvrzením, že by se neměla používat žádná forma antikoncepce nesouhlasí 72% dotazovaných, 17% převážně nesouhlasí, 5% nemá vyhraněný názor, 3% převážně souhlasí a 3% souhlasí.



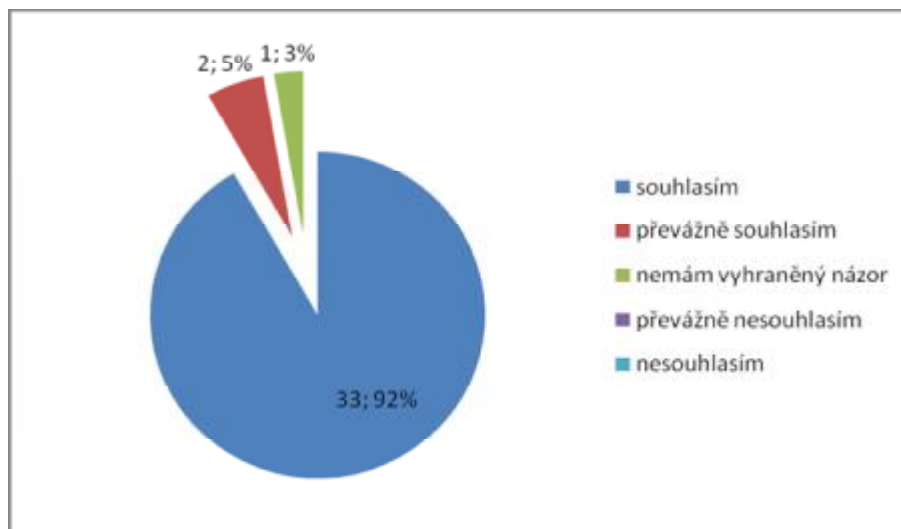
Graf 15. Toleruji předmanželský pohlavní styk.

Z respondentů 64% toleruje, 19% převážně toleruje, 3% nemají vyhraněný názor, 8% převážně netoleruje a 6% netoleruje předmanželský pohlavní styk. S tímto tvrzením nesouhlasí 28% (2) aktivně praktikujících náboženství a 43% (3) převážně nesouhlasí.



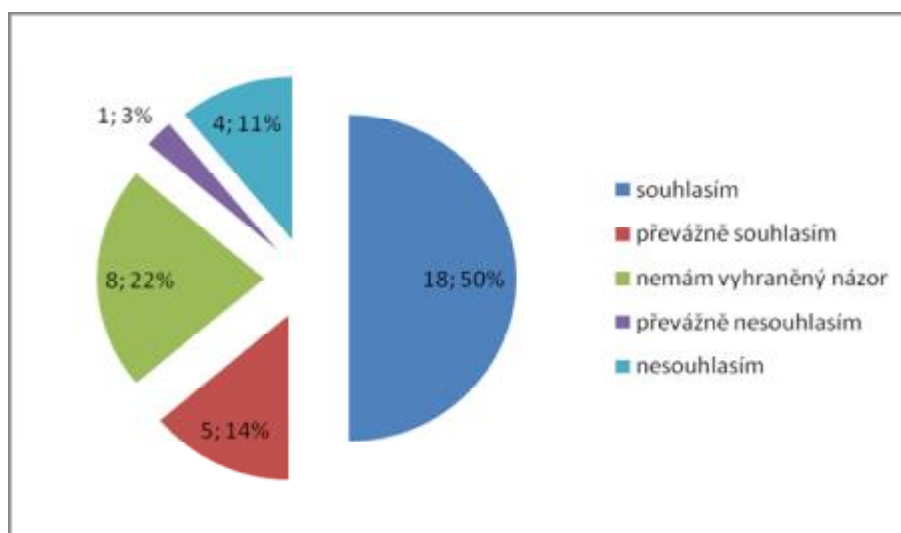
Graf 16. Toleruji rodičovství u nesezdaného páru.

Z dotazovaných respondentů 58% toleruje, 22% převážně toleruje, 8% nemá vyhraněný názor, 6% převážně netoleruje a 6% netoleruje rodičovství u nesezdaného páru.



Graf 17. Toleruji sexuální výchovu a osvětu.

U této otázky 92% respondentů toleruje, 5% převážně toleruje a 3% nemají vyhraněný názor na sexuální výchovu a osvětu.



Graf 18. Považuji člověka s MP za plnohodnotného věřícího.

Z respondentů 50% považuje, 14% převážně považuje, 22% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nepovažují a 11% nepovažuje člověka s mentálním postižením za plnohodnotného věřícího.

4.4 Průběh výzkumu a zpracování dat

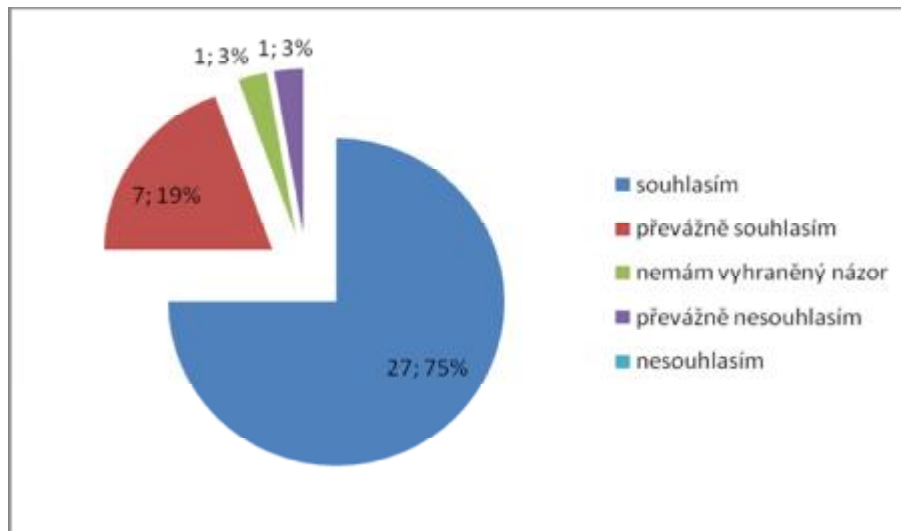
S tímto výzkumem jsem telefonicky oslovila 5 vybraných zařízení, která mi jej umožnila provést. Dotazníky jsem zaslala vedoucím zařízení pomocí elektronické pošty. Vedoucí si vytiskli dotazníky pro svůj počet pracovníků a distribuovali jim je. Po vybrání dotazníků od respondentů jsem každé zařízení osobně navštívila a provedla rozhovory s jedním pracovníkem z každého zařízení.

Výsledky dotazníků jsem zpracovávala na základě četností jednotlivých odpovědí. Pro zobrazení výsledků z dotazníku jsem použila rozložené výsečové grafy, kde jsou jednak zaznamenány procentuelní četnosti, tak i počty respondentů u jednotlivých odpovědí.

Pro analýzu polostrukturovaného rozhovoru jsem použila metodu otevřeného kódování s prvky zakotvené teorie. Nejdříve jsem vytvořila kategorie, na základě kterých jsem formulovala otázky k rozhovoru. Odpovědi od respondentů jsem následně třídila do připravených kategorií.

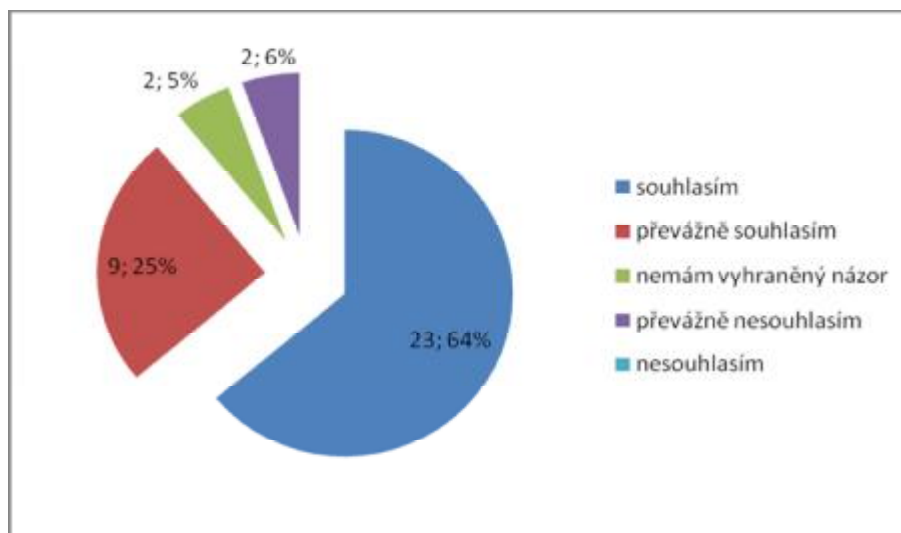
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Analýza dotazníků – inventář tvrzení



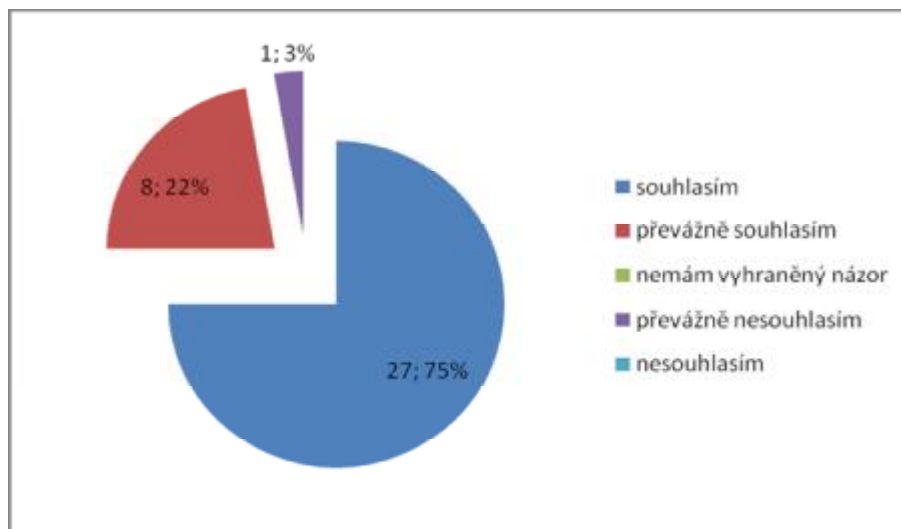
Graf 19. Toleruji partnerské vztahy u lidí s MP.

S tímto tvrzením souhlasí 75% respondentů, převážně souhlasí 19%, 3% nemá vyhraněný názor a 3% převážně nesouhlasí.



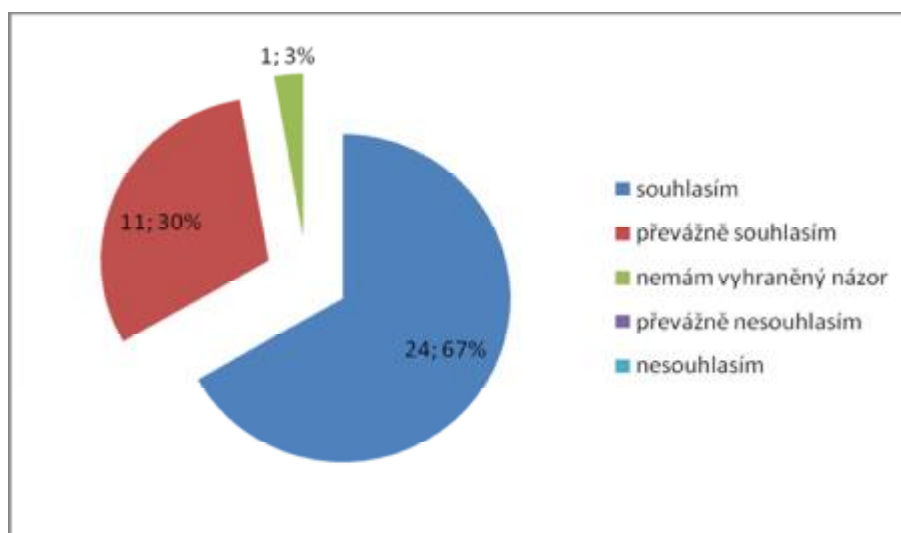
Graf 20. Toleruji, že si partneři s MP projevují náklonnost na veřejnosti (př. držení se za ruce, líbání).

Z dotazovaných 64% toleruje, 25% převážně toleruje, 5% nemá vyhraněný názor a 6% převážně netoleruje projevy náklonnosti na veřejnosti u partnerů s MP.



