

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Sexuální výchova a osvěta jedinců s mentální retardací

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Ivan Nedoma

Vypracovala:
Jana Kopřivová, DiS.

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sexuální výchova a osvěta jedinců s mentální retardací“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 15. 3. 2011

.....
Jana Kopřivová

Poděkování

Děkuji PhDr. Ivanu Nedomovi za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval.

Mé poděkování patří také všem zaměstnancům Effety, za jejich ochotu a vstřícnost. Též děkuji rodičům mentálně postižených klientů, za poskytnutí souhlasu s rozhovorem s jejich synem či dcerou. V neposlední řadě také respondentům samotným, za jejich spolupráci a otevřenost, bez které by tato práce nemohla vzniknout.

Dále děkuji celé rodině, která mi vytvářela oporu po celou dobu studia.

Obsah

ÚVOD.....	3
1 Podstata mentální retardace a psychologická charakteristika jedinců s mentálním postižením	5
1.1 Definice mentální retardace různých autorů	5
1.2 Klasifikace inteligence a mentální retardace	7
1.2.1 Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F 70).....	8
1.2.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49 (F 71)	9
1.2.3 Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F 72).....	10
1.2.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F 73).....	10
1.2.5 Jiná mentální retardace (F 78).....	10
1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F 79).....	11
1.3 Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací.....	11
1.4 Etiologie mentální retardace	12
1.5 Diagnostika jedinců s mentální retardací.....	14
2 Sexualita lidí s mentálním postižením	16
2.1 Specifika sexuality jedinců s mentální retardací.....	16
2.2 Fungování lidského těla a vztah k vlastnímu tělu	18
2.3 Sociosexuální vztahy osob s mentálním postižením	19
2.4 Formy sexuality mentálně postižených osob	21
2.5 Antikoncepce a pohlavně přenosné nemoci.....	23
2.6 Problematika těhotenství a rodičovství.....	24
3 Sexuální zneužívání jedinců s mentální retardací.....	26
3.1 Riziko sexuálního zneužívání u klientů s mentálním postižením	26
3.2 Formy sexuálního zneužívání	28
3.3 Projevy a důsledky sexuálního zneužívání	29
3.4 Prevence proti sexuálnímu zneužívání	30
4 Sexuální výchova jedinců s mentálním postižením.....	32
4.1 Sexuální výchova mentálně postižených, její funkce, témata, specifikace a cílové skupiny.....	32
4.2 Způsoby sexuální výchovy dle stupně mentální retardace	35
4.3 Protokol sexuality a problematika „informovaného souhlasu“.....	36

4.4	Práva jedinců s mentální retardací.....	37
5	Realizace výzkumu	39
5.1	Metodologie, cíle, výzkumné otázky.....	39
5.2	Charakteristika zkoumaného souboru a popis zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn.....	41
5.3	Struktura rozhovorů s jednotlivými klienty	44
5.3.1	Klient č. 1 – muž 29 let, středně těžká mentální retardace	44
5.3.2	Klient č. 2 – muž 32 let, středně těžká mentální retardace	47
5.3.3	Klient č. 3 – žena 38 let, středně těžká mentální retardace.....	49
5.3.4	Klient č. 4 – muž 39 let, těžká mentální retardace	50
5.3.5	Klient č. 5 – žena 28 let, těžká retardace	52
5.3.6	Klient č. 6 – muž 28 let, těžká retardace.....	53
5.3.7	Klient č. 7 – muž 31 let, těžká retardace.....	55
6	Analýza a vyhodnocení výsledků	57
6.1	Polostrukturované rozhovory	57
6.1.1	Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 1 - Jaké mají klienti znalosti v oblasti sexuality a jak těmto znalostem rozumí?	57
6.1.2	Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 2 - Mají klienti s MR zájem o sexuální, partnerský či rodinný život?	59
6.1.3	Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 3 - Setkali se klienti někdy se sexuálním obtěžováním?	62
6.1.4	Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 4 -Z jakých zdrojů získávají klienti informace o sexualitě?	63
6.2	Přímé pozorování	64
	ZÁVĚR	66
	RESUMÉ	69
	ANOTACE.....	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

V dřívější době byla většina jedinců s mentálním postižením umístována do ústavů sociální péče, se zdravými lidmi se dostávali do styku jen zřídka. Mělo to vypadat, že ve společnosti téměř neexistují. Proto o této minoritě intaktní populace věděla velmi málo a když s nimi přišla do styku, nevěděla, jak se k nim správně chovat.

Pokud jde o sexualitu, převládal ve společnosti názor, že osoby s mentální retardací nejsou schopny citových a tělesných prožitků, že intimní vztahy nepotřebují navazovat. Mělo se za to, že mentálně postižení mají být vzděláváni dle možnosti jejich zdravotního stavu a intelektových schopností hlavně v praktických dovednostech a sebeobsluze, o jejich citový život se nikdo nestaral. Souviselo to se skutečností, že dříve byly informace, týkající se sexuality tabu, ani ostatní mladí lidé neměli v této oblasti dostatečné znalosti. To se později negativně odráželo v jejich osobním životě.

Teprve v nedávné době, kdy se společnost začala zabývat i soukromým životem mentálně postižených jedinců, bylo specialisty prokázáno, že tyto osoby jsou schopny citových i tělesných prožitků a mají proto nárok na to, aby byly vzdělávány i v oblasti sexuální výchovy jako ostatní populace. Souvisí to i s humanizací a demokratizací současných sociálních zařízení, která se snaží o zlepšení náplně života uživatelů sociálních služeb a o jejich zapojení do běžného života. Proto i téma lidské sexuality nesmí být vynecháno, protože je nedílnou součástí jejich života. Jedinci s mentálním postižením mají stejné požadavky na uspokojování základních životních potřeb jako lidé zdraví. Potřeba lásky, projevy citů a emocí, potřeba milovat a být milováni je pro lidi s jakýmkoliv postižením důležitá. Mají proto stejné právo na to, aby byli dostatečně informováni v oblasti sexuální výchovy.

V České republice neexistuje zatím žádná ucelená metodika, podle které by byli jedinci s mentálním postižením vzděláváni v oblasti sexuality, proto se poskytovatelé sociálních služeb potýkají s nejrůznějšími problémy, jak přistupovat k tomuto choulostivému, avšak důležitému tématu. Všichni si velmi dobře uvědomujeme, že sexuální výchova je základním pilířem prevence před nežádoucími jevy, jako jsou nechtěné těhotenství, přenos pohlavních chorob či sexuální zneužívání, týrání a obtěžování. Právě problematika sexuálního zneužívání mentálně postižených je skutečnost, o které se dlouho mlčelo. Teprve v posledních letech vychází najevo, že k sexuálnímu zneužívání těchto jedinců dochází poměrně často. Pro pachatele se stávají snadnou obětí tohoto trestného činu, protože jejich rozumové

schopnosti jsou snižené, mají minimální znalosti v oblasti lidské sexuality a proto se nemohou dostatečně bránit. Mentálně postižení jedinci si mnohdy myslí, že zneužívání je normální lidské chování nebo jejich povinnost toto strpět. A to zvláště v případech, kdy je útočníkem sexuálně motivovaného činu osoba blízká. Sexuální osvěta osob s mentálním postižením je proto nezbytně nutná. A právě pro tuto závažnost výše uvedené problematiky jsem zvolila pro moji bakalářskou práci toto závažné a pozornosti hodné téma.

Cílem mé bakalářské práce bude zjistit, zda probíhá sexuální osvěta v konkrétním sociálním zařízení, ve kterém absolvuji odbornou praxi, jaké mají lidé s mentálním postižením znalosti v oblasti sexuální výchovy, jak těmto znalostem rozumí a z jakých zdrojů čerpají informace o sexualitě. Pokusím se odhalit, jaký mají jedinci s mentálním postižením názor na partnerství a sexualitu, zda mají zájem o sexuální, partnerský a rodinný život. Velmi citlivým způsobem chci též otevřít téma sexuálního obtěžování a zneužívání a zjistit, zda se někdy setkali s tímto negativním jevem.

V teoretické části se budu zabývat podstatou mentální retardace, její klasifikací, etiologií a diagnostikou. Zaměřím se na některá témata sexuální edukace, jako jsou funkce lidského těla, partnerské vztahy, uspokojování sexuálních potřeb, těhotenství, plánované rodičovství, antikoncepce a pohlavně přenosné nemoci, také nebezpečí sexuálního zneužívání. Samostatná kapitola bude pojednávat o sexuální výchově mentálně postižených jedinců. Využiji obsahovou analýzu dostupných materiálů a literatury.

Praktická část věnuje pozornost realizaci kvalitativního výzkumu, pomocí kterého se budu snažit dojít k naplnění stanovených cílů mé bakalářské práce.

1 Podstata mentální retardace a psychologická charakteristika jedinců s mentálním postižením

1.1 Definice mentální retardace různých autorů

Složitost problémů vzdělávání a výchovy jedinců s mentální retardací (dále jen MR) si vyžádala od specialistů vznik definice základních pojmů, charakteristických pro obor speciální pedagogiky – psychopedii. Prvořadý význam má definice pojmu mentální retardace. Můžeme říci, že v minulosti i v současné době existují určité nesrovnalosti a terminologická nejednotnost ve vysvětlení tohoto pojmu, který se stále vyvíjí.

U nás je nejvýznamnější a nejčastěji citovaná definice MR od M. Dolejšího, který říká: „Pojem mentální retardace se chápe ve významu oligofrenie čili celkové nevyvinutelnosti osobnosti s výrazným postižením intelektové oblasti. Pojem MR znamená v překladu opožděnost rozumového vývoje a byl přejat z mezinárodní lékařské nomenklatury podle návrhu Světové zdravotnické organizace v roce 1959“ (Dolejší, 1973, s. 7, 8).

Podle K. Matulaye „pod označením MR rozumíme opožděný nebo poškozený všeobecný normální vývoj dítěte a to po stránce rozumové, přičemž se velmi často vyskytují pohybové poruchy a je narušené celkové chování“ (Matulay, 1989, s. 5).

Švarcová k problému MR říká: „Za jedince s MR se považují osoby (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností, k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou MR je organické poškození mozku“ (Švarcová, 2006, s. 28).

Černá ve své publikaci „Kapitoly z psychopedie“ uvádí hlavní kritéria definice podle A. Dolla z roku 1941. Podle něho je „základním kritériem MR sociální nepřizpůsobivost vzniklá na základě mentální abnormality, zaostalého vývoje. Je to stav

vrozený a v podstatě nevyléčitelný, který brání maturaci (zrání, dospívání) osobnosti“ (Černá, 1995, s. 8).

Do skupiny definic MR, které vycházejí z aspektů inteligence, struktury osobnosti a hlediska socializace patří také definice podle Vágnerové: „Mentální retardace je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován“ (Vágnerová, 2004, s. 289).

Takto definuje MR Přinosilová a kol. (2008, s. 155): „Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený nebo časně získaný (do dvou let života dítěte).“

Bajo, Vašek (1994) píše, že pouze v naší odborné literatuře se v letech 1952 – 1989 používalo více než dvacet druhů označení pro současný termín mentální retardace, např. duševně abnormální, duševně postižení, duševně opoždění, rozumově postižení, rozumově zaostalí, atd. Podobně tomu bylo i s terminologií v zahraničí. „Mentální retardaci tedy chápeme jako všeobecný pojem, obsahující určitou formu narušeného ontogenetického vývinu, podstatné negativní odchylky od normy jednak v úrovni intelektových funkcí, učení a v sociálním vývinu“ (Bajo, Vašek, 1994, s. 37).

V roce 1959 se konala v Miláně konference Světové zdravotnické organizace (WHO), na níž se účastníci z různých vědeckých oborů zabývající se problémy jedinců s poškozením mozku a tím celkového intelektu dohodli na používání termínu mentální retardace pro pojem uvedeného jevu. Tento termín – mentální retardace postupně nahrazoval označení, která se používala v minulosti (Pipeková, 2006).

1.2 Klasifikace inteligence a mentální retardace

Obecné definice představují inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a své poznatky uplatňovat v nových podmínkách. Vízdal (2008, s. 159) charakterizuje inteligenci jako „obecnou schopnost, která ovlivňuje způsob orientace, tj. porozumění, a projevuje se i v chování.“

Můžeme rozlišit 3 základní **druhy inteligence** (Švarcová, 2006, s. 32):

- Inteligence mechanická (praktická) – dovednost operovat s předměty;
- Inteligence sociální – schopnost komunikovat s lidmi;
- Inteligence abstraktní – projevuje se při verbálních a symbolických operacích.

K dalším druhům náleží:

- Inteligence emoční – vyvozuje se z emocionální charakteristiky osoby;
- Inteligence morální – vztahuje se jednak k vlastní osobě, ale i k ostatním lidem.

Jiné rozčlenění inteligence uvádí Vízdal (2008, s. 160):

- Inteligence jazyková;
- Inteligence hudební;
- Inteligence logicko-matematická;
- Inteligence prostorová;
- Inteligence pohybová;
- Inteligence sociální – interpersonální (schopnost vyznat se v druhých lidech);
- Inteligence osobnostního rozvoje – intrapersonální (umění vyznat se v sobě).

Nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence je v současné době tzv. **intelligenční kvocient (IQ)**, který začal užívat německý psycholog W. Stern. IQ je podle Sterna údaj, který vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>).

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

IQ = číselný údaj, který definuje úroveň intelektových schopností jedince, vzhledem k jeho věku (Švarcová, 2006).

Mentální věk = „úroveň mentálních (duševních) schopností, která odpovídá průměrné hodnotě, zjištěné u velkého souboru jedinců téhož stáří“ (Průcha a kol., 2003, s. 120). U starších osob se zjišťování této úrovně provádí standardizovanými testy, u menších dětí je prováděno pozorováním.

Chronologický věk = skutečný, kalendářní věk testované osoby.

Pokud se jedná o **klasifikaci inteligence**, je nejvíce uznávaná klasifikace podle Wechslera, která vychází z výzkumu americké populace 1. poloviny 20. století.

Klasifikace inteligence podle Wechslera (Švarcová, 2006, s. 33):		
IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120 – 129	nadprůměrná	6,7
110 - 119	mírně nadprůměrná	16,1
90 - 109	průměrná	50,0
80 - 89	podprůměrná	16,1
70 - 79	hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	slabomyslnost	2,2

Při klasifikaci MR se od roku 1992 používá 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí. Zpracovala ji Světová zdravotnická organizace v Ženevě (Švarcová, 2006, s. 33). Dle této klasifikace se MR člení do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace.

1.2.1 Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F 70)

U jedinců s lehkým mentálním postižením se projevuje opožděný psychomotorický a neuropsychický vývoj už od nízkého věku. IQ u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Většina osob s lehkou MR je schopna smysluplně užívat řeč. V osobní péči i v praktických domácích dovednostech dosahují soběstačnosti, při své činnosti jsou však pomalejší. Ve škole se objevují problémy s učením, proto jsou vzdělávání podle speciálních programů, nejčastěji v základní škole praktické. Vhodná je edukace zaměřená na praktické dovednosti. Možná je také integrace do běžné základní školy

či absolvování jednoduchých učebních oborů. Mnoho dospělých osob s lehkou MR lze zaměstnat při nekvalifikované manuální práci. Dovedou navazovat sociální vztahy, ale založení rodiny, výchova dětí, udržení zaměstnání a s tím spojená ekonomická nezávislost a samostatné řešení běžných životních problémů, je pro ně obtížnější. Citová nezralost, impulzivita a zvýšená sugestibilita jsou další projevy lehké MR. U těchto osob se mohou projevit přidružené choroby, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesná postižení, aj.

Diagnóza lehké MR zahrnuje: slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii.

1.2.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49 (F 71)

IQ dospělých jedinců odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let. U osob se středně těžkou MR je výrazně snížena schopnost chápání, logického myšlení a vývoj řeči je značně opožděn. Komunikace je jednoduchá, obsahově slabá, v některých případech pouze nonverbální. Postižen je i rozvoj jemné a hrubé motoriky, proto je vlastní soběstačnost jen částečná. Nejsou schopni samostatně řešit náročnější situace. Emocionálně jsou labilní a nevyrovnaní, charakteristický je infantilismus (přetrvávání dětských znaků do dospělosti), dráždivost, výbušnost a negativismus (Pipeková, 2006, s. 66). V této kategorii existují značné rozdíly ve schopnostech jedinců. Někteří jedinci jsou manuálně velmi zruční, jiní zase neobratní, někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace a sociální interakce, jiní se nikdy nenaučí mluvit a jsou odkázáni jen na gestikulaci a jiné formy neverbální komunikace. Vzdělání probíhá podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole speciální. Díky kvalifikovanému pedagogickému vedení se mohou naučit základům čtení, psaní a počítání. V dospělosti mají osoby se středně těžkou MR možnost vykonávat jednoduché manuální práce, když mají zajištěn odborný dohled (např. v chráněných dílnách). Úplně samostatný život vedou málokdy. Většinou jsou mobilní. Často se objevuje dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy (zasahující celou osobnost), neurologická onemocnění, zejména epilepsie či psychiatrická onemocnění, která jsou však kvůli špatným komunikačním schopnostem obtížně diagnostikovatelná.

Diagnóza středně těžké MR zahrnuje: středně těžkou mentální subnormalitu, středně těžkou oligofrenii.

1.2.3 Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F 72)

U dospělých osob odpovídá IQ mentálnímu věku 3 – 6 let. Neuropsychický vývoj je celkově omezený, většina jedinců má značně narušenou motoriku a trpí různými přidruženými vadami. Komunikační dovednosti jsou minimálně rozvinuté, řeč je omezena na jednotlivá slova nebo se dorozumívají prostřednictvím prvků neverbální komunikace. Obvykle se vyskytují somatické vady a příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. Výrazně omezené jsou možnosti výchovy a vzdělávání. K částečnému zlepšení rozumových schopností a motoriky napomáhá včasná péče. Díky ní si mohou jedinci osvojit některé základní hygienické návyky a jednodušší úkony sebeobsluhy. Typická je nestálost nálad, impulzivita. Důležitým ukazatelem těžké MR je schopnost rozpoznávat blízké osoby.

Diagnóza těžké MR zahrnuje: těžkou mentální subnormalitu, těžkou oligofrenii.

1.2.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F 73)

U dospělých jedinců s hlubokou MR odpovídá IQ mentálnímu věku pod 3 roky. Postižení nedovedou porozumět běžným pokynům. Komunikaci představují jednotlivá slova, výkřiky či grimasy. Charakteristické jsou stereotypní automatické pohyby. Zpravidla bývají imobilní, inkontinentní a nejsou schopni sebeobsluhy. Po celý život potřebují pomoc a stálý dohled druhých. Možnosti jejich výchovy a vzdělání jsou velmi omezené. Správným kvalifikovaným vedením můžeme jedince alespoň aktivizovat k nepatrné účasti na praktických sebeobslužných činnostech. Hlubokou MR provází poruchy hybnosti, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání, atypický autismus. Postižený není schopen orientace se svým okolím, nepoznává blízké osoby.

Diagnóza hluboké MR zahrnuje: hlubokou mentální subnormalitu, hlubokou oligofrenii.

1.2.5 Jiná mentální retardace (F 78)

Tato kategorie bývá použita v případech, kdy zařazení do kategorií výše uvedených pomocí obvyklých metod není možné. Například u nevidomých, neslyšících, němých, u jedinců s těžkými poruchami chování nebo osob s autismem.

1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Tato kategorie se užívá v případech, když je MR prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit pacienta do některé z předchozích stupňů postižení.

Tato diagnóza zahrnuje: nespecifikovanou mentální retardaci, nespecifikovanou mentální subnormalitu, nespecifikovanou oligofrenii.

1.3 Psychologické zvláštnosti osob s mentální retardací

Jak uvádí Švarcová (2006, s. 39) osoby s MR nepředstavují z hlediska psychické struktury stejnorodou (homogenní) skupinu. „ Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují určité společné znaky...“:

- U **vnímání** působí problém jeho zpomalené tempo a úzký rozsah, což má nepříznivý vliv na orientaci v novém prostředí a neobvyklé situace. Při pozorování různých předmětů si jedinci s MR nedovedou všimnout detailů, prohlíží si je povrchně a zaměřují se pouze na ty části, které je zaujmou. Omezená schopnost vnímání zpomaluje rozvoj myšlení.