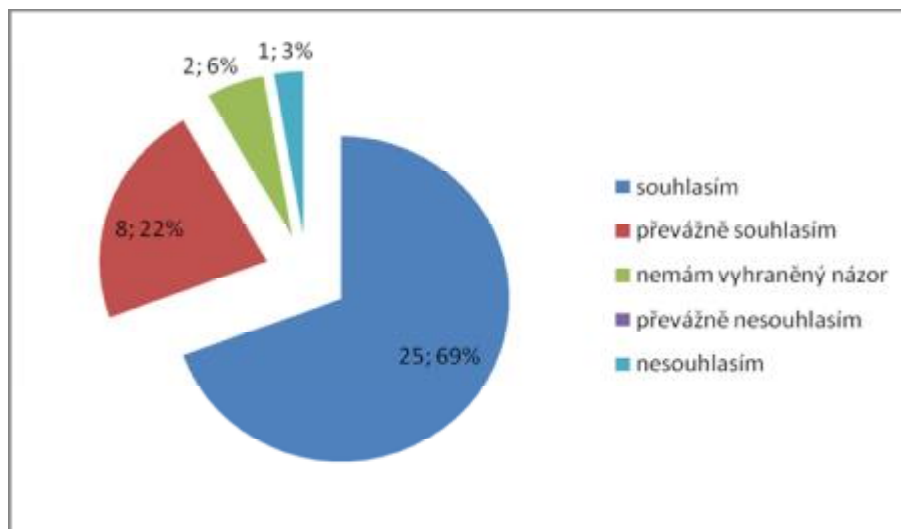
Graf 21. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít partnerský vztah.

75% dotazovaných souhlasí s tím, že by lidé s mentálním postižením měli mít možnost mít partnerský vztah, 2% převážně souhlasí a 3% s tímto tvrzením převážně nesouhlasí.



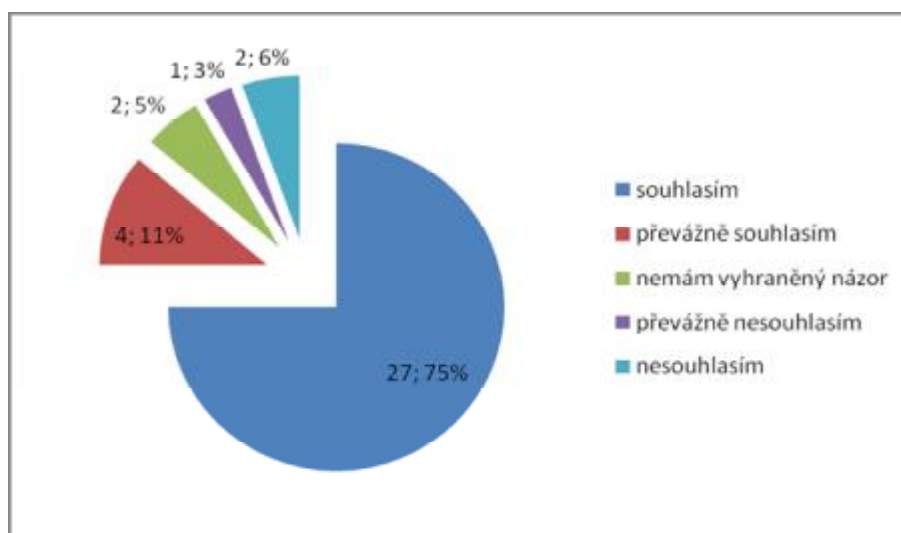
Graf 22. Dlouhodobí partneři s mentálním postižením by měli mít možnost společně bydlet.

Z respondentů 67% souhlasí s tím, že by dlouhodobí partneři měli mít možnost společného bydlení, 30% převážně souhlasí a 3% nemají vyhraněný názor.



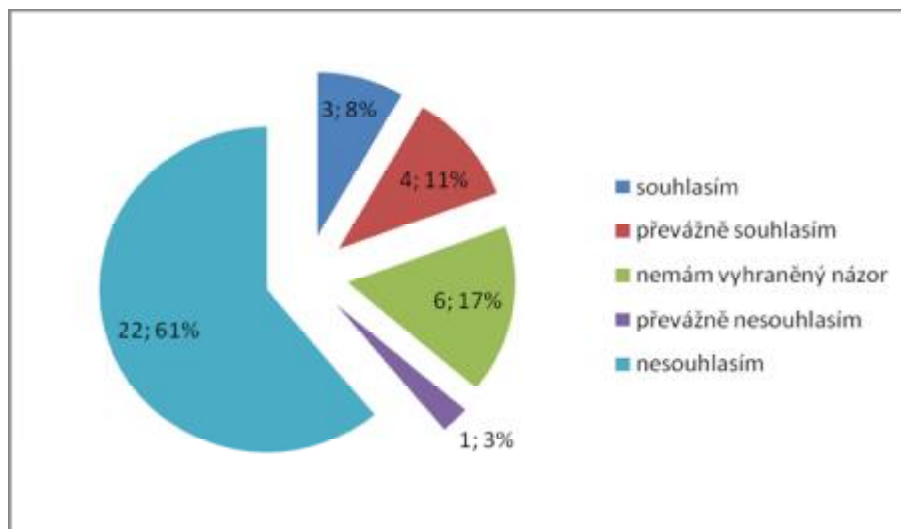
Graf 23. Toleruji masturbaci u lidí s MP.

U respondentů 69% toleruje masturbaci u lidí s MP, 22% převážně toleruje, 6% nemá vyhraněný názor a 3% převážně netolerují.



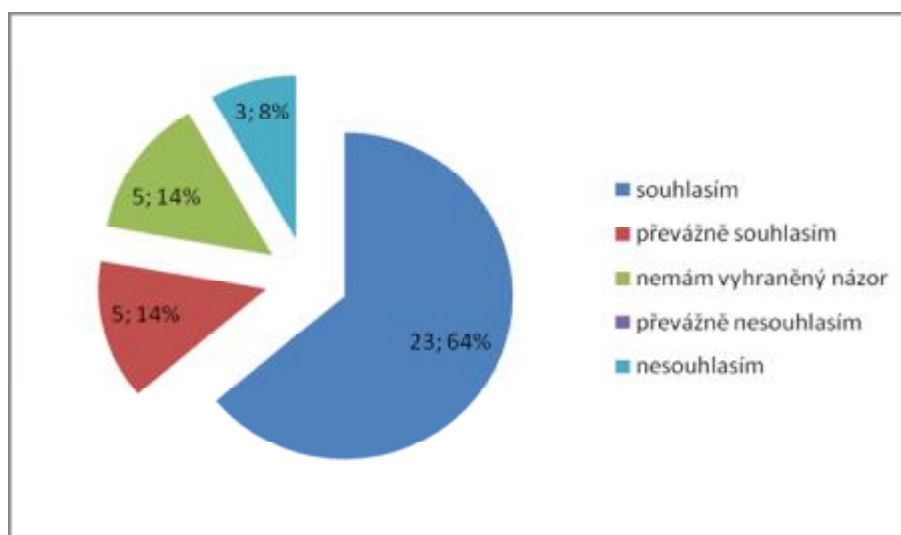
Graf 24. Lidé s MP by měli mít možnost v soukromí uspokojovat své sexuální potřeby masturbací.

Z celkového množství respondentů 75% souhlasí, 11% převážně souhlasí, 5% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 6% nesouhlasí, že by lidé s mentálním postižením měli mít možnost v soukromí uspokojit svoje sexuální potřeby masturbací.



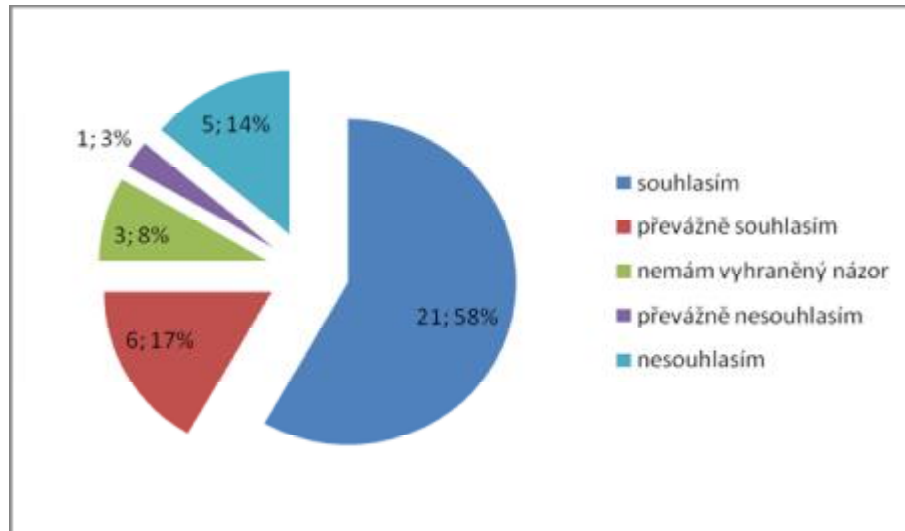
Graf 25. Z mého pohledu je masturbace lidí s MP nevhodná.

Mezi respondenty s tímto tvrzením souhlasí 8%, 11% převážně souhlasí, 17% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 61% nesouhlasí.



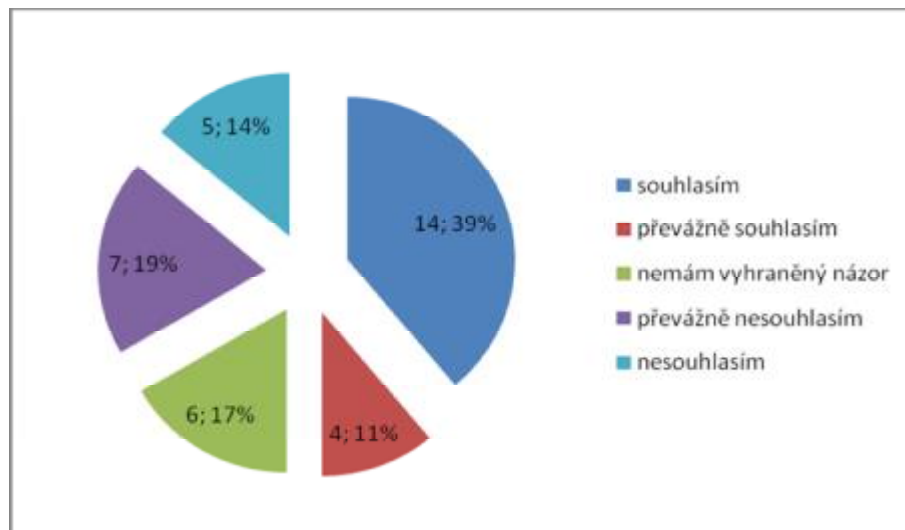
Graf 26. Znepokojuje mě masturbace lidí s MP na veřejnosti.

Z dotazovaných 64% souhlasí a 14% převážně souhlasí, že je masturbace lidí s mentálním postižením na veřejnosti znepokojuje, 14% nemá vyhraněný názor a 8% s tímto tvrzením nesouhlasí.



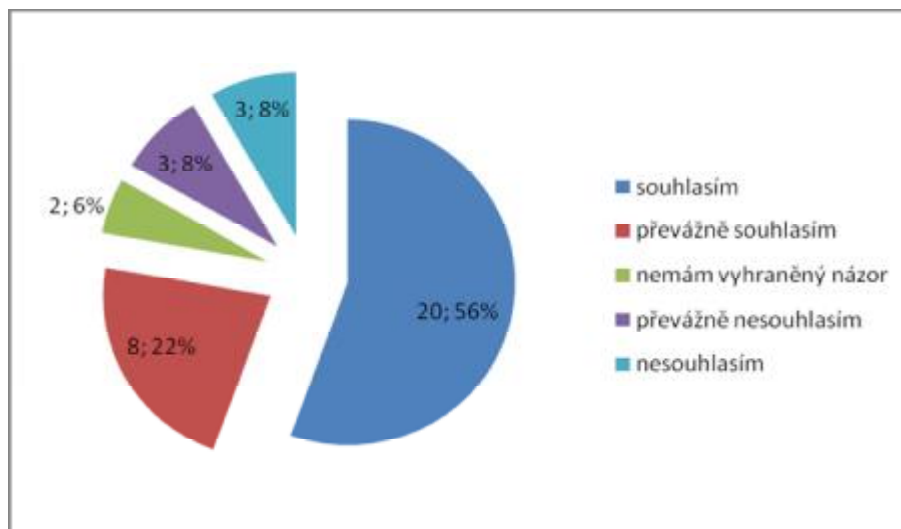
Graf 27. Lidé s MP mají právo zvolit si používání antikoncepce.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením mají právo si zvolit používání antikoncepce 58% dotazovaných souhlasí, 17% převážně souhlasí, 8% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 14% nesouhlasí.