- **Rozvoj řeči** u mentálně postižených probíhá zpomaleně a provází ji většinou špatná artikulace jako důsledek nedostatečného sluchového vnímání. Slovní zásoba je chudá, agramatická, typická je četnost zájmen ve větě, oproti tomu málo užívají přídavná jména, slovesa a spojky. Tvoří krátké věty či jednoduchá slovní spojení nebo se dorozumívají prostřednictvím nonverbální komunikace.

- Pipeková (2006) upozorňuje na to, že hlavním nedostatkem **myšlení** je slabá schopnost abstrakce a zobecňování, špatné osvojování obecných pojmů a pravidel. Charakteristickými rysy myšlení mentálně postižených osob je nedůslednost v myšlení – výkyvy v pozornosti, slabá řídicí úloha myšlení – neschopnost použít již osvojené rozumové operace a předvídat následek svého chování a nekritičnost myšlení – neschopnost srovnat své činy a myšlenky do souladu s potřebami reality.

- Zvláštnosti **paměti** osob s MR spočívají v osvojování znalostí až po mnohém opakování, neboť rychle zapomínají. Nesnaží se učivo porozumět, ale snaží se zapamatovat si ho mechanicky, protože si neumí vytvořit potřebné představy a logicky tak učivo pochopit. Proto také nedovedou včas využít své vědomosti v praxi. Zde si

dovolím jako příklad intenzivního zapomínání mentálně postižených uvést vlastní zkušenost. Při absolvování praxe v denním stacionáři jsem se s klienty sblížila. Každodenním docházením si na mě zvykli a stala jsem se součástí jejich kolektivu. Když jsem však přišla po týdenní nemoci, v jejich očích bylo znát, že si nedokázali vybavit kdo jsem, drželi si odstup a většina z nich mě zdravila „dobrý den“, i když jsme si před tím tykali. Situace se vrátila do normálu, když jsem jim vysvětlila kdo jsem, důvod své předchozí nepřítomnosti a nastínila, že s nimi zase budu trávit čas každý den.

- Nedostatek **vůle** je příznačným rysem mentální retardace. Mnozí odborníci se domnívají, že plyne z nesamostatnosti, nedostatku iniciativy a neschopnosti řídit své jednání. Časté jsou výkyvy volných vlastností. Podle Švarcové (2006) se projevují sugestibilitou (podřídivostí) s nekritickým přijímáním rad a pokynů od okolních lidí nebo například tvrdohlavostí při prosazování nerozumných požadavků. Bezprostřednost a impulzivita jsou dalším projevem nezralé osobnosti mentálně postižených jedinců.

- **Emocionální vývoj** jedinců s MR je výrazně na nižší úrovni oproti zdravým lidem. Průvodními jevy jsou strach a úzkost z neznámých osob, cizího prostředí či nových situací. City bývají nepřiměřené podnětům, těžce se vytváří vyšší city (svědomí, pocit povinnosti, odpovědnosti). Viditelné jsou i patologické citové projevy jako neovladatelná vznětlivost, podrážděnost, rychlé střídání nálad nebo apatie (lhostejnost). Přesto můžeme říci, že lidé s MR jsou velmi emocionální a vnímaví, dokážou být přátelští, vlídní a oddaní.

- Na utváření **charakteru** se velkou částí podílí rodina a prostředí, ve kterém postižený jedinec žije. Klíčový je postoj rodičů a vychovatelů, kteří se o mentálně retardované dítě starají. Přílišné opečovávání brání v samostatném rozvoji a podporuje špatné návyky (neodpovědnost, lenost, nesamostatnost), naopak vysoké nároky snižují ještě více sebevědomí. Mnohdy si můžeme povšimnout agresivního chování, které je potřeba regulovat zjištěním příčiny a odstraněním podnětů, které toto jednání způsobilo. Podstatný je při tom trpělivý a individuální přístup.

1.4 Etiologie mentální retardace

Příčiny (etiologie) MR jsou multifaktoriální. Jedná se o příčiny hereditární (dědičné), metabolické, prenatální, perinatální, postnatální a psychosociální. Vážnou

příčinou mohou být i některá onemocnění v prvních dvou letech existence člověka.“ (Vašina, 2010, s. 109). Jednotlivé příčiny se navzájem podmiňují a spolupůsobí.

- **Příčiny z etiologického hlediska:**

- Endogenní (vnitřní) – jsou zakódovány už v pohlavních buňkách, jsou to příčiny genetické.
- Exogenní (vnější) – tyto faktory mohou být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte a člení se podle období působení na prenatalní, perinatální a postnatální.

- **Příčiny z časového hlediska:**

- Prenatální (působící od početí do narození) – toxoplasmóza, zarděnky, pásový opar, syfilis, listerióza, radiační záření, léky, alkohol, RH inkompatibilita, rizikové těhotenství aj.
- Perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) – krvácení do mozku a následná hypoxie (nedostatek kyslíku), předčasný porod, nízká porodní váha.
- Postnatální (působící po narození do 2 let) - např. virové, bakteriální záněty mozku a mozkových blan, úrazy hlavy, nemoci spojené s nedostatkem kyslíku, sociální faktory, tj. zanedbávání dítěte, výchovná deprivace. Sociální faktory mohou způsobit zaostávání mentálního vývoje dítěte, ale i zkomplikovat vývoj dítěte, které se již postižené narodilo (<http://katerina.sadilkova.sweb.cz/id4.htm>). Vágnerová (2004, s. 292) doplňuje: „Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, nelze mluvit o mentální retardaci. Takový handicap není vrozený, ani trvalý. Mohli bychom jej definovat spíše jako sociální poškození vývoje rozumových schopností. Jeho příčinou není poškození CNS, ale nedostatek přiměřených podnětů.“

- **Mezi další příčiny MR se podle Švarcové (2006) řadí:**

- Poruchy látkové výměny, růstu, výživy – mozková lipoidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenyketonurie, glykogenózy, aj.
- Makroskopické léze mozku – novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou.
- Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy – vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza, atd.
- Anomálie chromozomů – např. Downův syndrom.
- Jiné a nespecifické etiologie.

1.5 Diagnostika jedinců s mentální retardací

K problematice diagnostiky Langer (1996, s. 83) přesně říká: „Diagnostiku můžeme chápat jako nauku o diagnostikování, tj. poznávání nějakého jevu z etiologického hlediska i z hlediska srovnávání s jinými jevy za účelem nějakého zásahu do diagnostikovaného jevu, přičemž sledujeme zlepšení nebo nápravu tohoto jevu.“

Diagnostika je dlouhodobý proces a díky správně stanovené diagnóze můžeme pozitivně ovlivnit prognózu sledovaného jedince, tedy „odhad jeho možností do budoucna, zejména v oblasti výchovy a vzdělávání“ (Přinosilová, 2007, s. 17). Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání jedince v rovině biologické, psychologické i sociální.

K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. Stanovují nejen úroveň rozumových schopností, ale také jejich strukturu. Některé testy jsou prováděny pomocí obrázků, jiné tvoří soubor otázek a úkolů. Jsou různě strukturovány a mají různé způsoby vyhodnocování výsledků. Při posuzování jedince se sleduje jeho současný i minulý zdravotní stav, rozumové schopnosti, tělesný vývoj, vnímání (percepce) zrakové, sluchové, kinestetické (pohybové), pravolevá a prostorová orientace, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, komunikační schopnosti, paměť, temperament, motivace, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, vlastnosti emocionální, volní, atd. (Švarcová, 2006). Rozhodující je i momentální psychická a tělesná dispozice. Důležité je také sledovat projevy, které by mohly negativně ovlivnit výsledky testů (např. zvýšená podrážděnost, unavitelnost, úzkostnost). Pro diagnostiku je také podstatný zdroj informací z osobní a rodinné anamnézy. Přinosilová (2007, s. 76) píše o tom, že „v oblasti diagnostiky MR je nutné pamatovat na to, že u střední a těžké MR se většinou jedná o organickou etiologii, tedy že velmi často bývá přítomno i další postižení.“

Pedagogicko-psychologická a psychologická diagnostika je prováděna v pedagogicko-psychologických poradnách, na speciálně-pedagogickou a psychologickou diagnostiku jsou zaměřena speciálně pedagogická centra. U osob s MR je důležitá průběžná diagnostika. Jednak se hodnoty IQ vyznačují určitou kolísavostí, jednak je vhodné testování jedinců s MR opakovat, aby zkrácené výsledky neomezovaly jejich další rozvoj (Švarcová, 2006).

Lečbych podotýká, že „rodiče dětí s MR by se tedy při návštěvě psychologa neměli spokojit jenom se zjištěním pásma MR, ale měli by se také tázat na jednotlivé kognitivní funkce – paměť, pozornost, percepční schopnosti, nejvhodnější způsob učení a hlavně na jejich silné a slabé stránky. Jejich znalost potom může být velmi cenná pro porozumění chování dítěte s MR a jeho rozvoj“ (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1086>).

2 Sexualita lidí s mentálním postižením

2.1 Specifika sexuality jedinců s mentální retardací

Sexuální citění, pohlavní touhu (libido), která v psychoanalýze znamená jeden ze základních životních pudů a zdrojů energie mají i jedinci s MR. Ještě nedávno bylo téma sexuálního života lidí s MR tabu. Společnost se touto oblastí vůbec nezabývala, jako by neexistovala. To bylo v rozporu s právem těchto jedinců na vlastní intimní život. Teprve v posledních letech dochází ke zlepšení situace a díky snaze integrovat (začlenit) osoby s MR do intaktní společnosti se začíná problematika sexuality mentálně postižených stále více otevírat.

Bazalová (2004, s. 63) uvádí: „Sexualita je podstatná a cenná součást lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý člověk, mladý nebo starý, s handicapem nebo bez něj, je sexuální bytost a má právo na prožití vlastní sexuality.“

Spilková (2004) vysvětluje pojem sexuálního chování jako souhrn různých krásných aktivit od seznamování se, dvoření, uvědomování si role muže a ženy, letmých dotyků a podobně.

Štěrbová (2004) doplňuje, že „sexualitu lze pojímat z různých hledisek a vnímat rozdíly mezi sexuálním chováním a sexuální touhou. Vždy je potřeba brát ji z pohledu multidimenzionálního, a to biologického, psychosociálního, projevů chování, morálky a kultury. Sexualita je součástí kvality bytí člověka, důležitou součástí jedince. Je jednou z nejméně intimnějších forem prožívání, potřebou emočního naplnění v koexistenci (soužití) s druhým člověkem.“

Jedinci s mentálním postižením mají v převážné většině sexuální citění (libido) jako lidé zdraví. Mají tedy stejné potřeby a stejná práva na navazování sociosexuálních vztahů. Proto je nutné, aby jim bylo umožněno získávat dostatečné vědomosti v této oblasti, avšak v přiměřeném rozsahu a takovým způsobem, který by odpovídal jejich mentálnímu postižení. Je to nutné hlavně z toho důvodu, že v dnešní době, ve které existují uvolněné sexuální vztahy, je jedním z hlavních cílů společnosti zabezpečení ochrany populace před pohlavním zneužíváním a předčasnou sexualitou. To vyžaduje, aby i osoby s MR měli daleko rozsáhlejší znalosti o fungování vlastního těla,

o změnách, kterými prochází tělo člověka v době dospívání, o početí lidské bytosti, těhotenství, pohlavních nemocech, atd., aby se mohli v problematice sexuality správně orientovat a chránit se před nebezpečím sexuálního zneužití.

Zpravidla se setkáváme s mylnými názory intaktní populace, že jedinci s mentální retardací nejsou schopni sexuálního života. Ztotožňují se z názorem J. Mellana, který podotýká, že je „mylné paušálně předpokládat, že u mentálně porušených není vyvinuta potřeba sexuálního života. Jen v některých případech je sexualita opožděna nebo nedokonale vyjádřena“ (Mellan, 2004, s. 11).

Téma sexuality mentálně postižených vyvolává řadu chybných předpokladů (Kozáková, 2004). Jeden z nich je například výrok, že lidé s MR mají zvýšený nebo snížený sexuální pud či že jsou to osoby asexuální. K tvrzení, že jsou hypersexuální, přispívá i skutečnost, že se u nich vyskytuje přílišná masturbace, často i několikrát denně. Ta bývá mnohdy reakcí na nudu, strach, vnitřní napětí, nejistotu nebo proto, že je to jediný způsob uspokojení sexuální touhy. Mentálně postižení provádí masturbaci často na nevhodných místech, za přítomnosti jiných osob, nebo nevhodným způsobem, který může vést k jejich sebepoškození. Zde se ale dostáváme zpět k jádru věci, oblast sexuality mentálně postižených nesmíme podceňovat a sexuální osvěta je zde na místě.

Další zaujatou tezí je, že sexuální touhy postižených můžeme snížit či utlumit jinými aktivitami, které zaměstnají jejich mysl a oni potom nebudou na tyto potřeby myslet.

Nepravdivým předpokladem je, že kvůli sníženým intelektovým schopnostem a mentálnímu věku odpovídajícímu věku dítěte není třeba o sexualitě s mentálně postiženými hovořit. Mnozí si myslí, že pokud budeme mentálně postižené více vzdělávat v oblasti sexuality, budou mít větší zájem provozovat sexuální praktiky, proto je lepší je udržovat v nevědomosti. Zde je nutné působit na rodiče, zákonné zástupce a vychovatele, protože právě oni jsou hlavním zdrojem informací pro postižené jedince.

Chybné tvrzení je, že osoby s MR jsou postiženy i v oblasti sexuality nebo že všichni jedinci s mentálním postižením mají zájem o sex. Spilková (2004, s. 50) říká: „Mám dojem, že veřejnost, zvláště díky médiím, dělá rovnítka mezi sexem a pohlavním stykem.“ Mnohým mentálně retardovaným jedincům však stačí setrvat ve fázi zamilovanosti a netouží dojít k dalším fázím partnerského vztahu.

2.2 Fungování lidského těla a vztah k vlastnímu tělu

Téma sexuality úzce souvisí se vztahem k vlastnímu tělu. K vytvoření správného vztahu k vlastnímu tělu napomáhá pochopení rozdílů mezi pohlavími. Klienti s MR by měli rozpoznat roli muže a ženy a měli by být poučeni o fyziologii lidského těla, především o fungování pohlavních orgánů. Vlastní tělo musí mít v úctě, rádně o něho pečovat a zvládat intimní hygienu.

Důležitou oblastí, se kterou musí být seznámeni, je **vývoj těla v době puberty**. Zejména s pojmy menstruace a poluce, protože prožití těchto zkušeností bez předchozího upozornění může způsobit stres, znepokojení z neznámé nemoci, atd. O podstatě **menstruace** pojednává např. Šilerová (2003, s. 72). Lze ji vysvětlit v tom smyslu, že dívkám dozrává od puberty každý měsíc v těle vajíčko. Když se při sexuálním styku do vajíčka dostane spermie od muže, je vajíčko oplozeno a žena otěhotní. To znamená, že se z vajíčka za devět měsíců vyvine děťátko. Pokud vajíčko není oplozeno, jednou za měsíc vychází s krví ven. Pro děvčata to není nebezpečné, musí si zvyknout, že menstruační cyklus je pravidelnou součástí jejich života. K první menstruaci (menarche) dochází přibližně ve věku 12 – 15 let. Nutná je také osvěta o správné hygieně v době menstruačního cyklu.

Potřebné je taktéž vysvětlení pojmu **poluce**. Tzv. „mokrý sny“ jsou znakem pohlavního dospívání chlapců. Jedná se o mimovolný výron semene, ke kterému dochází obvykle v noci. Je to důsledkem nepřítomnosti jiného odchodu semene (pohlavním stykem, onanií) a bývá provázena erotickými sny. U chlapce představuje poluarcha (první poluce) schopnost plodit (<http://www.sexus.cz/slovník/poluce>). Ujasnění je vhodné z toho důvodu, aby si klienti s MR nespojovali výron semene například s nějakou nemocí nebo pomočením.

S pubertou dále souvisí **rozvoj sekundárních pohlavních znaků**, tj. druhotných pohlavních znaků, které vznikají vlivem pohlavních hormonů (androgenů, estrogenů). Zahrnují růst prsů, ochlupení a vousů, změnu hlasu a rozložení podkožního tuku, rozvoj svaloviny (<http://www.sexus.cz/slovník/sekundarni-pohlavni-znaky>). Právě rozvoj některých těchto znaků může vést ke zvýšené pozornosti či posměchu, i mentálně postižení pubescenti si přeměn dospívajícího těla všímají. Je důležité je poučit, že každý člověk se vyvíjí, že u někoho se změny objeví dříve a u někoho později.

Dále jedinci s mentálním postižením musí získat vědomosti o **pohlavním styku chráněném i nechráněném, o početí dítěte, těhotenství, porodu, o antikoncepci, pohlavně přenosných nemocech, aj.**

Dostat tyto informace do vědomí osob s MR je hlavním cílem soustavné sexuální výchovy a můžeme zároveň říci, že i výchovy ke zdraví. Mentálně postižení se musí naučit používat **vhodné názvosloví**, jako vagina, prsa, penis, spermie, sexuální styk, masturbace, erekce, ejakulace, orgasmus, prezervativ, heterosexuální a homosexuální pohlavní styk a některé další, aby se orientovali ve výkladu edukátora. Je nutné je podporovat v užívání správné terminologie, protože klienti často mluví slangovými či vulgárními výrazy.

Někomu se možná může zdát, že obsah sexuální osvěty, který zde uvádím, je velmi široký a lidé s MR jej nebudou schopni pochopit, nebo že tyto informace jsou pro ně zbytečné (např. o těhotenství či porodu, když pravděpodobnost, že založí rodinu je velmi malá), musíme si však uvědomit, že klienti, hlavně s lehkou a středně těžkou MR mají schopnost toto učivo pochopit, jen potřebují individuální přístup a neustálé opakování. Proto je naší povinností jim tyto informace poskytovat a jejich právem je od nás dostávat.

2.3 Sociosexuální vztahy osob s mentálním postižením

Pro osoby s MR znamená vytvoření dobrých sociálních vztahů základ kvalitního života jako u ostatní populace. Mohou vytvářet stejné formy vztahů jako zdraví lidé, ale způsobem, který odpovídá jejich stupni mentálního postižení. Při tom by jim jejich rodiče, zákonní zástupci či pracovníci sociálních zařízení měli pomáhat, protože mívají problémy v navazování sociálních kontaktů. Kvalitní sociální síť, kterou tvoří rodina, příbuzní, kamarádi a známí, zamezuje tomu, aby se dostali do sociální izolace. Tím tato síť působí proti nebezpečí vzniku depresí. Pocit osamělosti je často největším problémem osob s postižením. V chráněných dílnách či ve stacionářích si mohou klienti najít přátele, ale v čase osobního volna hrozí osamělost (Pipeková, 2006). Štěrbová (2009, s. 49) upozorňuje na význam sociální opory. „Emoční a sociální opora vede ke snížení důsledků sociální izolace a podporuje sociální integraci.“

Švarcová (2006, s. 156) popisuje fakt, že „nejpřirozenějším prostředím pro výchovu dítěte s MR je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout

stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj.“ Zde rozvíjí vztah ke svým rodičům a můžeme říci, že láska mateřská tvoří základy k lásce všeobecné, k lásce k lidem (Šedá, 2004). V průběhu života se jedinci s MR (hlavně lehkou a středně těžkou MR) učí navazovat nové formy vztahů (kamarádství, přátelství, aj.), pojďme se tedy nyní věnovat možným variantám sociálních vazeb, které uvádí M. Bednář (2004):

- **Kamarádství** – je beze sporu nejčastějším osobním vztahem klientů s MR. Jedná se o nepřilíh hluboký vztah s ostatními lidmi, se kterými si klienti rozumí, ale chybí v něm důvěrnost. Kamarádský vztah navazují i po prvním setkání.