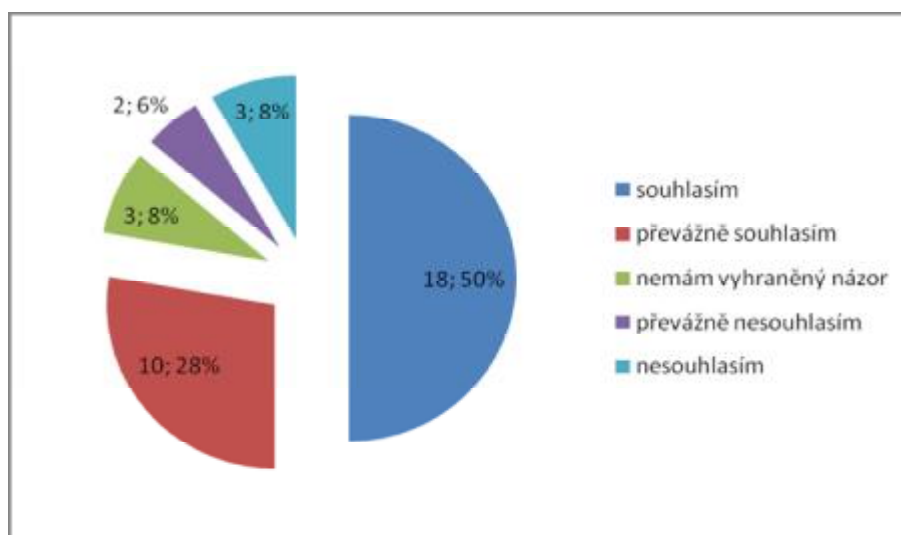
Graf 28. Lidé s MP by měli používat antikoncepci, aby nemohli mít děti.

Zde s tvrzením, že lidé s mentálním postižením by měli používat antikoncepci, aby nemohli mít děti souhlasí 39% z respondentů, 11% převážně souhlasí, 14% nesouhlasí, 19% převážně nesouhlasí a 17% nemá vyhraněný názor. S tímto tvrzením nesouhlasí 14% (1) aktivně praktikujících náboženství a 43% (3) převážně nesouhlasí.



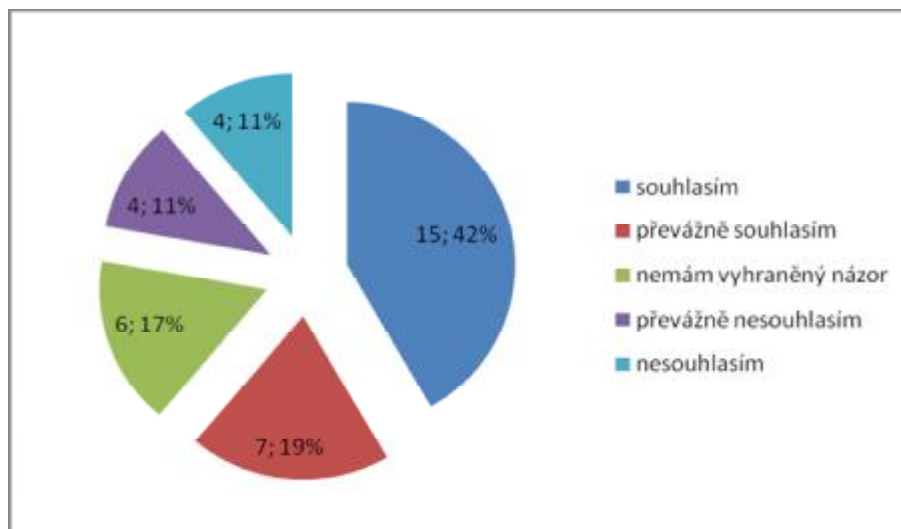
Graf 29. Toleruji pohlavní styk u lidí s MP.

Pohlavní styk u lidí s mentálním postižením toleruje 56% respondentů, 22% převážně toleruje, 6% nemá vyhraněný názor, 8% převážně netoleruje a 8% netoleruje.



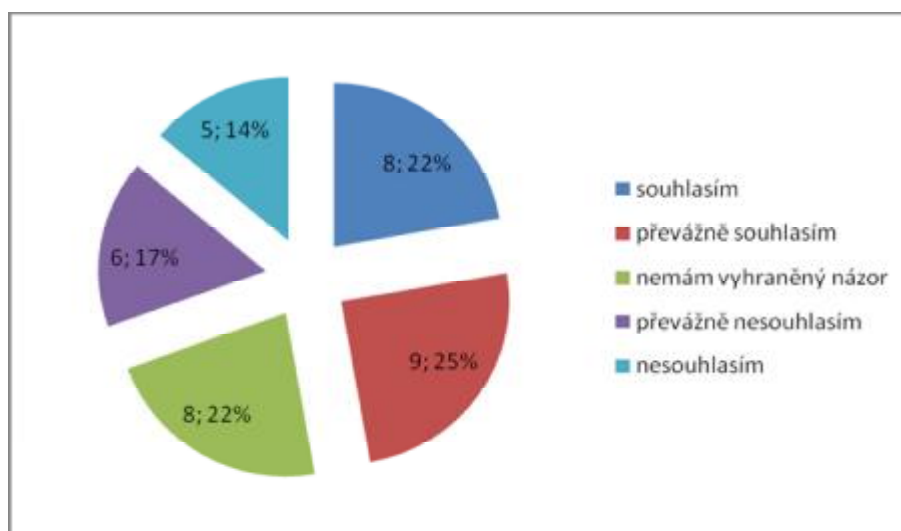
Graf 30. Partneři s MP by měli mít možnost uskutečňovat pohlavní styk.

S tvrzením, že partneři s mentálním postižením by měli mít možnost uskutečňovat pohlavní styk 50% respondentů souhlasí, 28% převážně souhlasí, 8% nemá vyhraněný názor, 6% převážně nesouhlasí a 8% nesouhlasí.



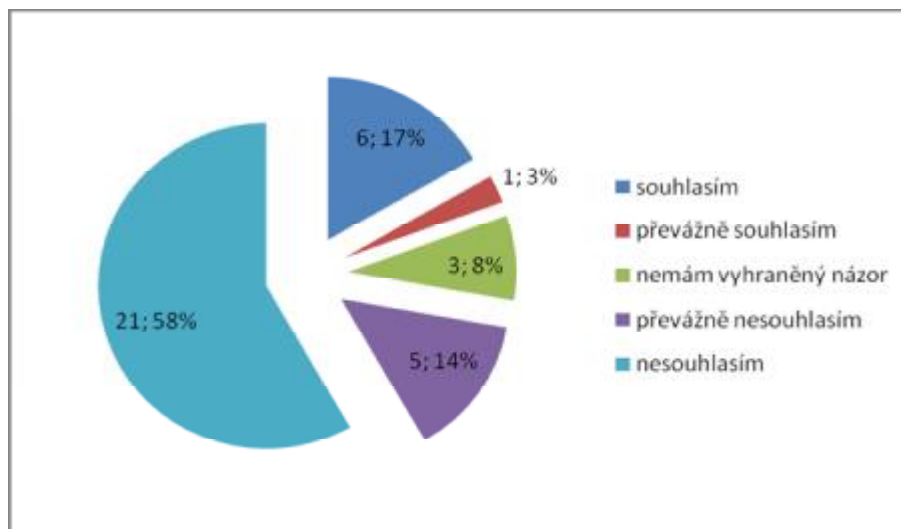
Graf 31. Lidé s MP mohou mít pohlavní styk po náležité osvětě a s použitím antikoncepce.

Z celkového počtu respondentů 42% souhlasí, 19% převážně souhlasí, 17% nemá vyhraněný názor, 11% převážně nesouhlasí a 11% nesouhlasí s tím, že lidé s mentálním postižením mohou mít pohlavní styk po náležité osvětě a s použitím antikoncepce.



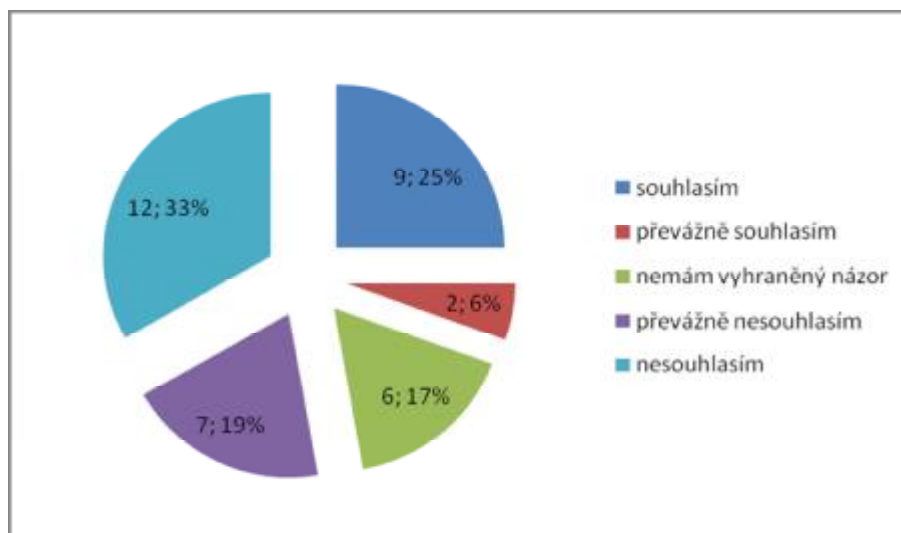
Graf 32. Dospělí lidé s MP jsou dostatečně zralí na to, aby měli pohlavní styk.

Z dotazovaných 22% souhlasí, 25% převážně souhlasí, 22% nemá vyhraněný názor, 17% převážně nesouhlasí a 14% nesouhlasí, že lidé s mentálním postižením jsou dostatečně zralí na to, aby měli pohlavní styk.



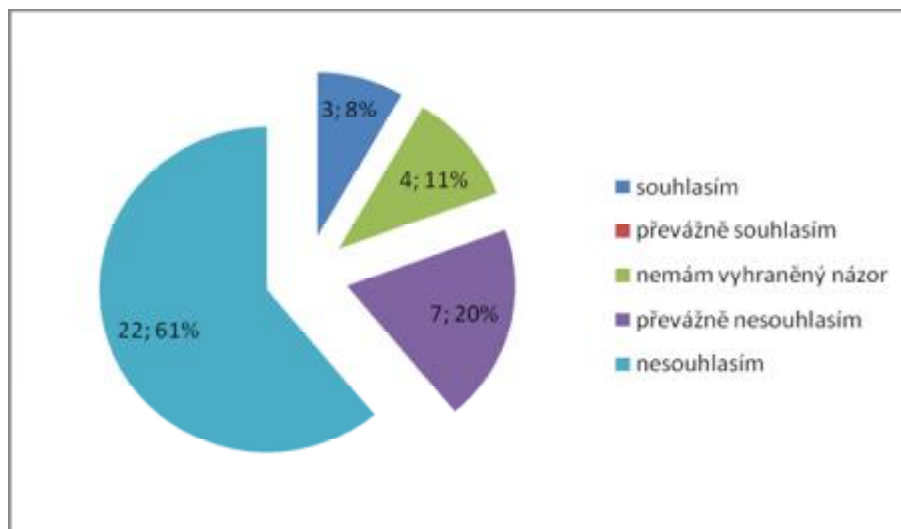
Graf 33. Lidé s MP by měli mít pohlavní styk až po uzavření manželství.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením by měli mít pohlavní styk až po uzavření manželství nesouhlasí 58% respondentů, 14% převážně nesouhlasí, 8% nemá vyhraněný názor, 3% převážně souhlasí a 17% souhlasí. S tímto tvrzením souhlasilo 71% (5) aktivně praktikujících náboženství.



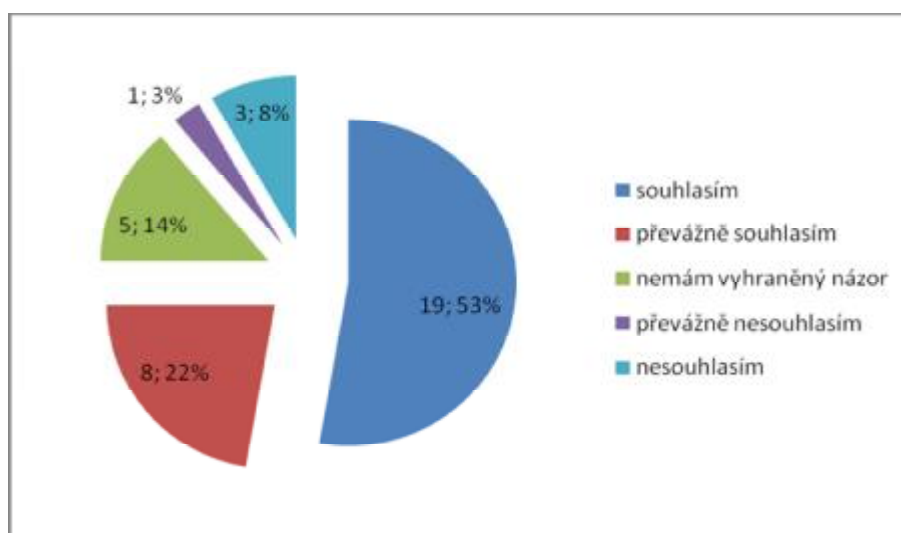
Graf 34. Lidé s MP by měli mít pohlavní styk pouze, pokud mají s partnerem dlouhodobý vztah.