- **Přátelství** – je hlubší a osobnější forma kamarádství, je to vztah, při kterém osoba cítí, že si s určitým jedincem velmi dobře rozumí a navazuje s ní časté kontakty. Rodiče i poskytovatelé sociálních služeb by měli přátelství klientů s MR podporovat a vytvářet jim vhodné příležitosti k jejich utváření, protože dobré přátelství člověka duševně obohacuje. Průcha a kol. (2003, s. 185) definují přátelství jako „vztah velmi významný pro socializaci dítěte i jeho kognitivní vývoj, jehož charakter se v průběhu ontogeneze (vývoje) mění. V předškolním věku a raném školním věku jsou typickými znaky dětských přátelství důraz na společnou činnost vyhledávání uspokojení vlastních potřeb a posílení vlastního statusu a krátkodobé vztahy. Přátelství starších dětí a dospívajících charakterizuje sdílení hlubších zájmů i citů, péče o druhého a jeho potřeby, relativně trvalé vztahy, které snesou i krize a rozpory.“

- **Zamilovanost** – představuje silné citové pouto k obdivované osobě, je to vzájemná náklonnost dvou partnerů, kteří se navzájem přitahují a při odloučení trpí pocitem samoty a prázdnoty. Zamilovaní jsou často až bezhlavě rozkolísaní, zaslepení láskou, takže nedokážou správně posoudit charakterové vlastnosti protějšku. Na to musíme jedince s MR upozorňovat, protože nemají schopnost dívat se do budoucnosti, často žijí jen přítomností. Fáze zamilovanosti je pro ně typická, ovšem můžeme si povšimnout, že ne vždy je dlouhodobá nebo oboustranná. Platonické lásky jsou pro osoby s MR charakteristické. Tento jednostranný emocionální cit chovají většinou ke svým idolům (spolužákům, zpěvákům, hercům, atd.). Obvyklým způsobem vyznání lásky je u mentálně postižených forma dopisu, klienti si posílají zamilovaná psaníčka.

- **„Chození spolu“** – má pro jednotlivé klienty individuální význam. Někteří považují za chození již dobu dvoření se, kdy si například vyměňují dopisy a stačí jim vzájemná blízkost. Pro jiné to znamená soustavné chození dvou jedinců, kteří po určité

době pocití, že by svůj osobní vztah chtěli dále vzájemně prohloubit a obohatit o sexuální vztah. Vážná známost tak může vyústit ve spolužití či manželství. Mentálně postižený pár je nutné upozornit na veškeré spojitosti vyplývající z pohlavního styku a informovat je o dalších možných formách vztahů (zasnoubení, spolužití, manželství).

- **Zasnoubení** – „Pro lidi s mentálním handicapem je to často jediná možnost zveřejnění svého vztahu. Je důležité znát motivaci tohoto přání a na ní budovat další osvětu“, říká M. Bednář (2004, s. 6).

- **Spolužití** – V minulosti nebyla forma spolužití vůbec možná, neboť sociální zařízení se většinou vůbec nezajímala o citový a sexuální život svých klientů. Zaměstnanci ústavů ani rodiče nebrali na vědomí, že jedinci s MR mají sexuální potřeby jako ostatní populace, že mají na intimní vztahy zákonné právo. I v dnešní době je pro mnohé těžké si tento fakt připustit. Forma spolužití je možná, projeví-li o ni klienti sociálních služeb zájem a jestliže jsou společného života s druhem/družkou schopni vzhledem ke svému postižení. Před započítím spolužití je důležité, aby se partneři navzájem seznámili se zdravotním stavem, aby dobře poznali své charakterové vlastnosti a především by mezi nimi měl existovat hluboký citový vztah. Zaměstnanci sociálních zařízení a rodiče mentálně postiženého by měli s ním tuto problematiku důkladně prodiskutovat a zdůraznit mu, kam a na koho se může obrátit v případě, kdy bude potřebovat pomoc při řešení nějakého problému.

- **Manželství** – mohou v naší republice uzavřít jen svéprávné osoby. U omezení způsobilosti jedinců s MR k právním úkonům může soud uzavření manželství povolit, je-li to v souladu se společenským účelem manželství. Nejčastější překážkou pro uzavření manželství bývá skutečnost, že osoby s MR by nebyly schopny vychovávat dítě. Běžně u nás uzavírají manželství lehce mentálně postižení, ani tito však často nedokážou své rodičovské povinnosti plnit. Osoby s dalšími stupni tohoto postižení vstupují do manželství málokdy. Osvěta mentálně postižených by měla klienty seznámit i s možnostmi registrovaného partnerství.

2.4 Formy sexuality mentálně postižených osob

- **Masturbace (ipsace, onanie)** – znamená pohlavní sebeukájení, při kterém si jedinec sám navozuje příjemné pocity a bez přítomnosti partnera tak zpravidla dojde k orgasmu. Pro velkou část mentálně retardovaných jedinců je tato forma jediným

naplněním jejich sexuálních potřeb. Janiš (2004) uvádí, že celý problém sexuální výchovy u mentálně postižených se zužuje často na problematiku masturbace a používá pro označení onanie pojem „notoonanie“, tj. označení pro onanii v nouzi, kdy neexistuje možnost realizace pohlavního styku. O mentálně postižených jedincích je známo, že masturbují i několikrát za den. Je vhodné jim tuto činnost nezakazovat, protože je to přípustná forma sexuální aktivity a „slouží k redukci úzkosti, k rozvoji erotogenního sebeuvědomění a k možnosti prožití orgasmu“ (Štěrbová, 2009, s. 43). Nezbytně potřebná je však osvěta o nutnosti masturbovat v soukromí, protože se stává, že klienti masturbují na veřejných místech, v přítomnosti dalších osob. Také je musíme poučit o nevhodné a nepřiměřené onanii, že nesmí používat nevhodné předměty, které by mohly vést k sebepoškození. Štěrbová (2009, s. 43) podotýká, že „intervenci poskytujeme i uživatelům s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří by neměli být vyloučeni z realizace sexuálního života.“ Dále upozorňuje na „řízenou masturbaci“ jako na citlivou klinickou metodu výuky masturbace, kterou poskytuje výhradně odborník, nikoliv personál sociálních služeb.

- **Milování** – je podle Bednáře (2004, s. 7) široký pojem. „Za milování lze považovat jakýkoliv erotický tělesný kontakt jako je hlazení, mazlení, líbání, objímání.“ Je to intimní záležitost partnerů, která může, ale nemusí přejít v pohlavní styk. Pro každého klienta však tento pojem zahrnuje něco jiného, proto je nutné si ujasnit, co si kdo pod tímto slovem představuje.

- **Pohlavní styk (koitus)** – představuje spojení pohlavních orgánů muže a ženy. Musím ale poznamenat, že asi 80 procent mentálně postižených nepřesáhne v sexuálním vývoji hranici osmi roků, navíc mnoho z nich dosáhne pouze úrovně předškolního věku, proto o pohlavní akt ani nemají zájem. Přibližně jen 10 procent lidí s mentální retardací vyspěje do takové míry, že chtějí pohlavně žít (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>). V takovém případě je nutné jim poskytnout důkladnou osvětu o pohlavním styku, hlavně o jeho důsledcích (nechtěné těhotenství, pohlavně přenosné nemoci, aj.). Musí být seznámeni se zásadami bezpečného sexu, aby riziko přenosu nákazy bylo minimální a znát náležité formy antikoncepce, včetně správné techniky nasazování prezervativu. Klienti by měli být podporováni v tom, aby sexuální život vedli až po vytvoření hluboké citové vazby mezi dvěma lidmi. Po vzájemném poznání, kdy jeden druhého milují. Musíme je vést „k lásce, věrnosti, k pevnosti vzájemného partnerského vztahu, k odpovědnému,

uvážlivému, bezpečnému a citově podmíněnému pohlavnímu styku“ (Šulista, 2004, s. 70).

- **Pornografie** – je jev, se kterým se v dnešní době mohou mentálně postižení setkat kdekoliv. Proto musí být předem informováni, aby ji nepojímali jako realitu a nesnažili se ji napodobovat. Důkladné poučení spočívá ve vysvětlení toho, jak s pornografií zacházet a jakou má funkci (např. osobní vzrušení při masturbaci), také upozornění na absolutně nemístné druhy pornografických materiálů jako jsou dětská pornografie, pornografie s prvky násilí, aj. (Bednář, 2004). Samozřejmostí je prohlížení těchto materiálů v soukromí a po dosažení věkové hranice osmnáct let. Zpřístupnění sexuálně explicitních materiálů osobám mladším než osmnáct let nebo šíření pornografie ohrožující mravnost znamená porušení zákona.

- **Problematické formy sexuality** – pedofilie, exhibicionismus, sadismus, masochismus, zoofilie, prostituce, ad. jsou zcela nepřijatelné. I o těchto formách sexuálních vztahů je třeba klienty s MR odpovědně informovat, zejména proto, aby se nestali obětí těchto protispolečenských jevů.

2.5 Antikoncepce a pohlavně přenosné nemoci

Jak již výše uvádím, v případě, že se mentálně postižení jedinci rozhodnou žít pohlavním životem, musí být dobře poučeni o nutnosti užívání antikoncepce, jako prevence před neplánovaným těhotenstvím a pohlavně přenosnými nemocemi. Užívání antikoncepce musí být dobrovolné a týká se především osob s menším stupněm mentálního postižení (Uzel, 2004).

Osvěta se zakládá na řádném vysvětlení **antikoncepčních metod**. Především používání kondomu je vhodné, za předpokladu, že klient zvládá správnou techniku nasazování. Další formou je hormonální antikoncepce určená ženám, zde je však důležité pečlivé každodenní užívání, což může být zásadním problémem. Roztržitost a zapomnětlivost klientky pak může mít za následek selhání antikoncepčního účinku. Někteří psychologové naopak tvrdí, že menší stupeň mentální poruchy každodenní pravidelnosti užívání nevede, ale pomáhá upevňovat zodpovědnost a hrdost ženy, že zvládá takto podstatnou věc (Uzel, 2004). V případě, že klientka nebude schopna každodenního užívání tablety, volíme dlouhodobě působící antikoncepce jako vaginální kroužek NuvaRing, antikoncepční náplast Evra, depotní injekce Depo-Provera,

podkožní tyčinky Implanon či nitroděložní tělíska (Havlín, 2009). Zmínit musíme také metodu plodných a neplodných dnů či přerušovanou soulož, což jsou však pro klienty s MR zcela nevyhovující formy ochrany před nežádoucím početím.

Zvolit lze také ženskou sterilizaci, která spočívá v přerušení průchodnosti vejcovodů nebo mužskou sterilizaci, jenž představuje přerušení průchodnosti chámovodů. Tato trvalá a nevratná metoda antikoncepce lze užít jen za kvalifikovaného souhlasu klienta, který musí rozumět závažnosti učiněného rozhodnutí.

Před zavedením vhodné antikoncepce je třeba poskytnout jedinci s MR individuální poradenství a zajistit odborné lékařské vyšetření, aby byla korektně zvolena vzhledem ke zdravotnímu stavu a stupni mentálního postižení.

Dalším důležitým tématem sexuální osvěty mentálně postižených jsou **sexuálně přenosné nemoci** (mezinárodně označované jako „sexually transmitted diseases“ - STD). Jedinci s MR musí být poučeni o existujících pohlavních nákazách, včetně smrtelného nebezpečí HIV/AIDS, o možnostech přenosu a léčby. „Jako hlavní opatření proti všem sexuálně přenosným nemocem se v současné době uplatňuje tzv. bezpečný sex, nebo snad by bylo lépe užít zahraniční termín „safer sex“ a překládat ho jako bezpečnější sex, protože zcela bezpečná bude zřejmě pouze sexuální abstinence“, uvádí R. Uzel ([http://www.planovanirodiny.cz /clanky/sexualne-prenosne-choroby](http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby)). Osoby mentálně postižené musí dostat srozumitelné instrukce o tom, že ženská antikoncepce nechrání před pohlavně přenosnými nemocemi, proto je vhodné kombinovat např. hormonální či jinou antikoncepci ženy a použití kondomu u muže. Prezervativ poskytuje celkem spolehlivou ochranu před sexuálně přenosnými chorobami a patří do zásad bezpečnějšího sexu. Mezi další zásady patří stálý sexuální partner a zachování věrnosti a prevence výměny tělesných tekutin (sliznice jednoho partnera nesmí přijít do styku s tělními tekutinami druhé osoby). Naproti tomu heterosexuální, homosexuální či bisexuální promiskuita, skupinový sex či prostituce zvyšují riziko nákazy sexuálně přenosných nemocí.

2.6 Problematika těhotenství a rodičovství

Problematika těhotenství a rodičovství je velmi diskutabilním tématem. Na jedné straně existuje právo jedinců s MR na plánované rodičovství jako na základní lidské právo. Hlavně lehce mentálně postiženým by nemělo být zakazováno plánovat

těhotenství, zvláště v případech, kdy žijí v dlouhodobém partnerském vztahu či manželství. I v praxi je obvyklé, že tito lidé běžně uzavírají manželství a vychovávají děti. Jejich okolí, rodiče, příbuzní, poskytovatelé sociálních služeb, aj., by se měli oprostít od zažitého tvrzení, že jedinci s MR jsou „věčné děti“. Na straně druhé však společně s právem na plánované rodičovství vzniká i povinnost vůči budoucímu dítěti, kterou si osoby s postižením musí uvědomit. Mentálně postižení rodiče musí zabezpečit základní potřeby dítěte, jako výživu, oblečení, bydlení, vytvořit dítěti harmonický domov a poskytnout mu bezpečí, jistotu a lásku, také naplnit potřebu seberealizace, zajistit mu proto patřičné vzdělání a připravit tak dítě pro vstup do života. Musí si uvědomit, zda budou schopni plnit rodičovskou roli a jestli to dovedou zvládnout sami či s podporou. Třetí hledisko, které považuji za nutné uvést je skutečnost, že problematiku plánovaného rodičovství mentálně postižených velmi ovlivňuje postoj společnosti. Lidé, kteří pečují o jedince s MR „jednoznačně určují míru příležitostí k navazování jejich partnerských vztahů, stanovují hranice toho, co jim dovolí či nedovolí...“, píše Slowík (2009, s. 107). Proto je jejich možnost navázat intimní vztah, žít v partnerství, uzavřít manželství a vychovávat potomky omezená, „nikoliv ovšem nereálná“ (Slowík, 2009, s. 107).

Osvěta v této problematice je velmi důležitá a měla by se zaměřit nejen na konkrétní informace týkající se těhotenství (ať už nechtěného či plánovaného) a rodičovství, ale musí podle mého názoru v první řadě zahrnovat poradenství, v rámci kterého mentálně postižená dvojice bude hovořit o možnostech a vhodnosti mít či nemít děti, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a úrovni jejich intelektových schopností. V opačném případě je motivovat k tomu, aby našli jiný smysl života, vysvětlit jim, že vést plnohodnotný partnerský vztah lze i bez dětí. A to hlavně v případech, kdy by hrozilo zanedbání péče o dítě. Také je nutné opakovat postiženému páru důležitost užívání spolehlivé antikoncepce.

Pokud mentálně postižená žena otěhotní, specializuje se profesionální poradenství na správný odhad, zda je mentálně postižený pár kompetentní k výchově dítěte a vede k informovanému rozhodnutí, týkající se volby mezi těhotenstvím, interrupcí, rodičovstvím a adopcí. Hodnocení provádí multidisciplinární tým (Štěrbová, 2009).

Shrňme si tedy skutečnost, že mateřství a rodičovství se týká většinou jen jedinců s lehčím stupněm postižení. Těžce postižené osoby nemají ve většině případech o rodičovskou roli zájem, sami uznávají, že by výchovu dítěte nezvládli nebo je těhotenství a výchova dětí v jejich situaci nežádoucí.

3 Sexuální zneužívání jedinců s mentální retardací

3.1 Riziko sexuálního zneužívání u klientů s mentálním postižením

Jedním z nejhorších nebezpečí, které může mentálně postiženého jedince potkat, je týrání, zneužívání či zanedbávání. V posledních letech takové jednání označujeme jako **CAN syndrom** (anglickému „Child Abuse and Neglect“ odpovídá český výraz „týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte“). „Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné“ (Vágnerová, 2004, s. 593). Do syndromu CAN zahrnujeme tělesné, psychické a sexuální týrání, zneužívání a zanedbávání. Je jisté, že mentálně postižení jedinci mohou být ohroženi všemi formami týrání a zneužívání, já se však budu vzhledem k zaměření bakalářské práce dále zabývat pouze sexuálním zneužíváním.

Součástí syndromu CAN je i **syndrom CSA** („Child Sexual Abuse“), kterým se označuje sexuálně zneužitá dítě. Od roku 1986 je tento syndrom zaveden do Americké psychiatrické diagnostiky a statistického manuálu jako diagnóza (<http://www.kreativne.com/tyrane-deti/cz/projevy.php?sekce=syndromy>).

Klíčovým tématem sexuální osvěty mentálně postižených je podle mého názoru **sexuální zneužívání**. Tímto protispolečenským jednáním jsou ohroženi jedinci s MR víc, než si dovedeme představit. K sexuálnímu zneužívání postižených dochází poměrně často pro jejich snížení rozumových schopností, jejich velkou důvěřivost blízkým osobám a nezkušenost orientovat se v mezilidských vztazích. Bývají zneužíváni dlouhodobě a opakovaně.

„Sexuální zneužívání znamená nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba“ (Sekot, 2009, s. 55). Ke zneužívání však může docházet mezi klienty s MR

navzájem. Bednář (2004, s. 12) doplňuje, „že všechny sexuální kontakty, které neodpovídají kritériu rovnocennosti a dobrovolnosti jsou sexuálním abúsem (zneužíváním).“

Mezi **rizikové faktory**, vedoucí ke zneužívání jedinců s MR patří:

- snížené intelektové schopnosti mentálně postiženého, tzn. rozumová a emoční převaha pachatele;
- omezené komunikační schopnosti, pachatel spoléhá, že oběť nikomu nic neřekne;
- oslabená schopnost úsudku zhodnotit situaci jako nepatřičnou, neobvyklou a nezákonnou;
- izolace rodiny, ve které se sexuální zneužívání odehrává, oběť se nemá komu svěřit;
- strach mluvit o traumatických zážitcích a obavy, že jim nebude nikdo věřit;
- jedinci s MR si často mylně myslí, že nemají právo odmítnout nechtěné praktiky, že je to jejich povinnost toto strpět;
- závislost na osobách blízkých.
(<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=60>)
- Nedostatek zkušeností (oběť je překvapena, nerozumí situaci);
- podceňování nebezpečí ze strany osob pečujících o jedince s MR (např. noční samota, kdy sexuální zneužívání probíhá „za zavřenými dveřmi“);
- bezděčná provokace (vyzývavé oblečení, zvýšená náklonnost, mazlení se, pusinkování);
- očekávání, že bude respektováno závěrečné „ne“;
- služební a příbuzenská závislost (Kovář, 2009, s. 73-74).
- Ve výčtu rizik, spojených se sexuálním zneužíváním jedinců s MR, si dovoluji uvést jako jednu z hlavních příčin sexuálního zneužívání minimální sexuální osvětu.

Osoby s postižením jsou z mnoha důvodů atraktivní obětí pro pachatele. Někteří útočníci využívají snadné příležitosti k sexuálnímu napadení, zdravotní postižení hraje až sekundární roli. Existují však i pachatelé, které zdravotní postižení primárně přitahuje, to znamená, že vyhledávají oběť, která má snížené obranné schopnosti (Kovář, 2009).

3.2 Formy sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání zahrnuje všechny formy chování se sexuálním podtextem, které vedou k sexuálnímu uspokojení zneuživatele. Dítě je chráněno zákonem do patnácti let před veškerými sexuálními kontakty, pokud jde však o mentálně postižené, kteří jsou většinou závislí na péči dalších osob, není věková hranice stanovena.

U sex. zneužívání rozlišujeme **formy** (http://www.ditekriize.cz/syndrom_can.php):

- Bezkontaktní, bezdotykové sexuální zneužívání, též nazývané jako pasivní:
 - obnažování se před dítětem (exhibicionismus);
 - masturbace před dítětem;
 - pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního uspokojení (voyerismus);
 - vystavení dítěte sledování pornografického materiálu;
 - verbální zneužívání (pornolálie) – obscénní telefonické hovory;
 - přinucení sledovat sexuální aktivity dospělých.
- Kontaktní, dotykové sexuální zneužívání, zvané aktivní:
 - osahávání či líbání dítěte na intimních místech;
 - harrasment (sex. ofenzivní chování jedné osoby vůči druhé, která jej neopětuje);
 - nucení dítěte, aby manipulovalo pohlavními orgány svými nebo pachatele;
 - orální či anální sex, intrafemurální styk (styk mezi stehna);
 - pohlavní styk, včetně znásilnění (penetrace);
 - incest (sexuální zneužití příbuznými);
 - sadomasochistické aktivity;
 - pedofilní obtěžování.
- Komerční sexuální zneužívání:
 - zneužití dítěte k dětské pornografii;
 - zneužití dítěte k dětské prostituci.