U této otázky 33% respondentů nesouhlasí, 19% převážně nesouhlasí s tím, že by lidé s mentálním postižením měli mít pohlavní styk pouze, pokud mají s partnerem dlouhodobý vztah, 17% nemá vyhraněný názor, 6% převážně nesouhlasí a 25% souhlasí.



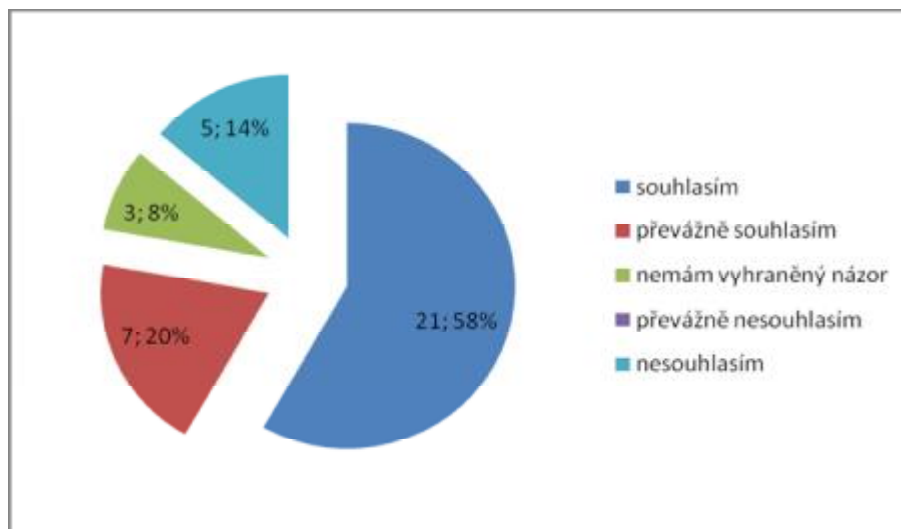
Graf 35. Lidé s MP by neměli mít pohlavní styk.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením by neměli mít pohlavní styk 61% respondentů nesouhlasí, 20% převážně nesouhlasí, 11% nemá vyhraněný názor a 8% souhlasí.



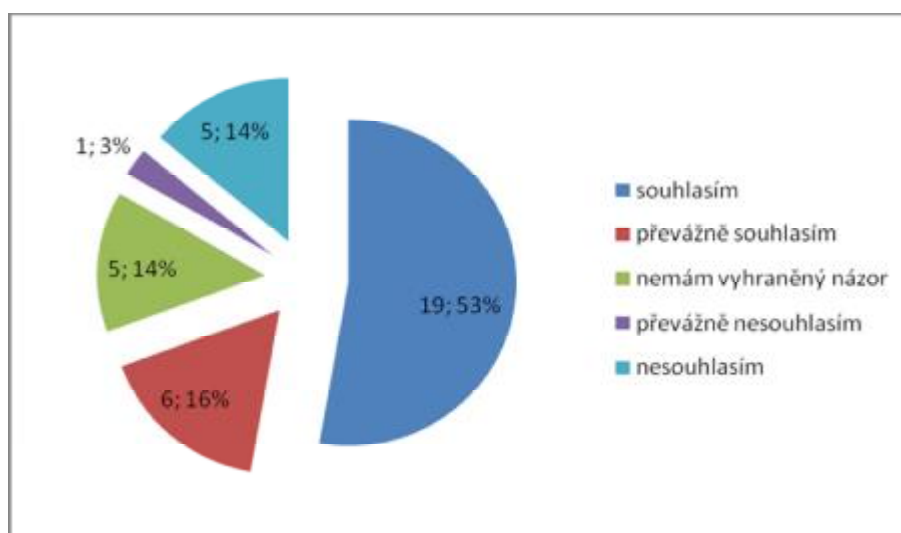
Graf 36. Lidé s MP by měli mít možnost projevit svoji homosexuální orientaci.

Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost projevit svoji homosexuální orientaci, s tímto tvrzením souhlasí 53% respondentů, 22% převážně souhlasí, 14% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 8% nesouhlasí.



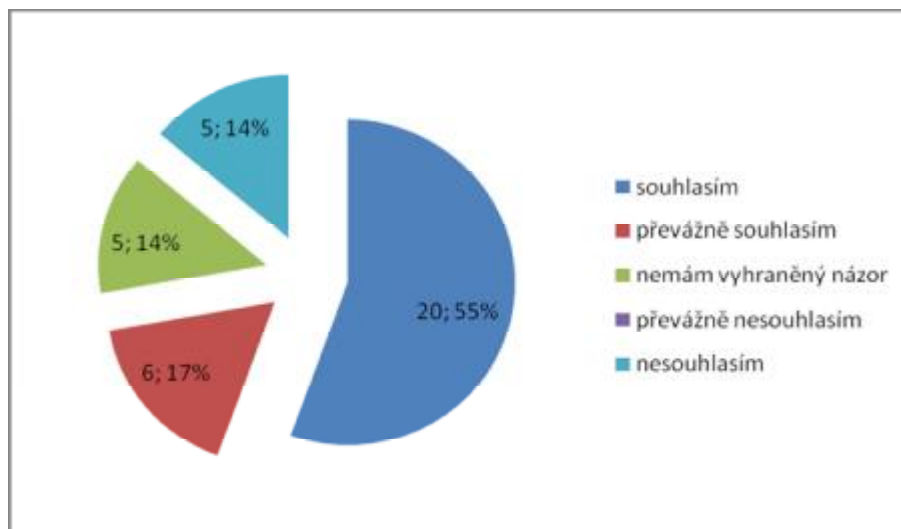
Graf 37. Lidé s MP mohou mít homosexuální vztah.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením mohou mít homosexuální vztah souhlasí 58% respondentů, 20% převážně souhlasí, 8% nemá vyhraněný názor a 14% nesouhlasí.



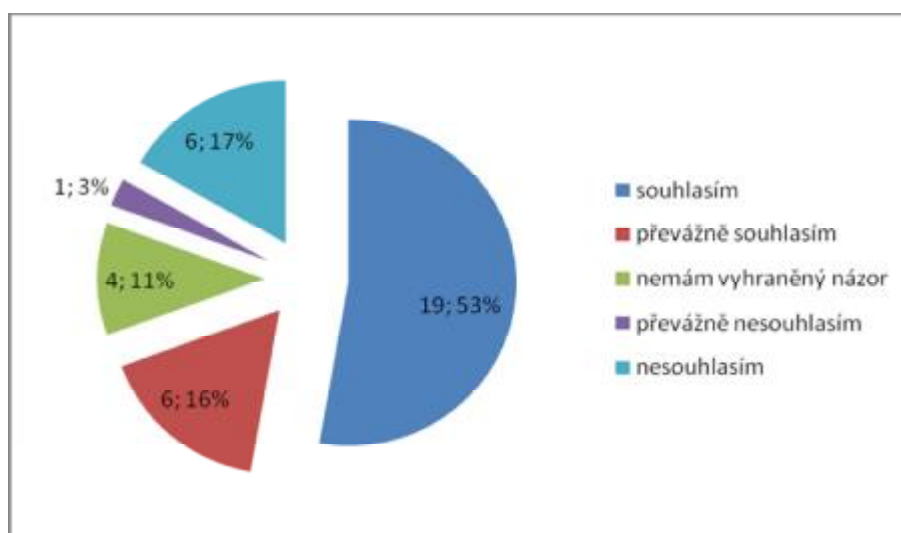
Graf 38. Lidé s MP mohou mít homosexuální styk.

Z dotazovaných 53% souhlasí, 16% převážně souhlasí, 14% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 14% nesouhlasí s tím, že lidé s mentálním postižením mohou mít homosexuální styk. S tímto tvrzením nesouhlasilo 57% (4) aktivně praktikujících náboženství a 14% (1) převážně nesouhlasí.



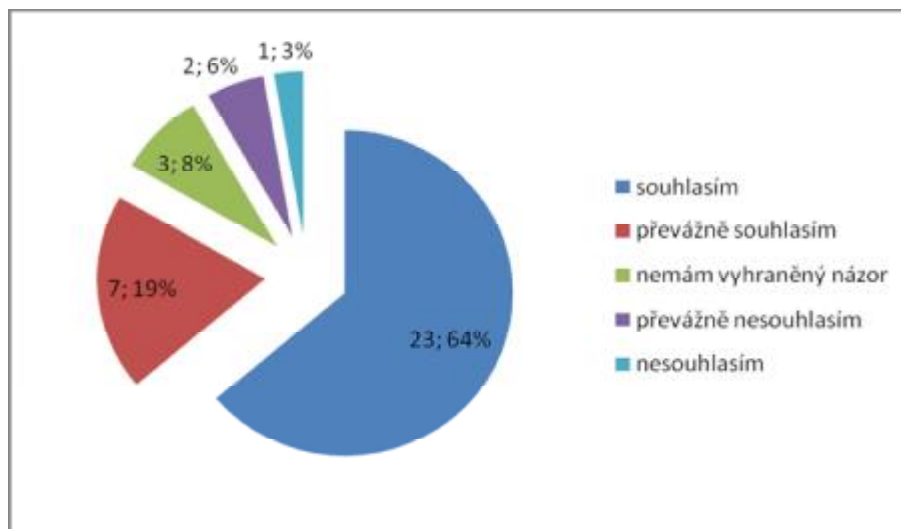
Graf 39. Toleruji homosexuální partnerské vztahy u lidí s MP.

Z respondentů 55% toleruje, 17% převážně toleruje, 14% nemá vyhraněný názor a 14% netoleruje homosexuální partnerské vztahy u lidí s mentálním postižením. S tímto tvrzením nesouhlasilo 57% (4) aktivně praktikující náboženství.



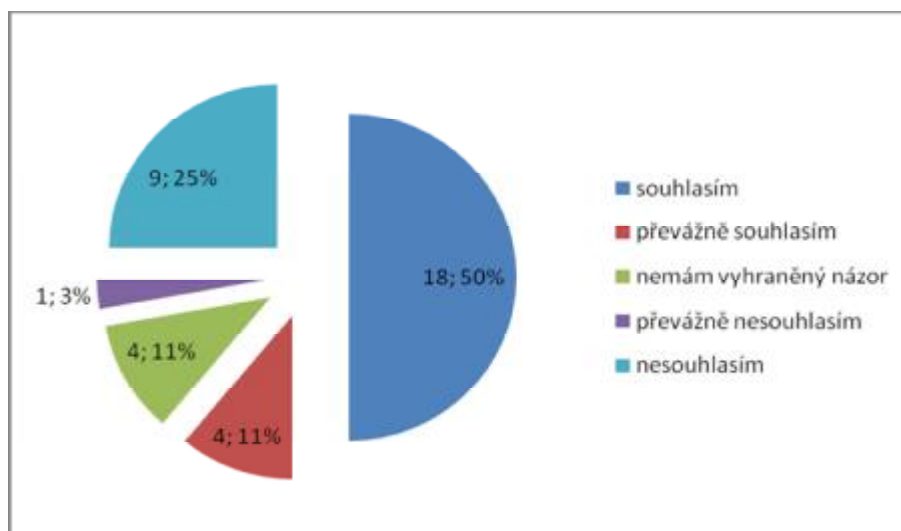
Graf 40. Toleruji homosexuální styk u lidí s MP.

53% dotazovaných toleruje, 16% převážně toleruje, 11% nemá vyhraněný názor, 3% převážně netolerují a 17% netoleruje homosexuální styk u lidí s mentálním postižením. S tímto tvrzením nesouhlasilo 57% (4) aktivně praktikující náboženství a 14% (1) převážně nesouhlasilo.



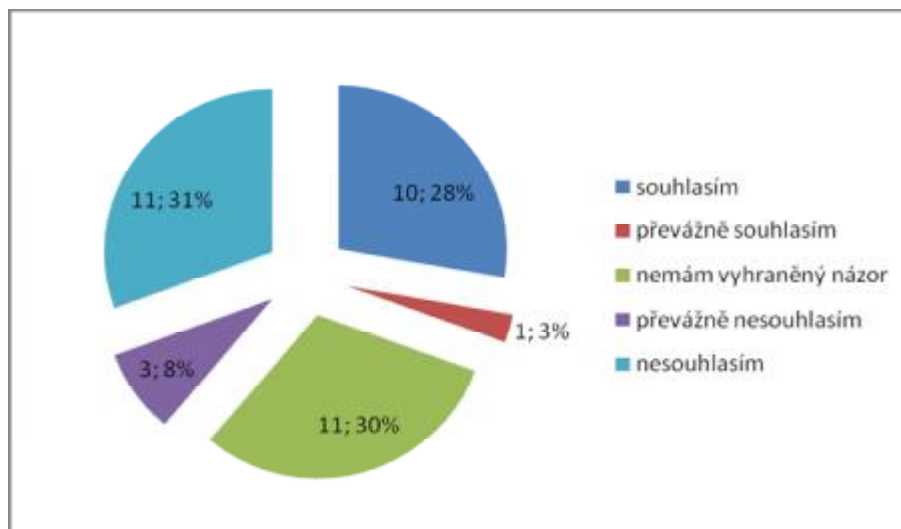
Graf 41. Lidé s MP by měli mít možnost se zasnoubit.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením by měli mít možnost se zasnoubit souhlasí 64% respondentů, 19% převážně souhlasí, 8% nemá vyhraněný názor, 6% převážně nesouhlasí a 3% nesouhlasí.



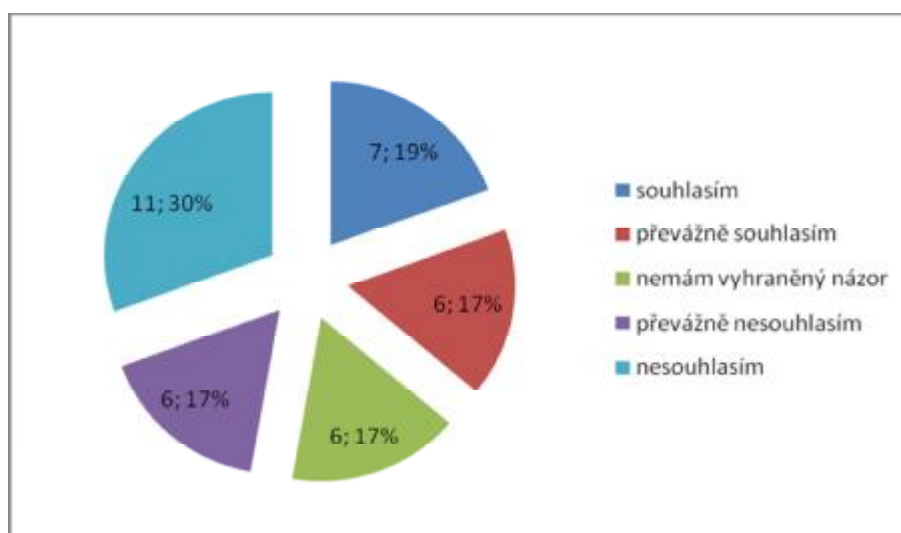
Graf 42. Lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít registrované partnerství.

S tvrzením, že lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno uzavřít registrované partnerství souhlasí 50% respondentů, 11% převážně souhlasí, 11% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 25% nesouhlasí. S tímto tvrzením nesouhlasí 43% (3) aktivně praktikujících náboženství a 14% (1) převážně nesouhlasí.



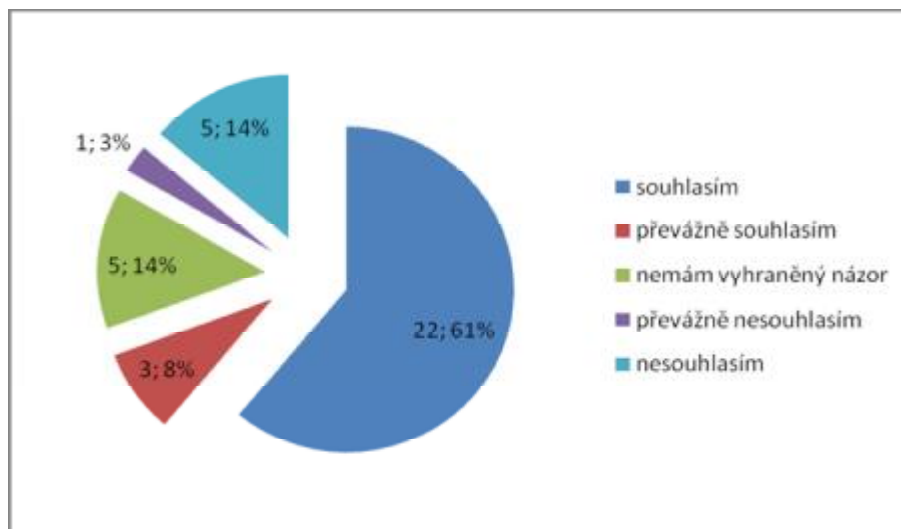
Graf 43. Homosexuálními lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít sňatek.

Tuto otázku bych vypustila z důvodu nesmyslné formulace. V naší legislativě sňatek homosexuálních partnerů není možný, legální je pouze registrované partnerství.



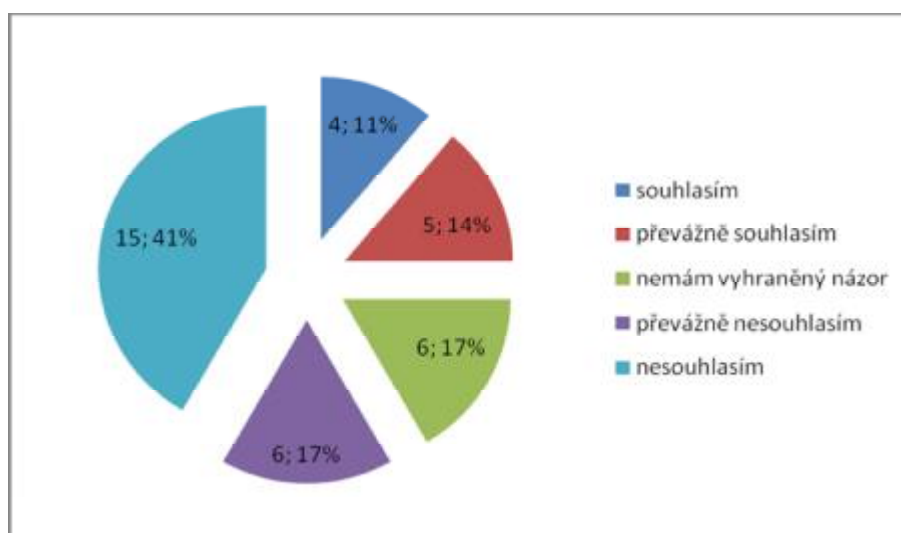
Graf 44. Lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít sňatek i v případě zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům.

S tvrzením, že lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno uzavřít sňatek i v případě zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, 19% souhlasí, 17% převážně souhlasí, 17% nemá vyhraněný názor, 17% převážně nesouhlasí a 30% respondentů nesouhlasí.



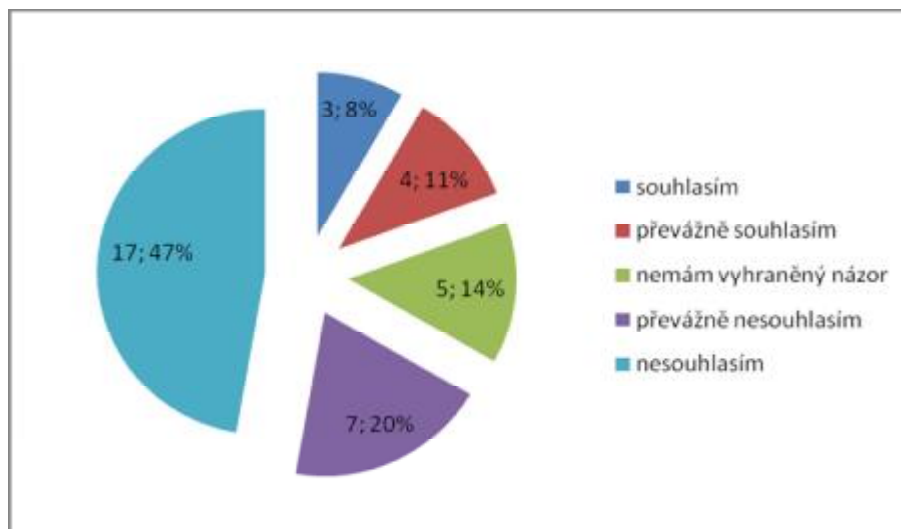
Graf 45. Věřícím lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít církevní sňatek.

S tímto tvrzením souhlasí 61% dotazovaných, 8% převážně souhlasí, 14% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 14% nesouhlasí.



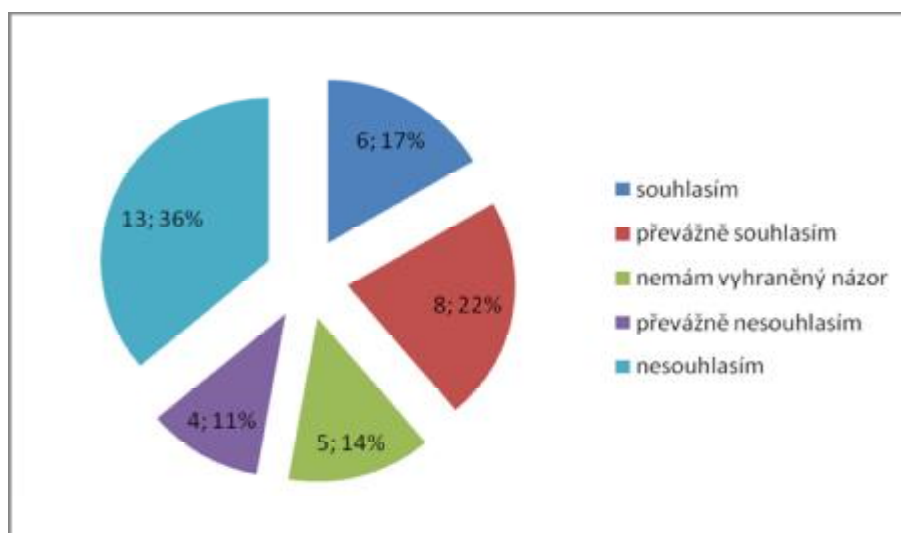
Graf 46. Lidé s MP by měli mít možnost mít děti.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít děti nesouhlasí 41% dotázaných, 17% převážně nesouhlasí, 17% nemá vyhraněný názor, 14% převážně souhlasí a 11% souhlasí.



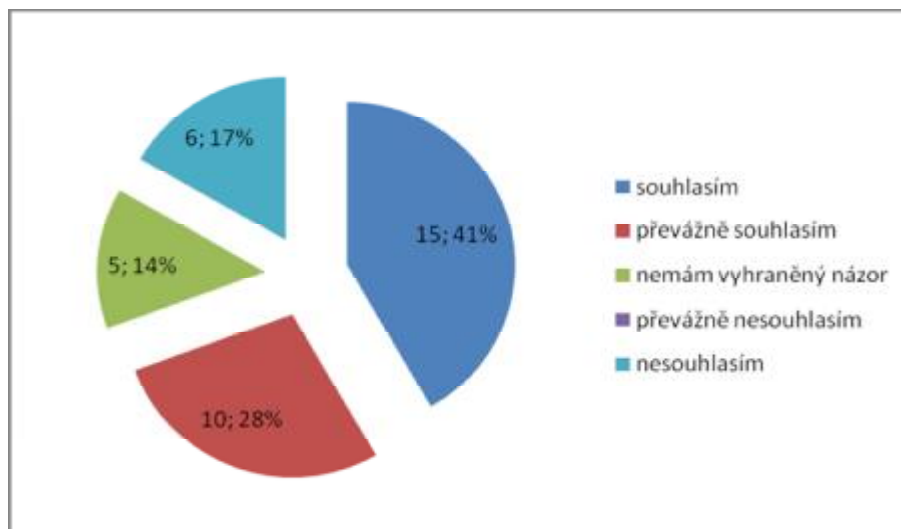
Graf 47. Lidé s MP by měli mít možnost mít děti po uzavření manželství.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít děti až po uzavření manželství nesouhlasí 47% respondentů (což je o 5% více než bez uzavření manželství), převážně nesouhlasí 20%, 14% nemá vyhraněný názor, 11% převážně souhlasí a 8% souhlasí.



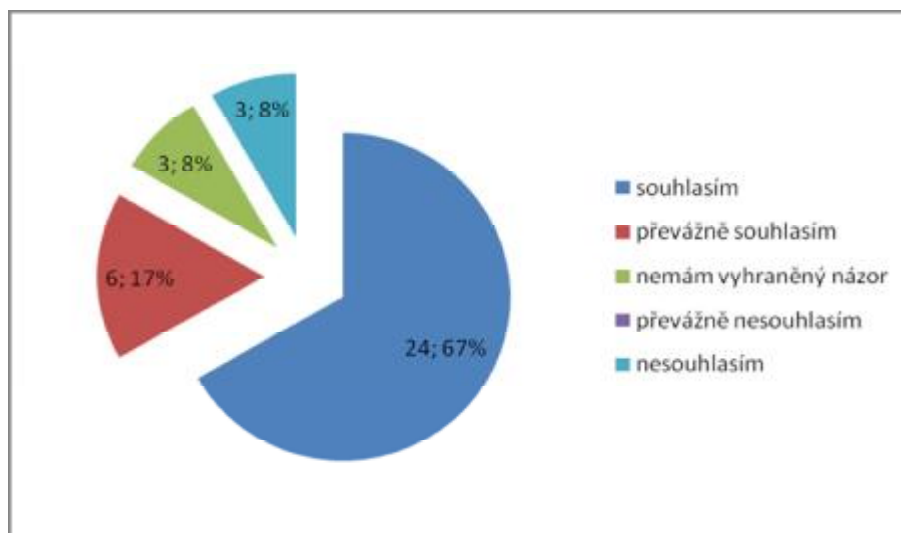
Graf 48. Lidé s MP by měli mít možnost vychovávat svoje děti.