Vágnerová (2004, s. 620) dělí sexuální zneužívání dále na:

- Intrafamiální – incestní, odehrávající se v rodině;
- Extrafamiální – dějící se mimo rodinu.

3.3 Projevy a důsledky sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání představuje tělesnou, duševní a sociální zátěž a má nenapravitelné, dlouhodobé důsledky, se kterými se musí oběť potýkat. Závažnost důsledků je tím vyšší, čím nižší je věk zneužívaného, čím déle zneužívání trvá a čím je oběť na násilníkovi závislejší. Může také vzniknout posttraumatická stresová porucha (PTSP) jako reakce na traumatickou událost. Oběti sexuálních útoků tak opakovaně prožívají událost ve svých myšlenkách či snech, při každodenní činnosti.

Uvedme si proto nyní možné **ukazatele, které signalizují sexuální zneužívání** (Bednář, 2004):

- Tělesné, klinické obsahové indikátory – zranění a otoky v okolí genitálií, prsou, hýždí, podbřišku či vnitřní straně stehen; cizí předměty v genitáliích, uretrálních (močových) cestách, rektálních otvorech; abnormální dilatace (rozšíření) těchto otvorů; sperma ve vagině či konečníku; výskyt pohlavně přenosných nemocí, aj. ;
- Psychosomatické signály – dlouhotrvající bolest břicha; zvracení; poruchy příjmu potravy; poruchy spánku (noční děsy); bolesti hlavy, dýchací problémy; infekce močových cest; problémy s pomočováním, atd. ;
- Změny v chování – agresivní chování; úzkosti, fobie; silné změny nálad; poruchy řeči; poruchy soustředění se; zhoršení školního prospěchu, záškoláctví; přecitlivělost, strach z doteku, strnulost; strach z intimity; detailní a věku neodpovídající znalost sexuálního chování; excesivní (nadměrná) masturbace, hry nebo kresby se sexuální tematikou; sebepoškozování, pokusy o sebevraždu;
- Rodinné indikátory – problémová rodina; velmi uzavřená rodina; dominantní, kontrolující otec; dítě má v rodině „nedětské“ zodpovědnosti, alkoholismus rodičů, atd.

Vágnerová (2004) vymezuje **oblasti, ve kterých dochází ke změnám v důsledku sexuálního zneužívání:**

- změny citového prožívání – pocity viny, studu, ohrožení, ponížení, beznaděje; ve výjimečných případech stockholmský syndrom (pozitivní vazba oběti na pachatele);
- změny v uvažování – dezorientace; pesimistické uvažování;
- změny v hodnocení světa i sebe samého – ztráta jistoty, bezpečí, důvěry; pocit méněcennosti; pasivita, rezignace;

- změny v chování – nápadná pasivita; podrážděnost; afektivní reakce; sociální izolace; provokace, agresivita;
- somatické obtíže – nevolnosti, bolesti břicha, průjmy, zvracení; poruchy spánku; noční pomočování; deprese;
- změny vztahu k sexualitě – též nazývané traumatická sexualizace; masivní masturbace; sexuálně zaměřené hry; urychlený počátek sexuálního života; dlouhodobé problémy ve vlastním sexuálním životě; problémy v navazování vztahů, atd.

Oběti sexuálního zneužívání se ve většině případech s tímto traumatickým zážitkem nikomu nesvěří a mají strach požádat o pomoc. U jedinců s MR je situace ještě horší, protože mají snížené možnosti se bránit. Důvodem jsou již zmíněné špatné nebo dokonce žádné komunikační schopnosti nebo neschopnost postižené osoby situaci vyhodnotit jako patologickou. Proto je nutné, aby si okolí všimlo výše uvedených varovných signálů, které mohou pomoci odhalit sexuální zneužívání.

3.4 Prevence proti sexuálnímu zneužívání

„Odtabuizování sexuálního života u mentálně postižených jedinců může být důležitým krokem k prevenci společensky a sociálně patologických jevů, čímž konkrétně máme na mysli sexuální zneužívání takto postižených lidí, ke kterému bohužel v naší společnosti dochází. Právě snížená obranyschopnost a také snížená možnost sociální kontroly u takto postižených jedinců je jedním z důvodů, proč se stávají obětí tohoto jevu. Velkým ohrožením pro ně je právě jejich nevědomost a jejich obtížná komunikace a problémy v hledání pomoci“ (Janiš, 2004, s. 21).

Je jisté, že nejlepší ochranou před sexuálním zneužíváním je prevence, jakožto soustava opatření, které mají předcházet tomuto nežádoucímu jevu. Také M. Bednář (2004) vyslovuje názor, že dostatečná sexuální osvěta zvýší obranyschopnost mentálně postižených. V rámci sexuální výchovy proto musí být i nácvik sociálních dovedností. Ten by se měl zaměřit na nácvik asertivní komunikace (umění říci „ne“), dovednost požádat o pomoc, učení zdravému sebevědomí a úctě k vlastnímu tělu, rozpoznání nebezpečných situací či co dělat po pokusu o znásilnění, znásilnění nebo jiných forem sexuálního zneužívání. Je potřeba klienty upozornit na konkrétní osoby, kterým se mohou bez obav svěřit o sexuálním zneužívání.

Prevence by měla být zaměřena jak na klienty s MR, tak na širokou veřejnost, rodiče, poskytovatele sociálních služeb a další, protože právě oni mohou vnímavým přístupem a znalostí problematiky odhalit skryté sexuální zneužívání.

V případě podezření na sexuální zneužívání by nemělo docházet k tzv. „konspiraci mlčení“ (zatajování). Na druhé straně se však informace musí považovat za důvěrné, zaměstnanci sociálních služeb jsou vázáni ochranou soukromí všech zúčastněných (Bednář, 2004). Nesmíme také zapomenout, že existuje oznamovací povinnost. Hlášení sexuálního zneužívání (i podezření) je povinné, jinak se dopouštíme trestného činu proti pořádku ve věcech veřejných – nepřekážení trestného činu § 367, neoznámení trestného činu § 368 zák. č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/cast2h10d8.aspx>).

4 Sexuální výchova jedinců s mentálním postižením

4.1 Sexuální výchova mentálně postižených, její funkce, témata, specifikace a cílové skupiny

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje sexuální výchovu takto: „Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví“ (<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualni-vychova.html>).

Dále tato organizace charakterizuje sexuální zdraví jako „stav fyzické, emoční, duševní a sociální pohody související se sexualitou; nejedná se tedy o pouhou nepřítomnost nemoci, dysfunkce či slabosti. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a respektující přístup k sexualitě a sexuálním vztahům a zároveň prožívání příjemných a bezpečných sexuálních zážitků, bez nátlaků, diskriminace či násilí. Aby sexuální zdraví bylo získáno a zachováno, musí být respektována, ochraňována a naplňována sexuální práva všech osob“ (<http://www.sexualne.cz/sex-a-zdravi>).

Proto musíme respektovat také práva klientů s mentální retardací, poněvadž je mají stejná jako intaktní populace. To dokládá i Deklarace práv mentálně postižených, tedy že tito handicapovaní lidé mají právo na prožití vlastní sexuality, právo na sexuální výchovu a osvětu a na rozvoj své sexuality a v neposlední řadě právo na ochranu před sexuálním zneužíváním (viz. kapitola 4.4).

Nutnost sexuální výchovy je zřejmá z charakteru předchozích kapitol, uvedme si nyní **funkce sexuální výchovy mentálně postižených osob**, které předkládá Svatoš (2004):

- sexuální výchova vede ke zvýšení sebevědomí, mentálně postižení se začnou cítit jako jejich nepostižení vrstevníci;
- přináší informace, které může jedinec s MR použít v běžném životě;
- zlepšuje komunikaci, rozšiřuje slovní zásobu v oblasti sexuality;

- přiměřená a dlouhodobá sexuální výchova má vliv na rozvoj osobnosti, začínáme s jednoduššími tématy a postupně můžeme navozovat složitější, vždy však s ohledem na úroveň rozumových schopností;
- informovanost o sexualitě přispěje k vytváření životních cílů a úvahách o budoucnosti;
- sexuální výchova je nenahraditelná z hlediska prevence patologických jevů, působí jako prevence předčasného zahájení sexuálního života, promiskuity, prostituce, sexuálního zneužití, ad.;
- snižuje riziko předčasných, nechtěných či nežádoucích těhotenství;
- předchází šíření pohlavně přenosných chorob.

Cílem je tedy začlenění získaných poznatků a dovedností do každodenního života lidí s mentálním postižením.

Vzdělávání v oblasti lidské sexuality by se mělo skládat z **následujících témat**:

- vlastní osoba klienta – mužská a ženská anatomie, pozitivní tělesné prožitky, pohlavní zralost, tělesné změny v období puberty, osobní hygiena, masturbace, aj.;
- klient ve vztahu k druhému a svému okolí – společenské role, rozvíjení vztahů a důvěrností, přátelství, zamilovanost, chození spolu, udržování/ukončení vztahu, pohlavní styk, různé druhy sexuality (heterosexualita, homosexualita, bisexualita), vhodné a nevhodné formy sexuality, antikoncepce, bezpečný sex, početí, manželství, těhotenství, porod, rodičovství, sexuálně přenosné nemoci, sexuální zneužívání, sexuální terminologie, asertivní komunikace a zvýšení obranyschopnosti; atd.

Specifikace sexuální výchovy mentálně postižených jedinců:

- respektování intelektové úrovně mentálně postižené osoby, témata sexuální výchovy individuálně zaměřit s ohledem na biologický, mentální, sociální a sexuální věk;
- vzdělávání by mělo probíhat v malých skupinkách, které budou složeny z klientů, kteří mají podobnou úroveň chápání;
- edukátor by měl znát vědomosti a schopnosti klientů a informace předávat srozumitelně, pravdivě, v kratších a častějších intervalech, počítat s rychlejší unavitelností klientů, ztrátou jejich pozornosti a „odbíháním“ od probírané látky,

neustále musí kontrolovat, zda jedinci s MR všemu rozumí a procvičovat s nimi nabyté znalosti;

- edukátor se musí orientovat ve slangových výrazech, které užívají osoby s MR, učit je správné terminologii a dbát na to, aby neužívali vulgární výrazy;
- názorná a systematická výuka, při které je vhodné doprovázet slovní výklad vhodným instruktážním materiálem, vše musí být vysvětlováno co nejnázorněji (obrázky, videa, loutky, figuríny, hry, scénky, interaktivní tabule);
- snaha co nejlépe přiblížit mentálně postiženým danou látku, zaměření se na realitu;
- do sexuální výchovy a osvěty by měli být zahrnuti i rodiče a zákonní zástupci mentálně postižených;
- důležitá je pro edukátora i zpětná vazba.

Sexuální osvěta by měla probíhat v následujících **vzájemně se protínajících rovinách** (Novosad, 2000, s. 40):

- obecně preventivní, která zahrnuje anatomii a sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství, sociální a komunikativní dovednosti, základy sebeobrany proti sexuálnímu obtěžování či zneužívání;
- individuálně preventivní, obsahující poučení o sexuálním chování (projevy a metody) a poučení o koitálních i nekoitálních sexuálních technikách, znalost antikoncepce, partnerské dovednosti atd.;
- intervenční poradenství, které se bude soustřeďovat na řešení akutních problémů jedince či partnerské dvojice.

Sexuální osvěta a výchova mentálně postižených musí být specializována na následující **cílové skupiny**, které spolu musí vzájemně spolupracovat a doplňovat se:

- osoby s mentálním postižením;
- rodiče a zákonní zástupci, kteří často zaujímají negativní postoj k prohlubování znalostí v oblasti sexuality jejich „dětí“;
- vychovatele, pedagogy, poskytovatele sociálních služeb a další osoby, které pracují s mentálně postiženými lidmi;
- studenty, budoucí profesionály, kteří chtějí pracovat s lidmi s MR nebo je přímo vzdělávat;
- nejširší veřejnost, ve které stále přetrvávají předsudky vůči mentálně postiženým.

4.2 Způsoby sexuální výchovy dle stupně mentální retardace

LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE:

Jedinci s tímto stupněm postižení vytvářejí normální sociální vazby, uzavírají manželství nebo dokonce vychovávají děti. Je to skupina, na kterou by měla být sexuální výchova cílena hlavně z toho důvodu, aby nedocházelo k selhávání rodičovské zodpovědnosti. „Z hlediska psychosociálního chování jsou schopni adaptivního chování a sexuální explorační, naučí se ovládat své sexuální impulzy a potřeby, dobře reagují na konkrétní sexuální výchovu a poradenství, dodržují normy společnosti“, vysvětluje Bednář (2004, s. 19). Tito jedinci mají sklon k promiskuitě či za drobné „úplatky“ prostituují, proto je nutné, aby osvěta byla cílena na témata antikoncepce, bezpečný sex, možné formy vztahů a jejich udržení, pohlavně přenosné nemoci, aj. Informace musí být podávány názorně, opakovaně a prostřednictvím vizuálních pomůcek (obrázků, diapositivů, instruktážních filmů, atd.).

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE:

Výuka jedinců s těžkou MR probíhá obdobně jako u lehkého stupně postižení, jen by měl být kladen ještě větší důraz na názornost, jednodušší podání a konkrétnější informace. Ty se budou týkat hlavně masturbace a vhodných místech pro ni, bezpečného používání intimních pomůcek, zacházení se sexuálně explicitním materiálem, osobní hygieny, nácviku sociálních dovedností, včetně schopnosti říci „ne“, rozpoznání sexuálně obtěžujícího chování, atd. Nejvhodnějším výukovým materiálem jsou názorné scénky, pantomima, obrázky či audio a video nahrávky. Velmi účinnou motivací jsou pro klienty odměny a ocenění.

TĚŽKÁ A HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE:

Možnosti výchovy a vzdělání jsou u těchto forem postižení značně omezeny. Komunikační dovednosti jsou rozvinuty minimálně nebo vůbec, proto by bylo v první řadě dobré, aby byli klienti podporováni v rozvoji alternativní a augmentativní komunikace (AAK), která bude podporovat vzájemné dorozumění. Těžce mentálně

postižené osoby se bez pomoci nedovedou přizpůsobit společenským normám, často provádí excesivní masturbaci, někdy spojenou se sebepoškozováním. Sexuální výchova může být uskutečňována behaviorální modifikací (podmiňováním) neboli behaviorální terapií, jejímž cílem je vytvoření nových žádoucích vzorců chování (redukce stereotypie, agresivity, sebepoškozování). Stručné informace sdělujeme prostřednictvím názorného materiálu jako jsou loutky, realistické modely, umístováním vymodelovaných částí těla na nakreslené figuríny apod. (Bednář, 2004). U hluboké mentální retardace má však technika behaviorální modifikace omezené výsledky. Bazalová (2009) navrhuje realizaci bazální stimulace. Pro vysvětlení musím uvést, že bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a poté s ním navázat komunikaci (http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php). Bazalová (2009) též navrhuje pomoc při masturbaci přes žínku, za předpokladu striktně kontrolovaného postupu, prováděného vyškoleným personálem, aby toto nebylo zaměňováno se sexuálním zneužíváním.

4.3 Protokol sexuality a problematika „informovaného souhlasu“

Každé zařízení, které poskytuje sociální služby mentálně postiženým klientům, by mělo mít zpracovaný **protokol sexuality a vztahů**, dokument pro rozvoj vztahů lásky a přátelství a pro ochranu před sexuálním zneužitím. Tento dokument si mohou jednotlivá zařízení sestavit „dle svých potřeb a filozofie vycházející z potřeb osob s postižením (uživatelů služeb) a z potřeb zaměstnanců (poskytovatelů služeb)“ (Štěrbová, 2009, s. 31). Protokoly sexuality jsou ve skutečnosti vnitřní pravidla a pokyny, které určují práva i povinnosti jak klientů s MR, tak personálu. Měl by umožnit zaměstnancům rychlé jednání v různých situacích, zvláště když by došlo k sexuálnímu zneužití jedince. Nemůže dát sice konkrétní návod na řešení konkrétního případu, může však pomoci k odpovědnému rozhodnutí. Všichni zaměstnanci mají obecnou odpovědnost poskytovat sexuální osvětu v širším slova smyslu. Sociální zařízení by také mělo pověřit konkrétní pracovníky, kteří se budou v dané problematice

vzdělávat a stanou se tak sexuálními edukátory. Ti by měli být pod supervizí a v případě potřeby si zajistit externisty z odborného poradenství či terapie.

Protokol sexuality by měl obsahovat tyto **oblasti**:

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově;
- témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty, prevence, nácvik obranyschopnosti;
- způsob řešení možných důsledků sexuality, otázky antikoncepce;
- přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory;
- zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (osvěta pracovníků i klientů);
- vzájemná spolupráce s rodiči a zákonnými zástupci;
- postup při sexuálním zneužití (podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli).

V protokolu by dále měla být řešena problematika tzv. **kvalifikovaného (informovaného) souhlasu**, která však v České republice nemá jednotnou koncepci a v praxi není dostatečně aplikována. Představuje souhlas uživatele sociálních služeb se sexuální výchovou a aktivitami. Poskytnutí souhlasu klientem s MR je velmi náročné, neboť je nutné správně ohodnotit, na kolik je uživatel schopen tento informovaný souhlas dát (Bazalová, 2009). K tomu je nezbytný tým odborníků, kteří posoudí míru informovanosti klienta o daném tématu. Zejména prostřednictvím rozhovoru s mentálně postiženým, jeho pozorováním a spoluprací s rodinou a to nejméně jedenkrát ročně.

4.4 Práva jedinců s mentální retardací

Lidská práva jsou zaručena jednak mezinárodními smlouvami o lidských právech a také vnitrostátními zákony. V českém právním řádu je povinnost rovného zacházení na ústavní úrovni zakotvena v čl. 3 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, podle něhož základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení. V našem právním řádu mají tedy jedinci s mentální retardací stejná práva jako ostatní populace, tedy i právo na prožití vlastní sexuality. Lidská práva

vymezují postavení člověka ve společnosti a bez jejich naplnění člověk nemůže žít jako plnohodnotná společenská bytost (Pipeková, 2006).

Uvedme si nyní některé dokumenty, které hájí práva osob s mentálním postižením (Štěrbová, 2009):

- Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (IPPF, 1995); konkrétní výčet práv uvádím v příloze č. 1;
- Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko, 1997); jednotlivá práva dokládám v příloze č. 2;
- Všeobecná deklarace lidských práv (Charta OSN, 1948);
- Evropská sociální charta (Rada Evropy, 1961);
- Deklarace práv zdravotně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 1975);
- Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (Valné shromáždění OSN, 1993);
- Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996);
- Zákon č. 108/2006 Sb, o sociálních službách; aj.

5 Realizace výzkumu

5.1 Metodologie, cíle, výzkumné otázky

Své zkoumání jsem založila na **kvalitativním druhu výzkumu**. „Jeho podstatou je zkoumání psychických jevů a dějů. Jde spíše o nestrukturovaný popis psychických jevů nebo dějů a na něho navazující jeho všestrannou a důkladnou analýzu s cílem podat vysvětlení těchto jevů nebo dějů ve všech jejich vzájemných vztazích a souvislostech“ (Vízdal a kol., 2009, s. 13, 14).

Než se pustím do vlastního šetření, uvedme si ještě základní charakteristiky kvalitativního výzkumu, které zdůrazňuje J. Hendl v knize Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace (Hendl, 2005) :

- Kvalitativní výzkum se provádí pomocí intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle normální, reflektují každodennost.
- Používají se relativně málo standardizované metody získávání dat. Typy dat zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy, osobní komentáře a všechno to, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí.
- Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci chovají.
- Data se induktivně analyzují (z jednotlivých faktů vyvozujeme tvrzení obecné platnosti) a interpretují (vykládají). Výzkumník se snaží pochopit aktuální dění, vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci.
- Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů, v mém případě klientů s MR. Proto jsem také tento druh výzkumu zvolila.