S tvrzením, že lidé s mentálním postižením by měli mít možnost vychovávat svoje děti nesouhlasí 36% respondentů, 11% převážně nesouhlasí, 14% nemá vyhraněný názor, 22% převážně souhlasí a 17% souhlasí.



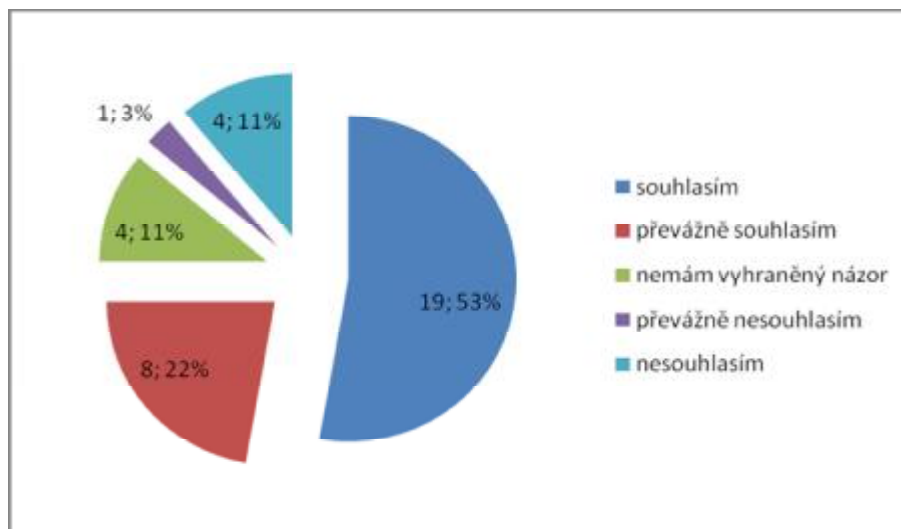
Graf 49. Je vhodné kultivovat sexualitu lidí s MP.

Z respondentů 41% souhlasí s vhodností kultivace sexuality lidí s MP, 28% převážně souhlasí, 14% nemá vyhraněný názor a 17% nesouhlasí.



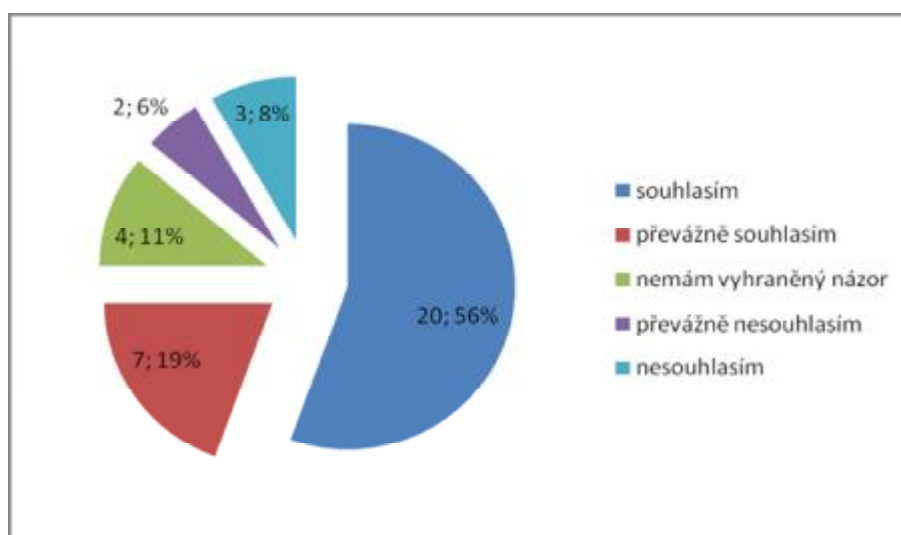
Graf 50. Sexuální výchova je důležitá i u lidí s MP.

Sexuální výchovu jako důležitou u lidí s mentálním postižením považuje 67% respondentů, 17% s tímto tvrzením převážně souhlasí, 8% nemá vyhraněný názor a 8% nesouhlasí.



Graf 51. Sexuální výchova je účinnou formou prevence nevhodného sexuálního chování lidí s MP.

Sexuální výchovu, jako účinnou formu prevence nevhodného sexuálního chování u lidí s mentálním postižením považuje 53% dotázaných, 22% s tímto tvrzením převážně souhlasí, 11% nemá vyhraněný názor, 3% převážně nesouhlasí a 11% nesouhlasí.



Graf 52. Sexuální výchova je účinnou formou prevence sexuálního zneužívání lidí s MP.

Sexuální výchovu, jako účinnou formu prevence sexuálního zneužívání lidí s MP považuje 56% respondentů, 19% převážně souhlasí, 11% nemá vyhraněný názor, 6% převážně nesouhlasí a 8% nesouhlasí s tímto tvrzením.

5.2 Analýza rozhovorů

Zařízení č. 1:

V tomto zařízení jsem prováděla rozhovor s pracovníkem s bakalářským stupněm vzdělání a délkou praxe s lidmi s mentálním postižením 1-2 roky. Zřizovatelem zařízení je církev.

Toto zařízení protokol o sexualitě nemá, ale problematika sexuality je zpracována obecněji v rámci širší problematiky.

Dle rozhovoru se v tomto zařízení partnerské vztahy mezi klienty příliš nevyskytují, vztahy mezi nimi jsou spíše na přátelské úrovni. Toto zařízení bude v brzké době přecházet i na formu chráněného bydlení, proto budou klienti mít v budoucnosti možnost společného bydlení v pokoji. Projevy partnerského vztahu na veřejnosti v tomto zařízení momentálně řešit nemusí, neboť klienti tuto podobu vztahu mezi sebou zatím nemají. Také nevhodné projevy sexuality lidí s mentálním postižením na veřejnosti není potřeba řešit, protože se klienti tímto způsobem neprojevují.

Témata v oblasti sexuality se s klienty řeší pouze individuálně, jako reakce na potřeby klienta, pokud projeví zájem o informace z této oblasti. Pro klienty zde nejsou organizovány pravidelné přednášky.

Co se týče přístupu k sexualitě klientů ve vztahu k postojům církve, která je zřizovatelem daného zařízení, tak se tento vliv žádným způsobem v praxi neprojevuje, záleží na osobním přístupu konkrétního vedoucího pracovníka daného zařízení k této problematice.

Pracovníci tohoto zařízení nenavštěvují pravidelná školení o problematice sexuality lidí s mentálním postižením. Záleží vždy na zájmu a iniciativě konkrétního pracovníka, jaké téma školení si vybere.

Toto zařízení spolupracuje s rodiči svých klientů, ale školení o této problematice pro ně neposkytují.

Zařízení č. 2:

V tomto zařízení jsem hovořila s vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem, který má praxi s lidmi s mentálním postižením 5-10 let. Zřizovatelem tohoto zařízení je církev.

Toto zařízení nemá vypracovaný protokol o sexualitě, ale oblast sexuality klientů je zpracována v dokumentu o ochraně práv klientů a jejich důstojnosti. Přesto by pracovníci

uvítali protokol o sexualitě, který by jim umožnil lépe se orientovat v této oblasti a také by jim poskytl jednoznačná východiska k řešení této problematiky.

Jak bylo uvedeno v rozhovoru, tak partnerské vztahy klientů jsou zde podporovány. Toto zařízení je denní stacionář, proto zde klienti nemají možnost společného bydlení. Projevy partnerského vztahu klientů na veřejnosti jako je držení za ruce, polibky a objímání, jsou tolerovány. V případě nevhodného sexuálního projevování klientů na veřejnosti jsou klienti poučeni o nevhodnosti těchto aktivit na veřejnosti, je jim vysvětleno, že tyto aktivity jsou velice intimní a patří do soukromí.

Problematika sexuality klientů je s nimi probírána individuálně na základě klientových potřeb. Pravidelné přednášky na téma sexuality se pro klienty nekonají, ale zamýšlí se jejich realizace do budoucna.

I přesto, že je toto zařízení církevní, tak se to neprojevuje v praktickém chodu zařízení. Přesto by zařízení ocenilo, kdyby jim jejich zřizovatel poskytl jednoznačné vyjádření k této problematice, které by jim ulehčilo práci s klienty. V praxi záleží více na názorech pracovníků na jednotlivé aspekty lidské sexuality, které se pak projevují v jejich konkrétním přístupu ke klientům a jejich projevům sexuality. Pracovníci se snaží alespoň v rámci kolektivu ujednotit v názorech na oblast sexuality, na základě kterých pak přistupují ke klientům.

V oblasti školení o problematice sexuality lidí s mentálním postižením záleží na výběru pracovníka, zda si zvolí školení s touto tematikou nebo si na základě zájmu vybere jiné téma. Tato školení neprobíhají pravidelně a záleží na výběru pracovníků.

Pracovníci tohoto zařízení spolupracují s rodiči klientů a školení pro rodiče v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením se připravuje.

Zařízení č. 3:

Zde jsem hovořila s vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem s praxí s lidmi s mentálním postižením 5-10 let. Zřizovatelem tohoto zařízení je církev.

V tomto zařízení již vytvořili protokol o sexualitě a je stále ve schvalovacím řízení již několik měsíců. Klienti zatím nejsou s tímto protokolem seznámeni, jelikož ještě nebyl oficiálně schválen.

Na základě sdělení v rozhovoru zařízení podporuje partnerské vztahy svých klientů. Projevy partnerského vztahu a nevhodné projevy sexuality jsou s klienty probírány indivi-

duálně. Klienti zde mají možnost společného bydlení a plánuje se možnost společného bydlení klientů v bytě.

Problematiku sexuality řeší s klienty individuálně podle potřeb klientů. Pravidelné přednášky o sexualitě se pro klienty nepořádají.

I přesto, že je toto zařízení církevní, tak se to neprojevuje v praktickém chodu zařízení.

Výběr tematiky školení pro pracovníky si vybírají pracovníci podle svého zájmu. Tato školení neprobíhají pravidelně. Pracovníci v tomto zařízení absolvovali za poslední dva roky pět až šest kurzů v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením.

Pracovníci v tomto zařízení spolupracují s rodiči klientů, ale míra spolupráce závisí na ochotě rodičů spolupracovat. Pro rodiče toto zařízení nepořádá žádná školení o sexualitě lidí s mentálním postižením.

Zařízení č. 4:

Zde jsem hovořila s pracovníkem se základním vzděláním s délkou praxe s lidmi s mentálním postižením 2-5 let. Zřizovatelem zařízení je církev.

V tomto zařízení nemají protokol o sexualitě, ale tato problematika je zpracována v rámci jiného dokumentu.

Dle rozhovoru v zařízení podporují partnerské vztahy klientů. Případné projevy partnerského vztahu jako vodění se za ruce, polibky a objímání, by byly u klientů akceptovány. U klientů se nevhodné projevy sexuality na veřejnosti neprojevují. Klienti mají případně možnost společného bydlení ve společném pokoji.

V tomto zařízení s klienty o oblasti sexuality nehovoří, protože klienti nevyjadřují potřebu mluvit o této oblasti života a nejsou tedy příliš s touto oblastí seznámeni. Pokud by klienti vyjadřovali potřebu o této oblasti komunikovat, tak by se to řešilo individuální formou. Pro klienty se nepořádají pravidelné přednášky na toto téma.

Na přístup pracovníků k sexualitě lidí s mentálním postižením nemá vliv církev ani náboženství.

Pracovníci v tomto zařízení mají možnost navštěvovat školení, která nejsou pravidelná. Záleží na zájmu pracovníka, jestli si zvolí na školení téma sexuality lidí s mentálním postižením.

V tomto zařízení spolupracují s rodiči klientů, ale rodiče o oblasti sexuality svých potomků příliš nekomunikují.

Zařízení č. 5:

Při návštěvě zařízení jsem prováděla rozhovor s vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem s délkou praxe s lidmi s mentálním postižením 2-5 let. Zřizovatelem zařízení není církev.

Toto zařízení nemá zpracovaný protokol o sexualitě. V této oblasti vycházejí se standardů sociálních služeb.

V tomto zařízení podporují partnerské vztahy klientů. Běžné projevy náklonnosti klientů jsou akceptovány. V případě nevhodného sexuálního chování na veřejnosti jsou klienti odkázáni do soukromí, kde mají možnost uspokojit své potřeby. Zařízení je denní stacionář, proto klienti nemají možnost společného bydlení.