Důležité je též vědět, že kvalitativní výzkum v žádném případě neslouží k ověření platnosti nebo neplatnosti hypotéz. Slouží k vytváření, resp. k formulování hypotéz na základě zobecnění pozorovaných psychických jevů a dějů. Jeho posláním je generování hypotéz a nikoli ověřování jejich platnosti (Vízdal a kol., 2009).

Základními metodami, které budu využívat pro sběr dat budou **individuální polostrukturovaný rozhovor (semistrukturovaný interview)**, s použitím otevřených

otázek (otázky pro klienty uvádím v Příloze č. 3) a **přímé pozorování**. Pro tento účel jsem použila záznamový arch pro kvalitativní pozorování během rozhovoru od autora P. E. Verona (Příloha č. 4), publikovaný B. Lazarovou (2007, s. 48), který doplním vlastními poznámkami.

Tyto metody považuji za nejvhodnější, vzhledem ke zkoumanému souboru, tzn. vzhledem ke stupni mentálního postižení klientů.

Připomeňme si **cíle této bakalářské práce**. Hlavním cílem bude zjistit, jaké mají lidé s mentálním postižením znalosti v oblasti sexuální výchovy a jak těmto znalostem rozumí. Dále se pokusím určit, jaký mají jedinci s mentálním postižením názor na partnerství a sexualitu, zda mají zájem o sexuální, partnerský a rodinný život. Mým záměrem bude též prozkoumat, jak probíhá a zda je vůbec uskutečňována sexuální osvěta v konkrétním sociálním zařízení, ve kterém jsem realizovala odbornou praxi. Dále z jakých dalších zdrojů čerpají klienti s MR informace o sexualitě. Velmi citlivým způsobem chci otevřít téma sexuálního zneužívání a zjistit, jestli se někdy setkali se sexuálním obtěžováním či zneužíváním.

Ve svém výzkumu se zaměřím tedy na následující **výzkumné otázky**:

Otázka č. 1 – Jaké mají klienti znalosti v oblasti sexuality a jak těmto znalostem rozumí? (Příloha č. 3, otázky č. 1 – 12)

Otázka č. 2 – Mají klienti s MR zájem o sexuální, partnerský či rodinný život?
(Příloha č. 3, otázky č. 13 – 21)

Otázka č. 3 – Setkali se klienti někdy se sexuálním obtěžováním?
(Příloha č. 3, otázky č. 22 – 25)

Otázka č. 4 – Z jakých zdrojů získávají klienti informace o sexualitě?
(Příloha č. 3, otázky č. 26 – 30)

5.2 Charakteristika zkoumaného souboru a popis zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn

Výběrový soubor zahrnuje jedince s mentálním postižením středně těžkého a těžkého stupně, muže i ženy. Volba klientů byla omezena poskytnutím souhlasu rodičů s rozhovorem s jejich synem či dcerou, také úrovní verbální komunikace, proto jsem nestanovila další přesnější kritéria výběru respondentů.

V současné době navštěvuje Effetu 23 klientů. Někteří z nich nejsou schopni žádné verbální komunikace nebo je komunikace s nimi velmi obtížná, proto jsem oslovila rodiče těch klientů, se kterými bylo možné provést rozhovor. Bylo mi poskytnuto osm souhlasů, jeden klient výzvu ke konverzaci odmítl, proto jsem provedla rozhovor se sedmi respondenty.

Jako **výzkumné zařízení** jsem si zvolila pracoviště, ve kterém jsem absolvovala odbornou praxi. Jedná se o denní stacionář **Effeta – pracovní terapie**, na Holzově ul. v Brně. Effeta denní stacionář je projektem Diecézní charity Brno – Oblastní charity Brno. Je to nezisková organizace, která poskytuje sociální služby pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením a autismem. Cílovou skupinou jsou klienti s lehkým, středně těžkým a těžkým stupněm mentální retardace ve věku od osmnácti let. Proto je pracoviště vhodné pro mé šetření.

Hlavním záměrem Effety je v rámci denního pobytu poskytnout svým klientům stravu, hygienickou péči, výchovné a pedagogické vedení či základní terapii. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách lze **služby Effety** rozdělit do následujících okruhů (<http://www.fce.vutbr.cz/aiu/vojkuvka.m/ch/public/mentalnePostizeni/Effeta/popisPosytovaniSluzby.asp>):

- Podpora při zvládnání běžných úkonů a pomoc s péčí o vlastní osobu;
- poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a pomoc při osobní hygieně;
- poskytnutí stravy;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně – terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů;
- základní sociální poradenství.

Denní stacionář Effeta – pracovní terapie, má kapacitu pro 25 osob, v současné době poskytuje služby 23 klientům. Ti zde navštěvují jednu z pěti **pracovně terapeutických dílen**. Effeta zřídila pro své klienty textilní ateliér, kovodílnu, keramickou dílnu, košíkárnou a dřevodílnu. V každé z nich pracuje čtyři až pět jedinců s mentálním postižením, pod vedením jednoho pracovního terapeuta a vytváří zde různé předměty pro radost i praktické použití. Nejčastějšími výrobky jsou ručně malované hrnečky, skleničky, talíře, batikovaná trička, kravaty, šátky, šály, ručně malované kabelky, zarámované obrazy, různé keramické nádoby, vázy, aromalampy, svícny, sošky, tkané koberce, dřevěné hodiny, police, kříže, proutěné prostírání, košíky nebo ošatky všech velikostí a barev. Hotové produkty jsou většinou určeny na prodej veřejnosti, aby se za výtěžek mohl nakoupit další materiál k práci. Klienti mají předkupní právo na svá díla za zvýhodněnou cenu, která pokryje alespoň náklady za výrobek. Mají tedy možnost si své výtvořiny zakoupit a obdarovat jimi své blízké. Mentálně postižení se mohou v jednotlivých dílnách prostřídávat a vyzkoušet si různé druhy práce, většinou jsou však spokojeni v jedné dílně, kterou pravidelně navštěvují a nemají zájem o nějakou větší změnu.

Denní program v Effetě je pevně stanoven. Dům Pracovní terapie je otevřen od 7:00 do 15:30 hod. V ranních hodinách se klienti dostavují buď za doprovodu rodičů nebo je přiváží tzv. svozová služba. Jde o dva mikrobusey, které přepravují mentálně handicapované klienty z domova nebo chráněného bydlení do Effety a odpoledne zpět. Rodiče se podílejí na úhradě svozové služby dle ujetých kilometrů, avšak finanční podíl není tak vysoký, aby zatížil rozpočet rodiny. Jejich děti se tak bezpečně dopraví do zařízení a zpět a jim tak ušetří čas, který by museli dopravě svého potomka věnovat.

Po příchodu do Effety se klienti a osobní asistenti shromáždí ve společenské místnosti a posadí se do kruhu. Jeden po druhém si sdělují zážitky z předchozího dne či víkendu a vychovatelé prozradí klientům plán dne a řeší se organizační věci. Všichni si také při této příležitosti vybírají ze dvou možností oběd na další den. Od 10:00 do 10:30 hod. probíhá svačina. Klienti se aktivně podílejí na přípravě tím, že pomáhají rozdávat a uklízet nádoby nebo utírají stoly. Po svačině odcházejí do jednotlivých dílen, kde vyrábí různé dekorační a užitkové předměty. Všimla jsem si, že někteří jedinci jsou velmi pečliví a dovedou jeden výrobek tvořit dlouhé hodiny. Jiné je třeba k práci motivovat. Ti se pouštějí do kratších a nenáročných úkolů a nejraději by jen poslouchali své oblíbené interprety.

Každému dni v týdnu dominuje aktivita, na kterou se mentálně handicapovaní mohou přihlásit. Sama jsem měla možnost během své praxe klienty doprovodit na plavání, do vířivé vany nebo na bowling, kam je vozí svozová služba. Pátky jsou speciálně určeny na návštěvy různých kaváren, restaurací, cukráren, aj. Vychovatelé vyberou vhodná místa a napíší je klientům na nástěnku. Ti se pak přihlašují podle toho, jakou kavárnu chtějí navštívit. Někdy se snaží zjistit, který vychovatel půjde do jaké kavárny, to je však drženo v tajnosti, aby si nevybírali podle oblíbenosti osobních asistentů. Do jednotlivých kaváren jezdí čtyři až pět mentálně postižených v doprovodu jednoho vychovatele městskou hromadnou dopravou. Cílem je alespoň jeden den v týdnu umožnit klientům kontakt s intaktní populací. Důležitým účelem je jejich aktivizace k samostatnosti a odpovědnosti. Klienti si nesmí zapomenout vzít drobný peněžní obnos na zaplacení, jsou podporováni v samostatné komunikaci při objednávání nápojů, placení účtu, jsou vedeni k nezávislé orientaci v neznámém prostředí (např. vyhledání toalety), atd.

Ve 12 hodin bývá v Effetě oběd, při kterém klienti opět asistují. Nosí z kuchyně do jídelny nádobí, příbory, várnice s jídlem, konvice s čajem, roznáší si navzájem jídlo nebo si ho snaží sami připravit na talíř, to vše podle svých možností.

Následuje program zvaný „bar“. Ve společenské místnosti je zřízený barový pult, na kterém si klienti mohou objednat různé druhy džusů, jež mají dopředu předplaceny. Obsluhu zajišťuje vždy jeden osobní asistent, který zaznamenává cenu objednaného pití a dva klienti, kteří nápoje rozlévají.

Po polední pauze se klienti vrací zpět do dílen, ke své rozdělané práci. V odpoledních hodinách jsou také pro zájemce připraveny různé „kurzy“, jako například procvičování sebeobsluhy, cvičení, tanec, nebo se věnují společenským hrám. Kolem 15 hodiny odchází klienti domů a v 15:30 přijíždí svozová služba.

Pracovní terapie, které se jedinci s MR účastní, je pro ně velkým přínosem a to zejména tím, že v nich pěstuje základní pracovní návyky. Také aktivizuje jejich tvůrčí schopnosti a dovednosti, podporuje kreativní myšlení, pomáhá rozvíjet jemnou motoriku a stimuluje jejich koncentraci a výdrž u jednotlivých úkolů. Při práci v dílnách rozvíjí klienti své zájmy a záliby a jsou v kontaktu se svými nejbližšími kamarády, což pozitivně působí na jejich psychiku. Zhotovená díla, která se jim podaří vyrobit, v nich potom vyvolávají pocit vlastní důležitosti a užitečnosti z vlastní práce.

Musím podotknout, že denní stacionář působí velmi příjemným dojmem a proto se v něm všichni cítí spokojeně. Effeta poskytuje klientům útulné zázemí, kde mají své

kamarády, příjemné osobní asistenty a mohou zde smysluplně trávit svůj volný čas. Praxe strávená na tomto pracovišti pro mne byla velkým přínosem.

5.3 Struktura rozhovorů s jednotlivými klienty

Rozhovory s jednotlivými respondenty probíhaly v prostorách Effety, tedy v jejich dobře známém prostředí. Každý klient byl poučen o diskrétnosti všech vypovězených údajů, také byli upozorněni, že v případě nepochopení dané otázky jim bude blíže vysvětlena. Pokud nastane situace, kdy jim bude některá otázka nepříjemná, mohou mi to sdělit a budeme pokračovat dále.

Z důvodu ochrany osobních dat podle zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů neuvádím žádné bližší informace o klientech. Udávám pouze pohlaví, věk a stupeň mentálního postižení. V následujících podkapitolách popisuji průběh rozhovorů, tedy výsledek polostrukturovaného rozhovoru a přímého pozorování. Pro přesnější interpretaci respondenty cituji.

5.3.1 Klient č. 1 – muž 29 let, středně těžká mentální retardace

Klient má velmi dobré znalosti týkající se lidské sexuality. Dokáže pojmenovat anatomickými názvy pohlavní orgány. Toto názvosloví zná z televize, vzpomněl si na film Policajt ze školky v hlavní roli s Arnoldem Schwarzeneggerem. Klient citoval malého kluka ve filmu a říká, že „kluci mají penis a holky vaginu“. V období dospívání si žádných změn na svém těle nepovšimnul. Když mu ale napovídám, zda si uvědomil, že mu začaly růst vousy nebo ochlupení, dodává, že se dívkám začal dívat na prsa. Název poluce nikdy neslyšel a po bližším vysvětlení říká, že tzv. „mokrý sny“ nikdy neměl. Taktéž si nemohl vzpomenout co je to masturbace, napověděla jsem mu tedy, že jde o sebeuspokojování. Toto mu připomnělo název onanie, dále při rozhovoru už používal jen tento výraz. S onanií zkušenosti má, uvádí, že „když si hraje s pindíkem, tak do kapesníku a ten pak vypere nebo ho mamka vypere“. Na otázku jak často onanuje nevěděl co odpovědět a začal být nervózní. Uhnul očnímu kontaktu, otočil se ke mně bokem, díval se do země a nahlas si povzdech. Z toho jsem usoudila, že je mu otázka nepříjemná a proto jsem pokračovala dále. Klient popsal, že masturbace by se měla provádět na záchodě, v nepřítomnosti dalších osob, také že po „odkápnutí“ do záchodu by si měl každý umýt ruce. Žádné pomůcky k sebeuspokojování nepoužívá,

ani neví, jaké by měl použít. Erotické časopisy nikdy neměl, viděl film Slunce, seno, erotika. Svěřuje se, že jen u jednoho filmu (neprozradil u jakého) si „to dělal“ párkrát. Viděl tam chlapce, který onanoval, proto to začal provádět také. Nikdo ho u toho ale neviděl. Respondent dodává: „Kdyby mě mamka viděla, nevím, jak bych to popsal, ale zlobila by se na mne.“ Ptala jsem se ho, jak starý byl ten chlapec ve filmu, na to mi však odpověděl: „U malých dívek bych to nedělal, to vím, že je trestný.“ Odhaduji proto, že chlapec ve filmu byl také „malý“. Opět se u klienta začaly projevovat známky nervozity a neustále se ujišťoval o tom, že to nikomu neřeknu a již nechtěl toto více rozebírat. Zde mi připadalo vhodné použít ještě doplňující otázku a proto jsem se klienta zeptala, jestli se mu líbí i kluci. Odpověď byla záporná, líbí se mu jen děvčata. Co je to prostitute respondent nevěděl, ani po bližším vysvětlení, jen říká „to bych nedělal“. Vznik dětí líčil velmi sebejistě, popisuje ho tak, „že by se musela spermie dostat do dívčí vaginy“. Jako ochranu před nechtěným těhotenstvím považuje přerušovanou soulož. Jiné druhy antikoncepce klient nezná, neví co je to kondom, avšak velmi ho to zajímalo a ptal se mě, jak se používá, z čeho je vyroben. Na závěr shrnuje nově získané informace slovy: „Aha, takže to se dá spermie do té gumy?“ Antikoncepční prášky označuje jako „destilační“ nebo „destilovaný prášky“, ze kterých není miminko. Více podrobností o užívání již nezná. Klient se opět vrací k přerušované souloži a podivuje se, že ke spolehlivému zabránění těhotenství nestačí „dát sperma ven“. Další jeho dotaz je, zda když „sáhne své partnerce na prsa nebo na vaginu a nemají pohlavní styk, jestli také nemůže otěhotnět“. Klient mi pověděl, že nikdy neměl pohlavní styk a že by si to nikdy nedovolil, protože má svou partnerku rád a nechtěl by jí způsobit nějaké problémy. O pohlavně přenosných nemocech nikdy neslyšel. Slyšel pouze o AIDS a říká: „Ten má Zuzka Hrubá v seriálu Ulice“.

Otázka jaký je rozdíl mezi mít rád někoho a milovat, byla pro klienta těžká, nedokázal to přesně definovat, ale uvědomuje si, že svou partnerku miluje. Jejich vztah označuje za „kamarádění“, říká, že jsou se svou partnerkou přátelé. Respondent si postěžoval, že ve stacionáři nemají soukromí a mohou si dát jen pusu na tvář, víc jim osobní asistenti nedovolí. Soukromí mají jen chvíli na toaletách. Kamarádům se o své lásce nesvěřil, drží to v tajnosti. Sdílel mi, že v osobním kontaktu mezi nimi dochází k „pusinkování, líbání, hlazení, i na prsou, ale nechci to dále rozšiřovat.“ Pohlavní styk klient nikdy neměl. Rozpovídal se, že jeho předchozí dívka „byla háklivá na vaginu“, řekla mu, že se jí to nelíbí. Proto nebude osahávat současnou partnerku. Klient se zamiloval na „první pohled“, partnerka se mu líbila, vyznal ji lásku osobně a od té

doby spolu „kamarádí“. Také se potají zasnoubili, bohužel však bez prstýnků a za přítomnosti jednoho kamaráda, který slíbil, že to nikomu neřekne. Čas spolu tráví „pracovně“ v dílnách. Dotazovaný popisuje, že nechce miminko, ani jeho partnerka, proto „raději nebudou dělat žádný sexuální věci“. „Kdyby se něco mezi námi stalo, tak by za to nesla mamka zodpovědnost, ne my dva.“ Současný vztah před rodiči tají, protože jeho maminka o tom nechce mluvit. Tátovi by zřejmě jejich vztah nevadil. Žít společně a starat se o domácnost by podle klienta nemohli. Říká: „Já ani moje partnerka na to nejsme stavěni“.

Respondent nemá žádnou špatnou sexuální zkušenost. Co je to sexuální zneužívání či obtěžování nedokáže povědět, ví však, „že by se to nemělo“. „Pokud by došlo ke znásilnění někoho, řekl by to rodičům“. Sám se do role zneužitého nedokáže vžít, neví, jak by reagoval, komu by se svěřil.

Informace o sexualitě získává klient „tak různě“ a používá domluvenou frázi v případě, že nechce odpovídat na otázku a říká: „Jdeme dál“. O sexu si povídá občas s kamarády, s rodiči a s osobními asistenty ne. Se sexuální výchovou se nikdy nesetkal. Myslí si, že by se ještě nějaké nové informace o lidské sexualitě mohl dozvědět, nestydí se o ní hovořit.

Během naší konverzace byl klient klidný, velmi komunikativní a otevřený, na otázky odpovídal bezprostředně, myslím si, že pravdivě. Dokázal se velmi dobře soustředit na pokládané dotazy, nebál se zeptat, když něčemu nerozuměl nebo využít možnosti neodpovídat na otázku vůbec. Při rozhovoru neprojevoval téměř žádné známky studu a udržoval se mnou pravidelný oční kontakt. Svůj zájem o dané téma dával najevo pohybovým zrcadlením. Rozhovor se odehrával v jídelně za stolem, proto bylo snadné si tohoto jevu povšimnout. Čím důvěrnější informace mi dotazovaný sděloval, tím více se přiblížil, ztišil tón hlasu a opakovaně se ujišťoval, že obsah naší rozpravy nikomu neřeknu. Velmi výrazná změna nastala u otázky častosti jeho masturbace. Tato diskrétní otázka mu byla pravděpodobně nepříjemná, proto klient vykazoval známky nervozity, přerušil oční kontakt a za stolem se ke mně otočil bokem. Velmi rychle se však vrátil k původní pozici, protože jsem samozřejmě na odpovědi netrvala. Na závěrečný blok otázek už odpovídal krátce, myslím, že poklesla úroveň jeho soustředění.

5.3.2 Klient č. 2 – muž 32 let, středně těžká mentální retardace

Klient má slabší znalosti v oblasti sexuální výchovy, nabyta jsem však subjektivního dojmu, že toho ví mnohem více než mi sdělil. Byl hodně ovlivněn studem. Několikrát se mi svěřil, že nechce danou otázku zodpovědět, protože „nechce, aby se to tady v Effetě dozvěděli“. Ani ujištění o důvěrnosti informací, které mi poví, nepomáhalo. Respondent dokázal pojmenovat mužské a ženské pohlavní orgány a v období dospívání si povšiml růstu ochlupení. Názvy poluce, masturbace, onanie nebo sebeuspokojování nikdy neslyšel, zkušenosti s tím žádné nemá, neví o co jde. Dále o tomto již nechtěl hovořit, odvrátil oční kontakt a věnoval se přerovnávání věcí ve svém batohu. Začala jsem tedy pokládat stejné otázky tak, jako by se týkaly někoho jiného. Například místo „máš nějakou zkušenost s masturbací?“ jsem položila otázku „myslíš si, že někdo masturbuje?“ Klient odpověděl, že asi ano, říkal, že by to měl provádět „doma, o samotě, někde v soukromí, aby ho nikdo neviděl“. Je tedy zřejmé, že ví, co sebeuspokojování znamená, jen se nechtěl svěřovat s vlastními zkušenostmi. Jako pomůcky k masturbaci označuje „porno“. Sám viděl několik filmů, pozdě v noci, nyní už se na ně ale nedívá. Také měl doma několik časopisů, ty už ale vyhodil. Z odpovědí usuzuji, že jsem pořád nezískala klientovu důvěru, protože se stále chránil pro případ, že bych to někomu sdělila. Opět se utvrzuji v nabytém dojmu, že klient ví, co je to masturbace, když jako pomůcky k ní uvádí pornografický materiál. O pornografickém materiálu ví, že se nesmí prodávat osobám mladším osmnácti let. Co je prostituce respondent zpočátku nevěděl, později dodal, že je to „sex za peníze“ a dozvěděl se to v televizi. Popsat vznik dětí se stydí, říká: „Vím to, ale nechcu to tady říkat.“ Chvíli se odhodlával a vypadalo to, že mi něco k tomu poví, nakonec ale zvítězil ostych. Klient si všímá těhotných žen, ví, že se mají pustit sednout v MHD. Délku těhotenství přesně neví, odhaduje to na několik měsíců. Žádnou ochranu před nechtěným těhotenstvím nezná, o pohlavně přenosných nemocech nikdy neslyšel.

Rozdíl mezi mít rád a milovat vnímá klient tak, že rád má například rodiče a miluje svou partnerku. S tímto se mi svěřil již dříve, protože jsem většinu času trávil v dílně, ve které pracoval. Zamilovaný je již dlouho, rodičům ani osobním asistentům se s tím nesvěřil, řekl mi, že „nechce, aby se to tady vědělo“. Ví to pouze jeho kamarádi. S partnerkou se vídá při pracovní terapii a pokud spolu nejsou v dílně, tak si píše dopisy. Ty si vzájemně předávají a přečtou si je doma v soukromí. Lásku si vyznali osobně, řekli si, že spolu budou chodit. Jejich nejbližší kontakt představuje držení se za ruku, hlazení

a pusinkování. Svou partnerku si vybral hlavně podle vzhledu, líbí se mu její vlasy a oči, chtěl by s ní trávit více času. Přál by si být s ní o samotě, což v Effetě není možné. Rád by se s ní třeba sešel u ní doma nebo ji pozval k sobě, problém je však v tom, že by museli jejich vztah zveřejnit. Klient používá již zmíněnou frázi, že „nechce, aby to někdo věděl“. Myslí si, že by zvládl s partnerkou společné bydlení, pomáhal by s domácími pracemi jako s vařením, uklízením a nakupováním. Neví však, jak by zvládl ekonomickou situaci, tedy „kde by vzal na to nakupování peníze, když nechodí do práce, ale jen sem do Effety“. Respondent též stále opakuje, že má svou partnerku velmi rád, moc se mu líbí. Zkušenosti s pohlavním stykem žádné nemá, uvádí: „Žádný sex já nechcu dělat, to ne.“ Potom dodává: „Já nechci, aby se to někdo dozvěděl, že bych měl sex.“ Sex má zakázaný od rodičů, také v Effetě se nesmí provádět, proto se ho raději vyvaruje. Mít děti nepovažuje za vhodné.

Zkušenost se sexuálním obtěžováním respondent nemá, ví co tento pojem znamená. Pokud by ho však někdo nutil k sexuálním aktivitám, které by nechtěl, svěřil by se pouze rodičům, ti by to za něho vyřešili.

O sexualitě si s rodiči nepovídá. Jen s kamarády, od kterých se občas dozví něco nového. Dalším „dobrým zdrojem informací o sexu jsou televize a časopisy“. Sexuální výchovu klient nikdy neměl. Na otázku, jak se cítí při našem rozhovoru mi odpověděl: „Nelíbí se mi to moc, protože se stydím.“ Možnosti vzdělávání v oblasti lidské sexuality by nevyužil, protože by byl „ten, který by se nejvíce styděl“. Uznává však, že je možné, že ostatní kamarádi by se studem problém neměli. Klient si dále myslí, že by se lidé o sexualitě neměli veřejně bavit, je to jen jejich osobní věc.

Celý rozhovor byl velmi ovlivněn respondentovým studem. Udržoval se mnou jen krátký občasný oční kontakt, byl ostýchavý, neklidný a vyhledával činnosti, které by během diskuze mohl provádět. Například přerovnával věci v batohu nebo si pohrával s láhví na pití. Průběžně projevoval obavy z toho, aby se informace týkající se našeho rozhovoru někdo nedozvěděl. Domnívám se, že jsem plně nezískala jeho důvěru, neboť si držel patřičný odstup a odpovídal velmi stroze a opatrně. Ujišťovala jsem ho několikrát o diskrétnosti obsahu naší konverzace, stále byl ale podezřívavý. Klient je jinak velmi výřečný, měla jsem možnost trávit čas v dílně, ve které pracoval. Tam se mi také poprvé svěřil, že je zamilovaný. Nejméně hovorný byl u otázek, které se věnují úrovni znalostí. Zde jsem si nebyla jista, zda jeho nesmělost měla vliv na jeho odpovědi, nebo tímto zakrývá nedostatečnou úroveň znalostí.

5.3.3 Klient č. 3 – žena 38 let, středně těžká mentální retardace

Klientka je velmi dobře informována v oblasti lidské sexuality a partnerských vztazích. Jako intimní část svého těla pojmenovala prsa, na názvy ženských a mužských pohlavních orgánů si nemohla vzpomenout. Žádných biologických změn na svém těle si během dospívání nepovšimla, pouze toho, že byla neklidná. Název menstruace zná, dokonce si vzpomněla, kdy ji poprvé dostala. O menstruaci byla poučena od svého příbuzného lékaře. Proto nebyla zaskočena, když se poprvé dostavila. S tímto se svěřila své mamince, která byla překvapena, že je již dcera informována o menstruaci. Názvy masturbace, onanie nebo sebeuspokojování klientka slyšela a představuje si pod tímto chováním objímání, hlazení, líbání nebo tanec s partnerem. Také říká, že masturbace by se neměla provádět s někým, koho neznáme. Erotické časopisy nikdy neviděla, jen filmy s „postelovými scénami“. Věděla, že pornografický materiál se nesmí distribuovat osobám, jenž nedosáhly osmnácti let. Prostituci definuje jako „sex za peníze“, stejně jako klient č. 2. Vznik dětí popisuje tak, že „muž by měl chodit se ženou, měli by se vzájemně milovat a potom by měl muž dostat mužskou spermii do ženského vajíčka, ze kterého v děloze vyroste dítě“. Délku těhotenství klientka nedokázala určit. Pod pohlavním stykem si vybavuje „citlivé něžnosti v posteli mezi mužem a ženou“. Dále toto nechtěla rozebírat, vypověděla, že „ví o co jde“. Sexuálně přenosné nemoci nezná. Jako ochranu před nechtěným těhotenstvím by použila antikoncepční prášky, příteli by doporučila kondom.

Rozdíl mezi mít rád a milovat vidí dotazovaná takto: „Když někoho miluješ, tak cítíš, že je pořád s tebou, drží nad tebou ochrannou ruku.“ Klientka je nyní zamilovaná, prožívá vztah na dálku. Svého partnera si našla v Effetě, ten na pracovní terapii již nedochází, proto je jejich kontakt minimální. Její partner je velmi stydlivý, necítil by se dobře u klientky doma, ve společnosti jejích rodičů, proto ji nenavštěvuje. Ona se s ním kvůli špatným pohybovým schopnostem též nemůže scházet. Komunikují spolu prostřednictvím telefonu, dopisů či pohledů. Partnera si klientka vybrala podle charakterových vlastností, podle toho, že si vzájemně rozuměli. Byla by ráda, kdyby mohli společně bydlet, uvědomuje si však, že by se o něho nemohla starat. Říká, že by sama nezvládla péči o domácnost. Pohlavní styk nikdy neměla a tak jí to vyhovuje, s partnerem se líbali, hladili a objímali, ráda s ním také tančí.

Respondentka se nesešla se sexuálním obtěžováním, uvádí, že se to občas stává v tanečních, „že se kluci dotýkají holek víc, než by měli“. Pokud by ji někdo násilně

nutit k sexuálním aktivitám, bránila by se, řekla by, že se jí to nelíbí. Svěřila by se s tím lékařem, rodičům ani vychovatelům by to neřekla, má pocit, že by jí to nevěřili.

Informace o sexualitě získává od rodinného příslušníka, který je lékařem, dále z televize. S rodiči ani osobními asistenty by si o tomto tématu povídat nechtěla. S cílenou sexuální výchovou se klientka nesetkala, ráda by se jí však účastnila. Uvítala by externistu odborníka, se kterým by mohla probrat nejasnosti.

Dotazovaná má problém s výslovností, i přes to je velmi komunikativní. Soustředěně odpovídala na otázky, odpovědi dokázala stručně a výstižně formulovat. Povíдалa mi i příběhy ze svého života, vedla dlouhé monology. Na konci nich se přesvědčovala, zda mi to nevadí, že mi povídá i jiné věci, než na které se ptám. Ujistila jsem ji, že jsem ráda, že je sdílná a tak odbočovala od tématu často. Troufám si však tvrdit, že jsem tím získala její důvěru, že se nezajímám jen o informace pro své účely, ale dovedu ji vyslechnout. Neprojevovala známky většího studu, navazovala se mnou oční kontakt a po celou dobu rozhovoru seděla klidně, bez toho, aniž by se nechala něčím rozptýlit. Rozhovor na mě působil velmi příjemně a věrohodně.

5.3.4 Klient č. 4 – muž 39 let, těžká mentální retardace

Klientovy znalosti v oblasti sexuality jsou velmi slabé, místy zmatené. Nedokáže vyjmenovat intimní části lidského těla, pohlavní orgány u muže i ženy nazývá „spodek“. Žádných změn v období puberty si nepovšimnul, přiznává však, že tzv. „mokrý sny“ měl. Zpočátku nevěděl o co se jedná, také se s tímto nikomu nesvěřil. Názvy poluce, masturbace, onanie, sebeuspokojování nezná. Zkušenosti s masturbací má, formuloval ji jako „zkušenosti s uvolňováním spermií“. Provádí ji „poměrně často“, správně by se měla podle klienta provádět na posteli, o samotě. Erotické časopisy nebo filmy nikdy neviděl, ani žádné jiné pomůcky k onanii nepoužívá. Prostituci označuje jako „škodlivou látku pro všechny“, bylo tedy zřejmé, že neví o co se jedná. Ani pod frází „sex za peníze“, jak prostituci pojmenovali předchozí klienti, si nedokázal nic vybavit. Otázku týkající se vzniku dětí komentoval slovy: „Je to když mezi mužem a ženou něco probíhá“. Dále vysvětluje: „Když muž a žena chtějí mít dítě, tak si to spolu řeknou, muž to provede, schová toho svého do futrálu a jeho spermie se dostanou do hormonů ženy“. Délku těhotenství respondent určil správně. Antikoncepční prostředky nezná, zabránění početí mu přijde „zbytečné a nesouhlasí s ním“. Je též přesvědčen, že „děti vznikají z každého pohlavního styku,

není možné aby se stalo, že po sexu žena neotěhotní“. Pohlavní styk chápe jako „sex mezi dvěma lidmi“. Popisuje ho následovně: „Toho svého dám do ženy, do vaginy“ (na tento název si klient na začátku rozhovoru nemohl vzpomenout, nyní ho však sám použil). Pohlavně přenosné nemoci nezná.

Rozdíl mezi tím, když máme někoho rádi a někoho milujeme definuje klient jako „jednoznačný“. Pojem milovat někoho pro něho představuje „spojení dvou lidí, fyzické i psychické“. Nyní je zamilovaný do přítelkyně z Effety. Dotazovaný říká: „Je mi vzácná, chtěl bych s ní mít rodinu a jsme do sebe oba zamilovaní“. Chodí spolu asi dva měsíce a ve fyzickém kontaktu došli tak daleko, že už je „v tom“. Takto označuje partnerčino těhotenství. Zeptala jsem se ho, za jakých okolností k tomu došlo a on odpověděl, že „milováním na sobě“. Vzájemně si toto navrhli a uskutečnili tajně v jedné z dílen, která byla prázdná. O jejím početí ještě nikdo neví. Na dotaz, jak si potvrdili skutečnost o jejím těhotenství klient nedokázal odpovědět, dával mi najevo, že je to „jasná věc, když se spolu vyspali“. Partnerku si vybral podle vzhledu a podle charakterových vlastností, pronesl: „moje partnerka je charakterní“. Nejráději si s ní povídá o osobních záležitostech, „nikdy se nehádají a nikdy k tomu ani nedojde“. Mamince se svěřil o svém vztahu, před ostatními to však tají, podotýká „čert nikdy nespí“. Je sebejistě přesvědčen, že by s partnerkou mohl společně žít, starat se o domácnost a vychovávat dítě, které spolu čekají. Obavy má jen ze zármutku maminky, až se dozví, že od ní odejde.

Se sexuálním obtěžováním se respondent nesetkal, v případě že by ho někdo takto obtěžoval by mu sdělil, že se to nesmí. Tento čin by nahlásil na policii. Rodičům by to nepověděl z toho důvodu, že je to „diskrétní záležitost“.

Informace o sexu se klient dozvěděl „sám od sebe, napadlo ho, že již není dítě“. Tázala jsem se ho tedy, zda své vědomosti získal od rodičů, kamarádů, z televize či časopisů. Tvrdil, že vědomosti „nabyl pudově, každý má znalosti o sexualitě, je však možné, že o nich nechce hovořit“. Sexuální výchovu nikdy neměl, jen přírodopis a v něm nějaké znalosti nabyl. Klient zastává názor, že „děti by se neměly o sexualitě dozvědět do dvacetijedna let, neboť do té doby nenastane pánevní dentita“. Náš rozhovor zhodnotil tak, že se nestydí bavit o sexuální problematice, ba naopak, že to na něho působí příznivě a chtěl by se dále vzdělávat.

Respondent byl při našem povídání klidný, hovořil spisovně, pomalu, rozvážně a se zájmem. Ještě před rozhovorem trval na tom, že si přestěhuje s sebou svoji rozdělanou práci, kterou započal dopoledne a sám uvařil dvě kávy, aby se nám lépe konverzovalo.

Během našeho dialogu nakonec nepracoval, měl však na stole vše porovnáno tak, jako by chtěl pracovat. Myslím, že si takto vytvořil zázemí, ve kterém se cítil sebejistě. Byl si jistý správností svých odpovědí, vystupoval sebevědomě. Na mne, jako na pozorovatele, však působily jeho odpovědi místy zmateně a nevěrohodně. Hlavně informace týkající se jeho vztahu a plánů do budoucnosti, také skutečnost, že je partnerka těhotná. Mám za to, že klientův vztah je imaginární nebo si některé skutečnosti v něm vymyslel. Technicky není možné, aby partnerku přivedl do jiného stavu v některé z dílen, protože ty jsou zamykány právě z toho důvodu, aby se v nich klienti nescházeli bez dozoru. I já, jako praktikantka, jsem byla poučena o této skutečnosti. Můj subjektivní dojem je takový, že klientův vztah se odehrává v jeho mysli a mně ho popsal tak, jak by si jej představoval.

5.3.5 Klient č. 5 – žena 28 let, těžká retardace

Klientka se velmi těšila na náš rozhovor, stále se vyptávala, „kdy už půjdeme na povídání“. Když jsem ji vyzvala k rozhovoru v soukromí, byla nadšená. Úvodní „rozehřátí“, tedy navázání rozhovoru se však nepodařilo. Klientka se uzavřela sama do sebe a přestala odpovídat na běžné konverzační otázky typu jak se má, co vyráběla v dílně nebo co podnikne odpoledne. I přesto, že bývá velmi upovídaná. Dívala se z okna a nereagovala na žádné otázky. Nechala jsem ji tedy poměrně dlouho u okna stát, zkoušela jsem, jestli sama nepřijde a nebude chtít vědět, o čem si vlastně máme povídat. Upřeně pozorovala co se děje venku a chvílemi se zdála být duchem nepřítomná. Vyzkoušela jsem tedy hovor navázat tím, aby mi sdělila, co zajímavého vidí venku, stále však mlčela. Věnovala jsem jí dostatek času, ale naše vzájemné mlčení nebo moje snaha o navázání kontaktu se protáhla do pozdních odpoledních hodin, kdy si ji přišla vyzvednout příbuzná. I přes to, že jsme nakonec spolu vůbec nehovořily, nechtěla odejít domů a chtěla si povídat. Slíbila jsem jí tedy, že budeme pokračovat následující den.

Následující den byl scénář našeho rozhovoru podobný. Respondentka si chtěla povídat, byla ale mlčenlivá, rozptylovala se různými předměty v místnosti, upřeně hleděla z okna a říkala, že se stydí. Rozpovídat se mi ji podařilo téměř po hodině, stále však byla velmi ostýchavá, nepozorná a odpovídala krátce. Nakonec mi navrhla, jestli bych jí nemohla pokládat otázky tak, aby odpovídala ano nebo ne, proto jsem diskuzi začala prokládat uzavřenými otázkami.

Znalosti v oblasti sexuální výchovy má dotazovaná minimální. Intimní části lidského těla uměla ukázat, pojmenovat však ne. Je možné, že toto ví, ale dále se již o tomto bavit nechtěla, protože se styděla. Žádné změny v období puberty nezaznamenala. Pojem menstruace znala, pamatuje si na dobu, kdy ji poprvé dostala, ale nevzpomíná si, kdy to bylo. Svěřila se o tom pouze své mamince a ta jí potom vše vysvětlila. Pojmy masturbace, onanie, sebeuspokojování, prostituce, pohlavní styk, antikoncepce nebo pohlavně přenosné nemoci klientka nezná. Ví, že „dětí se rodí z bříška“, neví však, jak se tam dostanou.

Klientka nikdy neměla žádný vztah, ani by žádného partnera nechtěla, myslí si, že je lepší, když je člověk sám a má jen kamarády a kamarádky. Také předpokládá, že se nikdy nezamiluje, protože nejraději tráví čas o samotě. Kdyby se klientce nějaký chlapec líbil, tak by mu to nesdělila, také rodičům by se s tím nesvěřila. Ideální partner by měl být hodný. Zájem o sexuální, partnerský ani rodinný život tedy nemá.

Se sexuálním obtěžováním zkušenost nemá, nebyla jsem si však jista, zda rozumí, co sexuální zneužívání je. Bavily jsme se tedy o tom, kdyby se jí stal nějaký nepříjemný zážitek, kdyby jí někdo ublížil, osahával nebo nutil k sexu, jak by reagovala. Respondentka mi řekla, že by se „bála se někomu o tom svěřit, styděla by se“. Také pachateli by nedokázala vzdorovat.

Se sexuální výchovou se nikdy nesetkala, s rodiči, osobními asistenty ani kamarády se o tomto nebaví. Ráda by se dozvěděla nějaké další informace. V závěru konverzace byla klientka spokojena, že jsme se bavily o tomto tématu, říkala, že je sama ráda, že se přestala stydět a chtěla by si dále povídat, nejlépe pravidelně.

5.3.6 Klient č. 6 – muž 28 let, těžká retardace

Rozhovor s tímto klientem probíhal také na dvě části. První den byl respondent méně hovorný, měl problém s navazováním očního kontaktu a po celou dobu hovoru byl otočen bokem, jeho pohled směřoval k oknu. Odpovědi pečlivě promýšlel, přes to se nedokázal plně soustředit a odbíhal od tématu. Asi v jedné třetině otázek jsme byli přerušeni nečekaným brzkým příchodem jeho maminky. Na klientovi bylo vidět známky úlevy, mám za to, že to pro něho bylo „vysvobození“. Následující den se však sám přihlásil, že by to „šel rád dopovídat“. Tentokrát byl více komunikativní, daleko více se mnou udržoval oční kontakt, seděl uvolněně přímo naproti mně.