Problematiku sexuality s klienty probírají individuálně podle potřeb klientů. Pro klienty nepořádají hromadné přednášky o oblasti sexuality z důvodu odlišných potřeb klientů a jejich rozdílné mentální úrovně.

Toto zařízení nemá jako svého zřizovatele církev, proto se jich tato otázka netýká.

Školení pro pracovníky v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením probíhají jednorázově a zřídka.

Toto zařízení spolupracuje s rodiči svých klientů, ale neposkytuje jim školení o problematice sexuality.

6 ZÁVĚR VÝZKUMU

6.1 Závěry kvantitativní části výzkumu

Na základě odpovědí 75% dotazovaných pracovníků toleruje, 19% převážně toleruje partnerské vztahy lidí s MP a 75% souhlasí, 22% převážně souhlasí, že by lidé s MP měli mít možnost mít partnerský vztah. Projevy partnerského vztahu a náklonnosti partnerů s MP na veřejnosti (jako je držení se za ruce, líbání apod.) toleruje 64% a převážně toleruje 25% dotazovaných. 67% respondentů souhlasí a 30% převážně souhlasí s možností společného bydlení pro dlouhodobé partnery s MP.

Z dotazovaných pracovníků 69% toleruje a 22% převážně toleruje masturbaci u lidí s mentálním postižením. 75% respondentů souhlasí a 11% převážně souhlasí s možností, aby si lidé s MP mohli své potřeby uspokojovat formou masturbace v soukromí. Masturbaci lidí s MP 61% dotazovaných nepovažuje a 3% převážně nepovažuje za nevhodnou, ale je potřeba klientům vysvětlit nevhodnost této aktivity na veřejnosti, která znepokojuje 64% a převážně znepokojuje 14% pracovníků.

Co se týče oblasti antikoncepce, tak 58% dotazovaných pracovníků souhlasí a 17% převážně souhlasí s právem klientů, aby si zvolili možnost používání antikoncepce. Z dotazovaných 39% souhlasí a 11% převážně souhlasí s tím, že by lidé s mentálním postižením měli používat antikoncepci, aby nemohli mít děti, s čímž naopak nesouhlasí 14% a převážně nesouhlasí 57% lidí aktivně praktikujících své náboženství. 72% dotazovaných nesouhlasí a 17% převážně nesouhlasí, že by se neměla používat žádná forma antikoncepce.

Z dotazovaných pracovníků 56% toleruje a 22% převážně toleruje pohlavní styk u lidí s MP a také 50% souhlasí a 28% převážně souhlasí s tím, že by partneři s mentálním postižením měli mít možnost uskutečňovat pohlavní styk. S tvrzením, že lidé s mentálním postižením mohou mít pohlavní styk po náležité osvětě a s použitím antikoncepce, souhlasí 42% a převážně souhlasí 19% respondentů. 22% dotazovaných si také myslí, že jsou lidé s mentálním postižením dostatečně zralí na to, aby měli pohlavní styk, 25% s tímto tvrzením převážně souhlasí a 22% nemá vyhraněný názor. U této otázky si myslím, že je důležité brát ohled i na stupeň mentálního postižení, který má na tuto zralost vliv, k čemuž bohužel nebyl v dotazníku věnován prostor pro toto rozlišení. 58% respondentů nesouhlasí a

14% převážně nesouhlasí s tím, že by lidé s mentálním postižením měli mít pohlavní styk až po uzavření manželství, s čímž naopak souhlasí 71% lidí, kteří aktivně praktikují pravidla svojí náboženské víry. Z respondentů 33% nesouhlasí, 19% převážně nesouhlasí a 17% nemá vyhraněný názor na to, že by lidé s mentálním postižením měli mít pohlavní styk pouze, pokud mají s partnerem dlouhodobý vztah. S tvrzením, že by tyto lidé neměli mít pohlavní styk, nesouhlasí 61% a převážně nesouhlasí 20% dotazovaných.

Respondenti z 53% souhlasí a 22% převážně souhlasí s tím, že by tyto lidé měli mít možnost projevat svoji homosexuální orientaci a 58% souhlasí a 20% převážně souhlasí, že lidé s MP mohou mít homosexuální vztah. Avšak s homosexuálním stykem u lidí s MP z 53% souhlasí a 16% převážně souhlasí ta část respondentů, kteří se aktivně nepodílejí na svém náboženství, s tímto nesouhlasí 57% a převážně nesouhlasí 14% respondentů aktivně praktikujících náboženství. Z respondentů 55% toleruje a 17% převážně toleruje homosexuální partnerské vztahy a 53% toleruje a 16% převážně toleruje styk u lidí s mentálním postižením. Z respondentů aktivně praktikujících své náboženství 57% netoleruje homosexuální partnerské vztahy u lidí s MP a 57% netoleruje a 14% převážně netoleruje homosexuální styk u lidí s MP.

S tvrzením, že lidé s MP by měli mít možnost se zasnoubit, souhlasí 64% a převážně souhlasí 19% respondentů. S možností uzavření registrovaného partnerství pro lidi s MP souhlasí 50% a převážně souhlasí 11% dotazovaných. S tvrzením, že lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít sňatek i v případě zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, nesouhlasí 30%, převážně nesouhlasí 17% a nemá vyhraněný názor 17% respondentů. S tvrzením, že by věřícím lidem s MP mělo být umožněno uzavřít církevní sňatek, souhlasí 61% a převážně souhlasí 8% dotazovaných.

Z dotazovaných respondentů 41% nesouhlasí a 17% převážně nesouhlasí, že by lidé s mentálním postižením měli možnost mít děti, a 47% respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 20% převážně nesouhlasí i v případě, že by měli děti až po uzavření manželství. 36% pracovníků nesouhlasí a 11% převážně nesouhlasí, že by lidé s mentálním postižením měli mít možnost vychovávat své děti.

Co se týče tvrzení o vhodnosti kultivování sexuality u lidí s MP, tak s tím souhlasí 41% a převážně souhlasí 28% respondentů. S důležitostí sexuální výchovy u lidí s MP souhlasí 67% a převážně souhlasí 17% dotazovaných. Se sexuální výchovou jako účinnou

formu prevence nevhodného sexuálního chování považuje 53% a převážně považuje 22% dotazovaných. Sexuální výchovu jako účinnou formu prevence sexuálního zneužívání považuje 56% a převážně považuje 19% respondentů.

6.2 Závěry kvalitativní části výzkumu

Pouze v jednom ze zkoumaných zařízení mají vypracovaný protokol o sexualitě, který je zatím stále ve schvalovacím řízení. V dalším zařízení protokol o sexualitě vypracovali, ale zřizovatel jej zamítl. Ve třech zařízeních mají oblast sexuality svých klientů zpracovánu v rámci jiného dokumentu a vycházejí ze standardů kvality o sociálních službách.

Ve čtyřech z pěti zařízení jsou partnerské vztahy klientů podporovány a jsou akceptovány běžné projevy náklonnosti, jako je držení za ruce, polibky a objímání. V jednom zařízení převládají vztahy klientů, které jsou více na přátelské úrovni než na úrovni partnerské.

Pokud je zařízení zřízené jako podporované bydlení, tak mají klienti možnost společného bydlení v pokoji nebo bytě, záleží na možnostech daného zařízení.

Ve dvou zařízeních se u klientů nehodné projevy sexuality neprojevují. V zařízeních, kde k tomuto nevhodnému chování klientů dochází, tak je jim formou individuálního rozhovoru vysvětlena nevhodnost tohoto chování na veřejnosti, a že tyto aktivity patří výhradně do soukromí, kde tyto potřeby může klient uspokojit.

Ve čtyřech zařízeních je problematika sexuality s klienty rozebírána individuální formou a řeší se podle potřeby i v individuálním plánu klienta. V jednom zařízení s klienty o oblasti sexuality nehovoří, protože klienti nevyjadřují potřebu o této oblasti mluvit. Pokud by klienti projevovali zájem dozvědět se informace o oblasti sexuality, tak by to řešili individuálním rozhovorem. V jednom zařízení zamýšlejí skupinovou přednášku do budoucnosti.

I přesto, že jsou čtyři zařízení zřízena církví, tak se to prakticky v přístupu k sexualitě klientů neprojevuje. Ale bylo by vhodné, kdyby zřizovatel zařízením poskytl jednoznačná stanoviska k této oblasti, podle kterých by se mohli pracovníci řídit v praxi.

Školení a vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením si pracovníci ve všech zkoumaných zařízeních vybírají individuálně podle svých zájmů a školení jsou převážně nepravidelná.

Ve všech zkoumaných zařízeních spolupracují pracovníci s rodiči klientů. Míru spolupráce ovlivňuje zájem ze strany rodičů a ochota komunikovat o oblasti sexuality svých potomků. Pouze v jednom zařízení připravují školení pro rodiče o oblasti sexuality lidí s mentálním postižením.

6.3 Diskuze k výzkumu

Myslím si, že pracovníci ve zkoumaných zařízeních jsou dostatečně tolerantní k lidem s mentálním postižením a snaží se jim vyjít vstříc, pokud to je možné. Což se promítá i do jejich přístupu ke klientům. Podle mého názoru je přístup pracovníků ke klientům ovlivněn náboženstvím pouze částečně, kdy se jim snaží přiblížit svůj náboženský pohled na svět a život. Většinou spíše převládá u pracovníků liberální postoj k sexualitě, což je klientům častěji předáváno, avšak je potřeba k tomu přidat náležité poučení. Přesto konkrétní chování klienta záleží na jeho úsudku, nemusí být sice vždy správný, ale i s tím se lze setkat i u běžné populace, proto si myslím, že je důležité jejich rozhodnutí respektovat. Není totiž možné považovat v této oblasti lidi s mentálním postižením za „přerostlé či velké děti“, jsou to opravdu dospělé osoby, i když mají své specifické rysy. Na druhou stranu je potřeba věnovat velkou pozornost osvětě a předávání informací pro tyto lidi pochopitelnou formou, abychom jim poskytli určitou míru ochrany před zneužíváním, se kterým se mohou setkat jak v okruhu svých blízkých, tak i mezi cizími lidmi. Osvětou a poskytováním informací jim také rozšíříme možnosti, jak naplnit a zpříjemnit si život, který je i tak plný mnoha omezení a úskalí. Toto převážně záleží na nás, do jaké míry jsme schopni se otevřít, případně překročit naše omezení, či různě vhodné názory, a jak jsme ochotni pomoci druhým ke šťastnějšímu životu.

ZÁVĚR

V teoretické části práce jsem se zabývala tématy mentální retardace, její definicí a dělením, také přístupy k lidem s mentální retardací, specifiky osobnosti člověka s mentální retardací a vývojovými fázemi od pubescence po mladou dospělost. Dále jsem se věnovala filozofickým východiskům, právním aspektům sexuality lidí s mentálním postižením, souhlasem se sexuálním vyjádřením, projevy sexuality, partnerství, masturbace u lidí s mentálním postižením. V poslední kapitole teoretické části jsem se zabývala přístupem pracovníků k sexualitě lidí s mentálním postižením v koedukovaných zařízeních, protokolem o sexualitě a sexualitou z pohledu náboženství a víry. Na základě těchto informací by měl být čtenář uveden do problematiky sexuality lidí s mentálním postižením a má možnost porovnat teoretické informace s výsledky výzkumu, které vycházejí z praxe pěti zkoumaných zařízení.

Cílem výzkumu bylo popsat přístup pracovníků v koedukovaných zařízeních k sexualitě lidí s mentálním postižením. Pro získání dat jsem použila smíšený druh výzkumu. Kde v části kvantitativní jsem získala informace o názorech a postojích pracovníků v koedukovaných zařízeních k jednotlivým oblastem sexuality lidí s mentálním postižením. V kvalitativní části práce jsem získané informace dále prohloubila.

Jsem ráda, že jsem si pro svoji bakalářskou práci vybrala právě toto téma. Bylo to pro mne obohacující a rozšířila jsem si své obzory jak v problematice lidí s mentálním postižením, tak i v chápání lidské sexuality jako takové. Obzvláště mě zaujala část zkoumání literatury na téma náboženství a sexuality, kde jsem se dozvěděla spoustu zajímavých informací.