Znalosti sexuální problematiky u tohoto klienta jsou částečné, velmi podobné jako u klientky č. 5. Nezná slovo „intimní“ ani „pohlavní orgány“. Ptala jsem se ho tedy, které části těla by muži a ženy neměli na veřejnosti odhalovat a na to mi odpověděl, že by „lidé měli mít aspoň plavky“. Pojmy poluce a masturbace nezná. Po bližším vysvětlení ví o co jde, nechce se však o tomto tématu bavit, říkal mi, že mám pokračovat a položit další otázku. O prostituci nikdy neslyšel, sexuálně explicitní materiál nikdy neviděl, ví, že se prodává na novinových stáncích. Raději si chtěl povídat o mých a jeho oblíbených filmech. K pohlavnímu styku pronáší: „Tím myslíš sex? Tak to nedělám.“ Početí dítěte respondent nedokáže popsat, ví jen, že „do porodu nosí maminky dítě v břichu“. Druhy antikoncepce ani pohlavně přenosné nemoci nezná.

Klient na otázku jaký je rozdíl mezi mít rád a milovat odpovídá, že má rád rodiče. Nemá žádné zkušenosti s partnerským vztahem, má jen několik kamarádek, které se mu líbí. Zamilovaný však není, myslí si, že to není ani možné. Ideální partnerka by měla mít podle něho jen dobré vlastnosti, tak jako právě jedna z jeho kamarádek. O té také prozradil, že ji má ze všech kamarádek nejraději a nejvíce se mu líbí. Chodit s ní by nechtěl, ale je rád, když jsou spolu v dílně.

Dotazovaný říká, že se sexuálním obtěžováním zkušenosti nemá. Tak jako u klientky č. 5 jsem nebyla přesvědčena, zda si dokáže pod sexuálním obtěžováním či zneužíváním něco představit, protože toto chování nedokázal definovat. Kdyby se mu však stal nějaký nepříjemný zážitek a někdo by mu ubližoval, nikomu by se s tím nesvěřil. Pak dodává: „To ale není možné, aby mi někdo ublížil“.

O sexu se nebaví s kamarády ani s rodiči, sexuální výchovu nikdy neměl. Když jsme si povídali nyní o sexualitě, tak se styděl, ale vyslovil přání, že by si „rád povídal o dalších otázkách z mého papíru“.

Klient byl během našeho rozhovoru lehce nervózní, potil se a utíral si často čelo kapesníkem. Také si přál udělat dvě krátké přestávky, se slovy „odpočineme si“. Přesto se vstřícně snažil odpovídat na mé dotazy a byl velmi přátelský. Jeho pohled se občas upínal na okno a odbočoval k tématu o počasí nebo aktuálních zprávách ze světa, brzy se však dovedl vrátit zpět a říkal: „Jakou tam máš další otázku?“ Též navrhoval, že by bylo dobré, abych měla alespoň u některých otázek nachystané tři odpovědi, ze kterých by si mohl vybrat, bylo by to pro něj jednodušší. Jako například v soutěži „O poklad Anežky České“.

5.3.7 Klient č. 7 – muž 31 let, těžká retardace

Znalosti sexuální problematiky jsou u klienta velmi malé. Dotazovaný se velmi styděl, sám mi to řekl. Stud také projevoval smíchem. Když jsem mu položila nějakou intimnější otázku, začal se usmívat. Ví, že klient umí prstovou abecedu a běžně ji při řeči používá, navrhla jsem mu tedy, že pokud se bude stydět, může mi to sdělit prstovou abecedou. Klient přistoupil velmi ochotně na naši domluvu a opravdu ji využíval v situacích, kdy se nejvíce ostýchal. Jinak se zájmem odpovídal na moje dotazy, snažil se udržet pozornost a byl velmi zdvořilý. Pokud neznal odpověď, omlouval se slovy „promiň, nevzpomínám si“, „to nevím, promiň“. Během rozhovoru seděl uvolněně naproti mně, občas se zvednul, prošel se po místnosti a vrátil se zpět na místo.

Mužský a ženský pohlavní orgán respondent znakoval prstovou abecedou a označil je jako „penis“ a „prcinka“. V období dospívání si nepovšiml žádných tělesných změn, pod pojmy poluce či tzv. mokré sny se mu nic nevybavilo. Zkušenosti s masturbací má, říká, že je „příjemná“ a provádí ji pravidelně. Pojem masturbace nebo onanie však nezná, používá výraz „osahávání penisu“, slovo penis vždy znakoval. Žádné pomůcky k masturbaci nepoužívá, erotický materiál nikdy neviděl. Pod pojmem pohlavní styk si představuje „když se holka a kluk sblíží a jsou blíž u sebe“. Potom dodal: „Musí u toho být nazí.“ Početí dítěte popisuje slovy: „Musí to být někdy po svatbě. Když má žena bolesti, zavolá se záchranka, ta přijede a odveze ji do porodnice.“ Dále klient pokračoval prstovou abecedou: „Musí mezi mužem a ženou proběhnout milování, v klidu, když mají oba volno“. Nikdy neslyšel o prostituci, antikoncepci ani pohlavních nemocech.

Pod formulací „mít rád“ si klient představil své přátele. Říkal, že jsou zde v Effetě všichni přátelé. Také se mu vybavil seriál Přátelé, který rád sleduje a dlouze o něm hovořil. Zamilovaný nyní není, ale jedna slečna se mu velmi líbí. K žádnému bližšímu kontaktu mezi nimi nedošlo. Klient se dále svěřuje, že od žádné dívky nikdy nedostal pusu, ani s žádnou nechodil. Také konstatoval: „Když se holka a kluk milují, dávají si pusu na tvář, na ústa a na čelo, jsou blíž u sebe.“ Respondent rád tančí, hlavně „ploužáky“, protože to je v těsné blízkosti svých kamarádek, říká, že je může objímat. Na slečně, která se mu nejvíce líbí má rád, když si dává stíny, tedy když je pěkně namalovaná a upravená. Dále popisuje, že dotyčná nosí někdy pletené copy, jindy má vlasy rozpuštěné a obojí se mu líbí. Neví však, zda by s ní chtěl chodit.

Dotazovaný nevěděl, co je to sexuální zneužívání či obtěžování, ani pojem znásilnění nikdy neslyšel. K tomu mi jen pověděl: „Tak to fakt nevím, to je mi moc líto.“ Nikdo ho nenutil k žádným aktivitám, které by mu byly nepříjemné. Kdyby se mu však stalo něco zlého, řekl by to mamince, také tomu „co by mu škodil“.

Respondent neví odkud získává informace o sexualitě, od rodičů ani vychovatelů ne. Sexuální výchovu nikdy neměl, chtěl by se však více dozvědět. Při našem rozhovoru se cítil „dobře“, říkal, že se „někdy stydí bavit o sexu“.

6 Analýza a vyhodnocení výsledků

6.1 Polostrukturované rozhovory

6.1.1 Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 1 - Jaké mají klienti znalosti v oblasti sexuality a jak těmto znalostem rozumí?

Během svého šetření, které jsem provedla se sedmi respondenty středně těžkého a těžkého stupně mentální retardace jsem zjistila, že mají velké nedostatky v oblasti znalostí lidské sexuality. Přitom je velmi důležité, aby byli s informacemi o sexualitě seznámeni jednak z důvodu osobní bezpečnosti, jednak z důvodu zlepšení kvality jejich soukromého života.

Pro úroveň znalostí jsem zvolila dvanáct otázek (Příloha č. 3, otázky č. 1 – 12), zaměřených na některá témata sexuální edukace.

Hned první otázka, týkající se mužských a ženských pohlavních orgánů, byla pro klienty náročná. Pouze dva respondenti dokázali pojmenovat pohlavní orgány zcela správně, ostatní nedokázali odpovědět nebo použili hovorovou terminologii, například „spodek“ či „prcinka“. Důležitou oblastí, se kterou by měli klienti být seznámeni, je vývoj lidského těla během puberty, též s rozvojem sekundárních pohlavních znaků (jak uvádím v kapitole 2.2.). Změny v období dospívání však nedokázal charakterizovat téměř žádný respondent, pouze jeden zmínil růst ochlupení a druhý uvedl, že si začal všimnout ženských ňader. Výzkumný vzorek zahrnoval dvě ženy. Obě byly poučeny o menstruaci, jedna v předstihu od rodinného známého, druhá až po menarche (po první menstruaci). Žádné se tedy nedostalo řádného vysvětlení od rodičů před první zkušeností s menstruací, což považuji za velmi negativní zjištění. Ze čtyř mužů věděl o poluci pouze jeden. Sice neznal název poluce, ale zkušenosti s tzv. „mokrými sny“ má. O tomto nikomu nepověděl. Neinformovanost respondentů o poluci připisuji tomu, že pokud s ní zkušenosti mají, nikomu se nesevěří. Není tolik zásadní, jako například menstruace u dívek, které jsou nuceny sdělit svůj prožitek s menarche někomu blízkému, aby jim pomohl vyřešit, jak se postarat o osobní hygienu. Každopádně by klienti měli být seznámeni s polucí, protože zkušenost s ní bez předchozího poučení může být stresující. Téma masturbace vyvolala u klientů různé reakce. Pouze jeden

popsal podrobně vlastní zkušenost a znal názvy sebeuspokojování a onanie, u ostatních tento předmět hovoru vyvolal stud. Dva klienti neznali terminologii, použili názvy „uvolňování spermií“ a „osahávání penisu“, ale věděli o co se jedná, další dva také věděli o co se jedná, ale nechtěli o tomto hovořit. Jedna žena nevěděla co sebeuspokojování znamená, druhá si pod tímto představuje objímání, hlazení, líbání a tanec s partnerem. Z rozhovorů je zřejmé, že většina klientů má zkušenosti s onanií (především muži), která pro ně představuje jedinou možnost sexuálního prožitku. Správně určili místo vhodné k masturbaci tři klienti, ostatní nevěděli nebo využili možnost neodpovídat na tuto otázku. Tyto tři odpovědi vykazovaly určitou podobnost – „na záchodě, v nepřítomnosti dalších osob“, „doma, o samotě, někde v soukromí, aby to nikdo neviděl“, „na posteli, o samotě“. Pozitivní tedy je, že si uvědomují nutnost provádět masturbaci v soukromí. Pomůcky k masturbaci respondenti nepoužívají, ve většině případech ani neví, jaké pomůcky užít. Jen jeden dotazovaný označil jako pomůcku k masturbaci pornografický materiál. Jeden klient neodpovídal. Pornografický materiál znají všichni, většina z nich se s ním ale osobně nikdy nesetkala. Dva klienti mi dokonce sami sdělili, že sexuálně explicitní materiál je zakázán osobám mladším osmnácti let. Téměř nikdo nevěděl, co je to prostituce. Dva klienti odpověděli shodnou frází, že se jedná o „sex za peníze“. Početí dětí popsali dva klienti správně. Ostatní mají jen minimální představu, nedovedou toto přesněji definovat. Opět se projevuje podobnost odpovědí jako „děti se rodí z břicha“. Pohlavní styk klienti označují jako „citlivé něžnosti v posteli mezi mužem a ženou“, „sex mezi dvěma lidmi“ či „když se holka a kluk sblíží, jsou blíž u sebe a jsou u toho nazí“. Jeden respondent neodpovídal, jeden neměl žádnou představu o pohlavním styku. Velmi problematická byla pro respondenty otázka věnovaná antikoncepci. Pouze jedna dotazovaná měla velmi dobré znalosti, zná antikoncepční prášky i kondom, druhý dotazovaný zmínil jako formu zabránění početí přerušovanou soulož. Ostatní o antikoncepci nikdy neslyšeli. Výzkumný vzorek sedmi klientů nemá vůbec žádnou znalost o pohlavně přenosných nemocech. Tuto skutečnost považuji za alarmující.

Pro větší přehlednost shrnuji výše uvedené znalosti respondentů do tabulky (tabulka č. 1), ze které je patrná úroveň znalostí každého klienta, také jakou úroveň znalostí měla celá skupina na každou položenou otázku. Zcela správně neodpovídal žádný klient, tři odpovídali většinou správně, tedy jejich znalosti jsou dobré. Odpovědi třech klientů byly většinou špatné, mají tedy minimální znalosti v oblasti sexuality. Jeden klient nemá podle následujícího hodnocení žádné znalosti.

Nejproblematictější pro respondenty byly otázky týkající se změn v dospívání, pomůcek k masturbaci a pohlavně přenosných nemocí. Naopak nejčastěji správně zodpovězenou otázkou byl pornografický materiál. Můj průzkum není zaměřen na porovnání znalostí mezi stupni MR, z následující tabulky je však na první pohled patrné, že klienti se středně těžkou MR (klienti 1-3) mají větší znalosti než klienti s těžkou MR (klienti 4-7).

Tabulka. č. 1 – Znalosti mentálně postižených jedinců v oblasti sexuální výchovy									
Otázky	Dotazované pojmy (Příloha č. 3, ot. 1-12)	Kl. 1	Kl. 2	Kl. 3	Kl. 4	Kl. 5	Kl. 6	Kl. 7	Průměr skupiny
1	Pohlavní orgány	3	3	1	1	0	0	1	1
2	Změny v dospívání	1	1	0	0	0	0	0	0
3	Menstruace/poluce	0	0	3	2	3	x	0	1
4	Masturbace	3	3	0	2	0	1	2	2
5	Místo k masturbaci	3	3	0	3	0	x	x	2
6	Pomůcky k masturb.	0	2	0	0	0	x	0	0
7	Pornograf. materiál	3	3	3	3	x	3	3	3
8	Prostituce	0	3	3	0	0	0	0	1
9	Početí dítěte	3	x	3	1	1	1	1	2
10	Antikoncepce	1	0	3	0	0	0	0	1
11	Pohlavní styk	3	x	3	3	0	1	1	2
12	Pohl. přenosné nemoci	0	0	0	0	0	0	0	0
Průměr klienta		2	2	2	1	0	1	1	
x – bez odpovědi		1 bod – většinou nesprávně, minimální znalost							
0 bodů – žádné znalosti		2 body – většinou správně, dobrá znalost							
		3 body – zcela správně, velmi dobrá znalost							

6.1.2 Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 2 - Mají klienti s MR zájem o sexuální, partnerský či rodinný život?

Další výzkumnou otázkou jsem se snažila prozkoumat partnerské vztahy respondentů a zjistit, zda mají zájem o sexuální, partnerský a rodinný život. Rodinným životem myslím jejich vlastní rodinný život, tedy jestli chtějí s partnerem společně žít, starat se o domácnost, mít vlastní dítě a vychovávat jej, samostatně, bez závislosti na svých rodičích. Zajímalo mě, zda dokážou reálně zhodnotit úroveň svých dovedností

a posoudit, jestli jsou schopni toto zvládnout. Otázky vážící se k tomuto tématu jsou podrobně rozepsány v příloze č. 3, odpovědi v kapitole 5. 3., avšak za vhodné považuji uvést i stručný přehled odpovědí v tabulce č. 2.

Byla jsem zvědavá, jestli dotazovaní umí vystihnout rozdíl mezi mít rád a milovat. Tedy jak vnímají hloubku svých citů. Kromě jednoho klienta odpovídali všichni a to velmi podobným způsobem. Pojem milovat mají spojený s láskou ke svým partnerům. Dva klienti mi sdělili, že milují svou partnerku, dva popsali jejich cit následovně: „Když někoho miluješ, tak cítíš, že je pořád s tebou, drží nad tebou ochrannou ruku.“ Druhý pronáší: „Pojem milovat představuje spojení dvou lidí, fyzické i psychické.“ Zde se pozastavme nad skutečností, že čtyři klienti, kteří mají zkušenost s partnerským vztahem, odpovídají automaticky jen na polovinu mé otázky, tedy dominantní je pro ně pojem milovat. Pouze jeden klient podotknul, že rád má své rodiče, čímž odpověděl na celou otázku. Je zajímavé, že zbývající tři respondenti, jenž nemají zkušenost s partnerským vztahem, odpovídali pouze na to, koho mají rádi. Pod tímto si vybavili své rodiče a přátele. Nejčastější tělesný kontakt, který klienti prožili s opačným pohlavím, představuje držení se za ruce, hlazení, objímání, pusinkování a líbání. Jeden klient se dotýkal své partnerky na intimních místech, jeden tvrdí, že měl pohlavní styk. Nevím však, na kolik je tato informace pravdivá, můj subjektivní dojem je takový, že klientův vztah se odehrává v jeho mysli a mně ho popsal tak, jak by si ho představoval, včetně pohlavního styku (viz kap. 5.3.4). Tři respondenti nemají žádnou zkušenost v osobním kontaktu s opačným pohlavím, protože nikdy neprožili partnerský vztah. Všichni čtyři respondenti, tedy ti, kteří s někým chodí, vyznali svému protějšku lásku osobně. Jedna klientka sice partnera nemá, ale kdyby někoho milovala, nevyznala by mu své city. Všimněme si, že klienti, kteří nemají partnery, na další otázky většinou nedokázali odpovědět. Ptala jsem se jich, jak by se zachovali v případě, že by partnera měli, ale nedokázali si toto reálně představit. Velmi důležitý předpoklad pro výběr partnera představuje pro respondenty vzhled. Dva volili partnera pouze podle vzhledu, jeden podle vzhledu a charakteru, jen jeden podle charakteru. Jedna klientka uvedla, že ideální partner by měl být hodný, čímž nepřímou konstatuje, že jsou pro ni důležité charakterové vlastnosti. Zbývající dva klienti též nemají partnery, ale hovoří o dívkách, které se jim líbí, preferují tedy vzhled. Jeden dokonce vyzdvihuje líčení a úpravu vlasů u dívky. Při rozhovorech s klienty jsem cítila jejich náklonnost k těmto protějškům, i když vyslovili skutečnost, že nejsou zamilováni. Jeden z nich doplnil své tvrzení ještě výrokem, že ideální partnerka by měla mít pouze

dobré vlastnosti, tak jako jeho kamarádka, která se mu líbí nejvíce. Vidíme zde vyváženost odpovědí, pro některé klienty je důležitý vzhled u partnera, pro některé charakterové vlastnosti, jiní považují za důležité obě tyto stránky osobnosti. Tři klienti tráví společný čas s partnery pouze při práci v dílnách, jeden z nich si ještě s partnerkou dopisuje, pokud nejsou ve stejné dílně. Stěžovali si na nedostatek soukromí, také že by s partnery chtěli trávit více času. To ale v jejich případě není možné, protože svůj vztah tají, buď před rodiči nebo v Effetě. Respondentce, která prožívá vztah na dálku, je líto, že už nemůže svého partnera vídat ani v dílnách. Přestal Effetu navštěvovat, proto se jejich kontakt omezil na telefonování a korespondenci. Svůj vztah před nikým netají, přesto není možné, aby se pravidelně vídali. Klientka má zdravotní problémy, špatně chodí, její partner není ochoten ji navštěvovat a proto by musela požádat rodiče, aby ji odvezli k němu. Tím ale nechce své rodiče zatěžovat. Klientka, která nemá partnera, by se v případě nějakého vztahu o tomto nikomu nesvěřila. Otázka č. 20 v tabulce č. 2 přehledně uvádí odpovědi na to, zda respondenti mají zájem o sexuální, partnerský a vlastní rodinný život. Je patrné, že o sexuální život nemá zájem většina klientů, bez ohledu na to, zda mají nebo nemají partnery. Pouze jeden klient projevil o toto zájem. Nabyla jsem dojmu, že je to hlavně z toho důvodu, že je rodiče upozorňují na riziko nežádoucího těhotenství, sexuální život mají zakázaný a oni se to snaží respektovat. Touhu po partnerském životě projevují čtyři klienti. Partnerský vztah pro ně představuje citový kontakt s blízkou osobou, je zřejmé, že mají potřebu být někým milováni a lásku opěťovat. Dále pro ně vztah znamená možnost vyjádřit své pocity něžnostmi jako je objetí, držení se za ruce, polibky, aj. Mám za to, že tato úroveň partnerského vztahu klientům vyhovuje. Tři ze čtyř klientů, kteří právě prožívají vztah, si uvědomují stupeň svého mentálního postižení, proto nemají zájem o rodinný život, nechtějí mít děti a přiznávají, že by chod vlastní domácnosti nezajistili. Pouze jeden je přesvědčen, že by s partnerkou mohl společně žít, starat se o domácnost a vychovávat dítě. Tři respondenti neprojevili vážnější zájem o partnerský vztah, předpokládám tedy, že ani o rodinný život.