Během zpracovávání bakalářské práce jsem měla možnost se setkat se zajímavými lidmi, kteří mě inspirovali svými názory a vedli mě tímto k dalšímu zamyšlení. Doufám, že moje práce pomůže alespoň malým dílem jak Centru Oáza v Zábřehu, tak i zkoumaným zařízením a bude pro ně nějakým způsobem užitečná.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR [online]. [cit. 2009-12-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.socialniprocnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>>.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. Vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KOVÁŘ, P. Sexuální výchova, antikoncepce, asistovaná reprodukce a pohled katolické církve. In *Sborník z kongresu*. Pardubice : Společnost pro plánování rodiny, 2006 [online]. [cit. 2009-12-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2007011602>>.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KOZÁKOVÁ, Z. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In *Sexualita mentálně postižených : Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. Vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- LECHNÝŘ, V. Dobromysl.cz [online]. 2002 [cit. 2010-04-04]. Bydlení pro lidi s MP. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37>>.
- LÉONARD, A. *Ježíš a tvoje tělo, sexuální morálka pro mladé*. Praha : Paulínky, 1999. ISBN 80-86025-18-7.
- MANDZÁKOVÁ, S. Prejavy sexuality klientů a těžším mentálním postižením v domovech sociálních služeb na Slovesnku. In *Sexualita mentálně postižených : Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno : Paido, 2005. ISBN 80-210-3802-0.

MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MELLAN, J. Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených : Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOBEK, J. a kol. *Práva lidí s mentálním postižením, Příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. 1. Vyd. Praha : Portus Praha o. s., 2007. ISBN 978-80-239-9399-8.

ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. In *Sexualita mentálně postižených : Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením - aktuální stav, potřeba, požadavky. In *Sborník z kongresu*. Pardubice : Společnost pro plánování rodiny, 2006 [online]. [cit. 2009-12-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2007021201>>.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. Vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVEC, V., HRBÁČKOVÁ, K. *Průvodce metodologií pedagogického výzkumu*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Academia centrum, 2007. ISBN 978-80-7318-547-3.

UZEL, R. Antikoncepce u mentálně postižených. In *Sexualita mentálně postižených : Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha : Centrum denních služeb o. s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. Vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. Vyd. Praha : Parta, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VRUBOVÁ, Y. *Sexualita, přirozená potřeba : Malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno : Akademické nakladatelství Cerm, s. r. o., 2005. ISBN 80-7204-406-0.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2009-12-06]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MP Mentální postižení.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů.....	34
Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	35
Graf 3. Příslušnost pracovníků k církvi.....	35
Graf 4. Aktivní praktikování nebo neproaktikování náboženství.....	36
Graf 5. Zastoupení aktivně praktikujících náboženství.....	36
Graf 6. Zastoupení neproaktikujících náboženství.....	37
Graf 7. Snaha o dodržování pravidel typických pro náboženství repondenta.....	37
Graf 8. Délka praxe s lidmi s MP.....	38
Graf 9. Účast na kurzech/seminářích o problematice sexuality lidí s MP.....	38
Graf 10. Zda se liší přístup pracovníků k sexualitě lidí s lehkým a středně těžkým MP a k lidem s těžkým, hlubokým, jiným a nespecifickým MP.....	39
Graf 11. Toleruji masturbaci.....	40
Graf 12. Toleruji soužití nesezdaného páru.....	40
Graf 13. Toleruji používání antikoncepce.....	41
Graf 14. Neměla by se používat žádná forma antikoncepce.....	41
Graf 15. Toleruji předmanželský pohlavní styk.....	42
Graf 16. Toleruji rodičovství u nesezdaného páru.....	42
Graf 17. Toleruji sexuální výchovu a osvětu.....	43
Graf 18. Považuji člověka s MP za plnohodnotného věřícího.....	43
Graf 19. Toleruji partnerské vztahy u lidí s MP.....	45
Graf 20. Toleruji, že si partneři s MP projevují náklonnost na veřejnosti (př. držení se za ruce, líbání).....	45
Graf 21. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít partnerský vztah.....	46
Graf 22. Dlouhodobí partneři s mentálním postižením by měli mít možnost společně bydlet.....	46

Graf 23. Toleruji masturbaci u lidí s MP.....	47
Graf 24. Lidé s MP by měli mít možnost v soukromí uspokojovat své sexuální potřeby masturbací.....	47
Graf 25. Z mého pohledu je masturbace lidí s MP nevhodná.....	48
Graf 26. Znepokojuje mne masturbace lidí s MP na veřejnosti.....	48
Graf 27. Lidé s MP mají právo zvolit si používání antikoncepce.....	49
Graf 28. Lidé s MP by měli používat antikoncepci, aby nemohli mít děti.....	49
Graf 29. Toleruji pohlavní styk u lidí s MP.....	50
Graf 30. Partneři s MP by měli mít možnost uskutečňovat pohlavní styk.....	50
Graf 31. Lidé s MP mohou mít pohlavní styk po náležité osvětě a s použitím antikoncepce.....	51
Graf 32. Dospělí lidé s MP jsou dostatečně zralí na to, aby měli pohlavní styk.....	51
Graf 33. Lidé s MP by měli mít pohlavní styk až po uzavření manželství.....	52
Graf 34. Lidé s MP by měli mít pohlavní styk pouze, pokud mají s partnerem dlouhodobý vztah.....	52
Graf 35. Lidé s MP by neměli mít pohlavní styk.....	53
Graf 36. Lidé s MP by měli mít možnost projevat svoji homosexuální orientaci.....	53
Graf 37. Lidé s MP mohou mít homosexuální vztah.....	54
Graf 38. Lidé s MP mohou mít homosexuální styk.....	54
Graf 39. Toleruji homosexuální partnerské vztahy u lidí s MP.....	55
Graf 40. Toleruji homosexuální styk u lidí s MP.....	55
Graf 41. Lidé s MP by měli mít možnost se zasnoubit.....	56
Graf 42. Lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít registrované partnerství.....	56
Graf 43. Homosexuálním lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít sňatek.....	57
Graf 44. Lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít sňatek i v případě zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům.....	57

Graf 45. Věřícím lidem s MP by mělo být umožněno uzavřít církevní sňatek.....	58
Graf 46. Lidé s MP by měli mít možnost mít děti.....	58
Graf 47. Lidé s MP by měli mít možnost mít děti po uzavření manželství.....	59
Graf 48. Lidé s MP by měli mít možnost vychovávat svoje děti.....	59
Graf 49. Je vhodné kultivovat sexualitu lidí s MP.....	60
Graf 50. Sexuální výchova je důležitá i u lidí s MP.....	60
Graf 51. Sexuální výchova je účinnou formou prevence nevhodného sexuálního chování lidí s MP.....	61
Graf 52. Sexuální výchova je účinnou formou prevence sexuálního zneužívání lidí s MP.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

1. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru
2. Dotazník pro pracovníky koedukovaných zaříze

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) VŠ
 - b) VOŠ
 - c) SŠ
 - d) Jiné – jaké?

2. Délka praxe s lidmi s mentálním postižením?
 - a) Méně než rok
 - b) 1-2 roky
 - c) 2-5 let
 - d) 5-10 let
 - e) 10-20 let
 - f) Více – kolik?

3. Vaše zařízení je:
 - a) Katolické
 - b) Evangelické
 - c) Necírkevní
 - d) Z jiné církve – jaké?

4. Máte ve vašem zařízení protokol o sexualitě:
 - a) Ano
 - b) Ne

5. Jsou klienti seznámeni s tímto protokolem?
 - a) Ano
 - b) Ne

6. Podporujete ve vašem zařízení partnerské vztahy klientů?
 - a) Ano
 - b) Ne

7. Mají klienti možnost společného bydlení, pokud jsou v dlouhodobém vztahu?
 - a) Ano – pokud ano, tak jakou formou spolu žijí?
 - A. Společný pokoj
 - B. Společný byt
 - C. Jiné -
 - b) Ne

8. Jakým způsobem s klienty probíráte téma antikoncepce, partnerství, sex, masturbaci, rodičovství....?

9. Pořádáte pravidelné přednášky pro klienty na toto téma?

10. Jak řešíte projevy partnerského vztahu na veřejnosti, co všechno je klientům dovoleno? Jak řešíte např. masturbaci klientů na veřejnosti,...
11. Pokud je vaše zařízení církevní, jak se stavíte k problematice masturbace, antikoncepce, pohlavnímu styku, homosexualitě klientů – zohledňujete přístup daného náboženství k této problematice? Jak to probíhá v praxi?
12. Poskytujete pro vaše pracovníky pravidelná školení o problematice sexuality mentálně postižených?
13. Jak často probíhají školení?
14. Spolupracujete i s rodiči klientů?
15. Poskytujete školení o této problematice i rodičům klientů?

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY KOEDUKOVANÝCH ZAŘÍZENÍ

Vážení sociální pracovníci, ráda bych Vás oslovila s dotazníkem o sexualitě lidí s mentálním postižením. Tento dotazník slouží pro výzkum k bakalářské práci, je anonymní a jeho obsah a výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce.

Vybírejte vždy jen jednu odpověď. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte.

1. Věk:
2. Pohlaví:
 - a. Muž
 - b. Žena
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. VŠ
 - b. VOŠ
 - c. SŠ
 - d. Jiné – jaké?
4. Příslušnost k církvi:
 - a. Bez vyznání
 - b. Katolická
 - c. Evangelická
 - d. Jiná – jaká?
5. Praktikujete aktivně náboženství?
 - a. Ano
 - b. Ne
6. Snažíte se dodržovat pravidla typická pro vaše náboženství?
 - a. Ano
 - b. Ne
7. Délka praxe s lidmi s mentálním postižením?
 - a. Méně než rok
 - b. 1-2 roky
 - c. 2-5 let
 - d. 5-10 let
 - e. 10-20 let
 - f. Více – kolik?
8. Účastníte se průběžně kurzů/seminářů o problematice sexuality lidí s mentálním postižením?
 - a. Ano
 - b. Ne

Vámi zvolenou odpověď označte křížkem:

Trvzení					
	1 - souhlasím	2 - převážně souhlasím	3 - nemám vyhraněný názor	4 - převážně nesouhlasím	5 - nesouhlasím
1. Toleruji masturbaci.					
2. Toleruji soužití u nesezdaného páru.					
3. Toleruji používání antikoncepce.					
4. Toleruji předmanželský pohlavní styk.					
5. Toleruji rodičovství u nesezdaného páru.					
6. Toleruji sexuální výchovu a osvětu					
7. Považuji člověka s mentálním postižením za plnohodnotného věřícího.					
8. Toleruji partnerské vztahy u lidí s mentálním postižením.					
9. Toleruji, že si partneři s mentálním postižením projevují náklonnost na veřejnosti (př. držení se za ruce, líbání).					
10. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít partnerský vztah.					
11. Dlouhodobí partneři s mentálním postižením by měli mít možnost společně bydlet.					
12. Toleruji masturbaci u lidí s mentálním postižením.					
13. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost v soukromí uspokojovat své sexuální potřeby masturbací.					
14. Z mého pohledu je masturbace lidí s mentálním postižením nevhodná.					
15. Znepokojuje mne masturbace mentálně postižených na veřejnosti.					
16. Lidé s mentálním postižením mají právo zvolit si používání antikoncepce.					

17. Lidé s mentálním postižením by měli používat antikoncepci, aby nemohli mít děti.					
18. Neměla by se používat žádná forma antikoncepce.					
19. Toleruji pohlavní styk u lidí s mentálním postižením.					
20. Partneři s mentálním postižením by měli mít možnost uskutečňovat pohlavní styk.					
21. Lidé s mentálním postižením mohou mít pohlavní styk po náležité osvětě a s použitím antikoncepce.					
22. Dospělí lidé s mentálním postižením jsou dostatečně zralí na to, aby měli pohlavní styk.					
23. Lidé s mentálním postižením by měli mít pohlavní styk až po uzavření manželství.					
24. Lidé s mentálním postižením by měli mít pohlavní styk pouze, pokud mají s partnerem dlouhodobý vztah.					
25. Lidé s mentálním postižením by neměli mít pohlavní styk.					
26. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost projevat svoji homosexuální orientaci.					
27. Lidé s mentálním postižením mohou mít homosexuální vztah.					
28. Lidé s mentálním postižením mohou mít homosexuální styk.					
29. Toleruji homosexuální partnerské vztahy u lidí s mentálním postižením.					
30. Toleruji homosexuální styk u lidí s mentálním postižením.					
31. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost se zasnoubit.					
32. Lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno uzavřít registrované partnerství.					
33. Homosexuálním lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno uzavřít sňatek.					
34. Lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno uzavřít sňatek i v případě zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům.					
35. Věřícím lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno uzavřít církevní sňatek.					

	Trvzení				
	1 - souhlasím	2 - převážně souhlasím	3 - nemám vyhraněný názor	4 - převážně nesouhlasím	5 - nesouhlasím
36. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít děti.					
37. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost mít děti po uzavření manželství.					
38. Lidé s mentálním postižením by měli mít možnost vychovávat svoje děti.					
39. Je vhodné kultivovat sexualitu lidí s mentálním postižením.					
40. Sexuální výchova je důležitá i u lidí s mentálním postižením.					
41. Sexuální výchova je účinnou formou prevence nevhodného sexuálního chování lidí s mentálním postižením.					
42. Sexuální výchova je účinnou formou prevence sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením.					

Děkuji za ochotu a vyplnění dotazníku!

Monika Tělupilová