Tabulka č. 2 – Zájem mentálně postižených o sexuální, partnerský a rodinný život								
Otázky	Dotazované pojmy (Příloha č. 3, ot. 13-21)	Kl. 1	Kl. 2	Kl. 3	Kl. 4	Kl. 5	Kl. 6	Kl. 7
13	Vnímání rozdílu - mít rád a milovat	ano	ano	ano	ano	x	ano	ano
14	Partnerský vztah	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne
15	Nejbližší tělesný kontakt	líbání, hlazení, doteky na intimních místech	držení se za ruce, hlazení, pusinkování	hlazení, objímání, líbání	pohlavní styk	žádná zkušenost	žádná zkušenost	žádná zkušenost
16	Forma vyznání lásky	osobně	osobně	osobně	osobně	tajila by své city	x	x
17	Volba partnera podle	vzhledu	vzhledu	charakteru	vzhledu charakteru	charakteru	vzhledu charakteru	vzhledu
18	Společný čas s partnerem	v dílnách	v dílnách	telefon dopisy	v dílnách	x	x	x
19	Zveřejnění vztahu	v Effetě ano, před rodiči ne	ne	ano	v Effetě ne, před rodiči ano	ne	x	x
20	Zájem o sexuální,	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne
	partnerský,	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne
	vlastní rodinný život	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne
21	Zkušenost s pohl. stykem	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne
x – neodpověděli								

6.1.3 Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 3 - Setkali se klienti někdy se sexuálním obtěžováním?

V rozhovorech jsem se snažila velmi citlivým způsobem otevřít téma sexuálního obtěžování a zneužívání. Jako první otázku z této problematiky jsem klientům položila dotaz na znalost pojmu sexuálního zneužívání a obtěžování, abych zjistila, zda tomuto rozumí. Tři klienti znali pojem sexuální obtěžování a zneužívání, nedokáží však určit hloubku jejich vědomostí. Bylo by třeba položit další doplňující otázky, týkající se jejich znalostí, k tomu v mojí bakalářské práci ale již nezbyl prostor. Byl by to však

námět na další samostatné šetření. Čtyři klienti neměli žádnou představu o pohlavním zneužívání, jak přehledně dokládá tabulka č. 3. Jeden z nich věděl pouze to, že by se to nemělo. U respondentů, kteří nerozuměli významu pojmu, jsem se zneužívání a obtěžování snažila nahradit termíny ubližování, nepříjemný zážitek, nechtěné osahávání či násilné nucení k sexu, tak, aby dokázali odpovídat na další otázky. Jsem velmi ráda, že žádný z mých respondentů nemá žádnou zkušenost se sexuálním zneužíváním či obtěžováním. Dále jsem se snažila odhalit, zda by klienti v případě pohlavního zneužívání nebo nějaké negativní zkušenosti dokázali pachatele vzdorovat. Tři dotazovaní by dokázali vyjádřit nesouhlas s jeho chováním a tři klienti ne. Jeden nedokázal odpovědět, neví jak by reagoval v takové situaci. Potěšující skutečností je, že pět klientů ze sedmi by se s negativním prožitkem někomu svěřili. Tři uvedli rodiče, naopak dva by se rodičům určitě nesvěřili, raději by to sdělili lékaři nebo policii. Důvodem k zatajení zneužívání a obtěžování byl u jednoho klienta stud a obavy, druhý si nedokázal připustit myšlenku o riziku tohoto nežádoucího chování.

Tabulka. č. 3 – Sexuální obtěžování a zneužívání jedinců s MR									
Otázky	Dotazované pojmy (Příloha č. 3, ot. 22-25)	Kl. 1	Kl. 2	Kl. 3	Kl. 4	Kl. 5	Kl. 6	Kl. 7	Průměr celkové skupiny
22	Znalost pojmu sex. zneužívání, obtěžování	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	43% ano 57% ne
23	Vlastní zkušenost s pohl. zneužíváním	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	100% ne
24	Umění říci „ne“	neví	ne	ano	ano	ne	ne	ano	50% ano 50% ne
25	Oznámení pohl. zneužívání	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	71% ano 29% ne

6.1.4 Analýza získaných informací a výsledek výzkumné otázky č. 4 -Z jakých zdrojů získávají klienti informace o sexualitě?

Ve čtvrté výzkumné otázce jsem zjišťovala zdroj informací, ze kterého respondenti získávají informace o sexualitě. Pět klientů však nedokázalo definovat tento zdroj, nevěděli, co odpovědět nebo řekli „tak různě“, „sám od sebe“. Nabyla jsem dojmu, že nevyjádřili tuto skutečnost proto, protože žádný řádný zdroj informací o sexuální problematice nemají. Ostatní označili kamarády, příbuzného, televizi a časopis. Jednoznačně odpovídalo všech sedm respondentů, že s rodiči a osobními asistenty si

o sexualitě nepovídají. Někteří z nich by ani nechtěli. Z předchozích rozhovorů lze logicky usoudit, že minimální komunikace na téma lidské sexuality mezi některými klienty a rodiči musí existovat. To dokládá například skutečnost, že dívky byly poučeny o menstruaci (bohužel až po první zkušenosti s ní). Dva z chlapců zase uvedli, že mají sex od rodičů a osobních asistentů zakázaný, takže toto téma museli otevřít. Je možné, že klienti toto však nepovažují za řádnou komunikaci, proto ani za řádný zdroj informací. Mým subjektivním dojmem je, že komunikace ze strany rodičů je v mnoha případech podceňována. Shodné byly též odpovědi na otázku týkající se sexuální výchovy. Žádný klient se nesetkal se sexuální výchovou ve škole nebo v sociálním zařízení, které navštěvuje. Pouze jeden si vzpomněl na přírodopis, v němž se některé věci dozvěděl. Tři dotazovaní prohlásili, že se o sexu stydí hovořit, jeden z nich jen někdy. Čtyři se nestydí o sexualitě bavit. Většina sice vykazovala známky ostychu, přesto však mimo jednoho dotazovaného mají všichni zájem o další vzdělávání na téma lidské sexuality.

Otázky	Dotazované pojmy (Příloha č. 3, ot. 26-30)	Kl. 1	Kl. 2	Kl. 3	Kl. 4	Kl. 5	Kl. 6	Kl. 7
26	Zdroj informací o sexualitě	„tak různě“	kamarádi, TV, tisk	příbuzný TV	„sám od sebe“	x	x	x
27	Komunikace s rodiči, vychovateli o sexu	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
28	Sexuální výchova ve škole, v Efetě	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
29	Pocity studu	ne	ano	ne	ne	ne	ano	někdy ano
30	Další vzdělávání	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
x - neodpověděli								

6.2 Přímé pozorování

Jako druhou metodu ke svému výzkumu jsem použila přímé pozorování. Pro tento účel jsem použila záznamový arch pro kvalitativní pozorování během rozhovoru (Příloha č. 4), který jsem doplňovala vlastními poznámkami. Toto pozorování, čili chování a neverbální projev klientů jsem již zapracovala do jednotlivých rozhovorů v kapitole 5.3., proto zde shrnu nejčastější projevy, společně všem jednotlivcům.

Mimo jednoho klienta, který rozhovor odmítl, projevilo všech sedm respondentů zájem o společnou konverzaci na téma lidské sexuality. Všichni byli velmi přátelští, komunikativní a bezprostřední a měli zájem spolupracovat. Snažili se soustředit na pokládané otázky, někteří se dokonce nebáli zeptat, když něčemu nerozuměli nebo využili možnosti na otázku neodpovědět. Společným znakem pro všechny respondenty byl projev studu. Některé tato emoce ovlivnila více, některé méně, tak jako například klienty 1, 3 a 4, kteří byli velmi otevření a ostych projevovali minimálně. Nejčastěji se stud projevoval odvrácením očního kontaktu nebo celého těla, pohledem z okna, také neklidem a vyhledáváním náhradních činností (pohrávání si s věcmi, chůze po místnosti). Jeden z klientů se intimním otázkám smál, přesto dokázal odpovědět pomocí prstové abecedy.

Během své praxe jsem vyzorovala, že pouze jeden pár ze tří, projevoval navenek své city. Drželi se většinou za ruce nebo seděli v objetí. Ostatní vyjadřovali náklonnost ke svým oblíbencům pouze vzájemnými pohledy a zvýšenou potřebou vyhledávat společnost svého partnera.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsem se pomocí obsahové analýzy dostupných zdrojů snažila vytvořit ucelený přehled poznatků a informací, pojících se k tématu sexuální výchova a osvěta jedinců s mentální retardací. Seznámila jsem se i čtenáře s pojmem mentální retardace, také s jednotlivými stupni tohoto postižení, příčinami a diagnostikou. Je důležité, abychom si uvědomili některé psychologické zvláštnosti mentálně postižených jedinců, které nám mohou pomoci zaujmout k nim správný postoj, přesto však musíme brát v úvahu, že každý mentálně handicapovaný jedinec je individuální bytost. Celá společnost by měla respektovat jedince s mentální retardací jako své rovnoprávné členy, vyvarovat se předsudků a vytvořit jim takové podmínky, které by jim v co největší míře pomohly integrovat se do běžného společenského života.

Pro zlepšení kvality života mentálně postižených jedinců je důležitá jejich výchova a vzdělávání. Primární roli hraje rodina, dále také školský systém, který vychází z individuálních potřeb a možností mentálně postižených dětí. Snahou je osvojení přiměřených poznatků vzhledem ke stupni mentálního postižení, rozvoj pracovních, komunikačních a motorických schopností, vytváření návyků potřebných v praktickém životě a aktivizace k samostatnosti a soběstačnosti. Musíme si uvědomit, že i jedinci s nejtěžšími formami postižení mohou díky intenzivnímu a soustavnému vzdělávání dosáhnout určitých pokroků.

Oblast, ve které by se měla informovanost těchto jedinců mnohem více prohloubit, se týká lidské sexuality. Je to nezbytné především z toho důvodu, že v dnešní době uvolněných sexuálních vztahů, je jedním z hlavních cílů společnosti zabezpečení ochrany mladé populace včetně mentálně postižených jedinců před pohlavním zneužíváním a předčasnou sexualitou. To předpokládá rozsáhlejší znalosti problematiky sexuality, proto ve své práci podrobně předkládám témata sexuální edukace, se kterými by lidé s mentální retardací měli být vhodným způsobem seznámeni. Jde především o fungování lidského těla, přístup k vlastnímu tělu, sociosexuální vztahy, formy sexuality, antikoncepce, pohlavně přenosné nemoci, těhotenství a plánované rodičovství a již zmíněné nebezpečí pohlavního zneužívání.

Ve své výzkumné části jsem se snažila zmapovat úroveň znalostí mentálně postižených jedinců v oblasti sexuální výchovy a vystihnout, jak těmto znalostem rozumí. Pro získání co nejpresnějších informací jsem použila metody individuálního polostrukturovaného rozhovoru a přímého pozorování. Je samozřejmé, že počet

respondentů je velmi malý na to, aby výsledky výzkumu přinesly obecnou platnost, která by se vztahovala na celou minoritu mentálně postižených jedinců, přesto mám za to, že je možné si udělat určitou představu o situaci. Z rozhovorů se sedmi klienty středně těžké a těžké mentální retardace jasně vyplývá, že rozsah jejich znalostí není dostačující na to, aby se mohli dobře orientovat v otázkách lidské sexuality. Nízké vědomosti respondentů potvrzuje i zjištěná skutečnost, že se nikdy nesetkali s cílenou sexuální osvětou. Komunikace mezi nimi, rodiči a osobními asistenty na téma sexuality je též minimální. Přitom by je se sexuální problematikou měli seznámit zejména rodiče, protože rodina je přirozeným prostředím, ve kterém jsou uspokojovány veškeré jejich potřeby. Zde se mentálně postižení mohou setkat například s těhotenstvím matky, všimnou si rozdílu mezi pohlavími či vzájemné lásky mezi rodiči a začnou se dříve nebo později dotazovat na oblast lidské sexuality. Rodiče by je měli včas, srozumitelně, přiměřeně věku a postižení, ale především pravdivě informovat a oblast sexuality nepodceňovat, neboť tím vystavují své děti dezorientaci či riziku předčasného začátku pohlavního života, nežádoucího těhotenství, nebezpečí pohlavních nemocí, sexuálního zneužití nebo sebepoškozování při masturbaci. Je však známo, že mnoho rodičů si netroufá poučit své potomky, brání jim v tom stud a také fakt, že nevědí, jakým způsobem sexuální výchovu realizovat. V neposlední řadě je to též skutečnost, že si nepřipouští myšlenku, že by jejich mentálně postižené dítě mělo mít sexuální potřeby stejné, jako mají zdraví lidé. Mohou mít pocit, že více informací o sexualitě probudí v jejich dítěti touhu po sexuálním životě, proto je lepší ho udržovat v nevědomosti. Proto by se sexuální výchova a osvěta neměla zaměřit pouze na osoby s MR, ale také na jejich rodiče a širokou veřejnost.

Moje další výzkumná otázka se zabývá právě zájmem mentálně postižených jedinců o sexuální, partnerský a rodinný život. Skupina respondentů, se kterými jsem hovořila, nemá ve většině případech zájem o pohlavní a vlastní rodinný život, což vzhledem k jejich stupni postižení ani není možné, ale spíše vyjadřují touhu po blízkém člověku. To však neznamená, že by těmto klientům mělo být upřeno komplexní sexuální vzdělání.

Se sexuálním obtěžováním a zneužíváním se nesetkal žádný klient, účastníci se mého výzkumu. Narazila jsem však na několik respondentů, kteří si nedokázali pod tímto pojmem nic představit a bylo nutné jim přiblížit, o co se jedná. Toto považuji za další důkaz, svědčící o jejich slabé informovanosti v sexuálních otázkách. K rozvoji znalostí by mělo přispívat i sociální zařízení, které navštěvují. V zařízení, ve kterém

jsem absolvovala praxi, neprobíhá sexuální osvěta klientů, je však jisté, že to není ojedinělý případ. Sexuální výchova stále nemá v našem státě jednotný systém a ucelené osnovy, podle nichž by měli být mentálně handicapovaní vzděláváni. Proto se poskytovatelé sociálních služeb potýkají s řadou problémů, jako je nedostatek personálu či financí na jeho vzdělávání, také chybí výukový materiál, koncipovaný podle jednotlivých stupňů mentální retardace.

V závěru mé bakalářské práce chci ještě poukázat na úzký vztah tématu sexuální výchovy a osvěty mentálně retardovaných jedinců a sociální pedagogiky. Tu můžeme chápat jako potřebu pomoci těm, kteří se dostali do složité životní situace a jsou nějakým způsobem ohroženi nebo znevýhodněni. A to bez pochyby mentálně postižené osoby jsou, neboť patří vzhledem ke zpomalenému vývoji rozumových schopností, snížené obranyschopnosti a minimální úrovni znalostí v oblasti sexuality, do rizikové skupiny, jež je ohrožena nežádoucími jevy jako je například sexuální zneužívání. Sexuální výchova je nenahraditelná z hlediska prevence patologických jevů, proto by měla být řešena především na úrovni státu. Ten by měl vytvořit komplexní vzdělávací systém, zaměřený na širokou veřejnost, rodiče a veškerý personál, pracující s mentálně postiženými lidmi, a v neposlední řadě na individuální potřeby samotných uživatelů sociálních služeb.

Moje bakalářská práce nepřináší zásadně nové teorie a poznatky, poukazuje však na nutnost řešit problematiku sexuality mentálně postižených osob. Snaha každého z nás, tedy změna přístupu jednotlivců, může být prvním krokem ke změně přístupu celé společnosti, která má povinnost respektovat práva našich mentálně handicapovaných spoluobčanů a vytvořit adekvátní podmínky, ve kterých by mohli realizovat své potřeby a optimálně rozvíjet svou osobnost.

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuální výchovy a osvěty jedinců s mentálním postižením. V teoretické části popisuje mentální retardaci, jednotlivé stupně tohoto postižení, etiologii, diagnostiku a psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením. Následující kapitola charakterizuje sexualitu mentálně postižených osob a předkládá některá témata sexuální edukace jako jsou fungování lidského těla, přístup k vlastnímu tělu, sociosexuální vztahy, antikoncepce, pohlavně přenosné nemoci, těhotenství a plánované rodičovství. Klíčovým okruhem sexuální osvěty mentálně postižených je podle mého názoru sexuální zneužívání, kterému je proto věnována samostatná kapitola. Dále tato práce pojednává o sexuální výchově osob s mentálním postižením a vymezuje její funkce, témata, specifika, cílové skupiny a způsoby sexuální výchovy podle stupně mentálního postižení.

Výzkumná část bakalářské práce se snaží pomocí kvalitativního výzkumu odhalit úroveň znalostí mentálně retardovaných jedinců v oblasti sexuální výchovy a vystihnout, jak těmto znalostem rozumí. Pokouší se přiblížit, jaký mají jedinci s mentálním postižením názor na partnerství a sexualitu, zda mají zájem o sexuální, partnerský či rodinný život a z jakých zdrojů čerpají informace o sexualitě. Otevírá též téma sexuálního obtěžování a zneužívání a usiluje o nalezení odpovědi na otázku, zda se někdy setkali s tímto negativním jevem. Metody individuálního polostrukturovaného rozhovoru a přímého pozorování mi pomohly dojít k naplnění stanovených cílů.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o problematice sexuální výchovy a osvěty jedinců s mentální retardací. Upozorňuje na důležitost sexuální osvěty mentálně postižených, která je nenahraditelná z hlediska prevence patologických jevů, především sexuálního zneužívání. Zjišťuje, jaké mají lidé s mentálním postižením znalosti v oblasti sexuální výchovy, jak těmto znalostem rozumí. Přibližuje názory klientů na partnerství a sexualitu a odhaluje, zda mají zájem o sexuální, partnerský a vlastní rodinný život. Jejím záměrem je též prozkoumat, z jakých zdrojů čerpají klienti s mentální retardací informace o sexualitě. Otevírá téma sexuálního obtěžování a zneužívání a usiluje o nalezení odpovědi na otázku, zda se někdy setkali s tímto negativním jevem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální retardace, sexualita mentálně postižených jedinců, sexuální zneužívání, sexuální výchova a osvěta

KEY WORDS

Mental retardation, sexuality of mentally disabled people, sex abuse, sex education and edification

ANOTATION

This bachelor thesis deals with the issue of sexual education among mentally retarded individuals. It is focused on the importance of sexual education for mentally disabled people and it stresses its irreplaceability in the context of pathology prevention, especially sexual abuse. This bachelor thesis tries to find out level and specificity of partnership and sexual knowledge among mentally disabled individuals and their understanding of these particular topics. It brings together clients opinion about partnership and sexuality, and it reveals whether these people are interested in sexual, partner and family life. Intention of this thesis is also to investigate how clients enrich their information about sexuality and what sources they use. This bachelor thesis also opens up topic of sexual harassment and abuse and intends to find out whether the studied clients have ever met this negative phenomenon.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAJO, I., VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava : Sapiaientia, 1994. 80-967180-1-0.
- BAZALOVÁ, B. *Autismus, vzťahy a sexualita u nás a v zahraničí*. In *Sexualita mentálne postihnutých – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- BAZALOVÁ, B. *Zkušenosti se sexualitou klientů ÚSP pro tělesně postiženou mládež Kociánka Brno*. In *Sexualita mentálně postihnutých*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1978. INBN neuvedeno.
- HAVLÍN, M. *Volba hormonální antikoncepce pro mentálně postihžené-pohled gynekologa*. In *Sexualita mentálně postihnutých – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- KOVÁŘ, P. *Znásilnění a sexuální zneužívání z pohledu gynekologa, specifika u handicapovaných*. In *Sexualita mentálně postihnutých – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postihnutých*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- JANIŠ, K. *Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci*. In *Sexualita mentálně postihnutých*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- LANGER, S. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.
- LAZAROVÁ, B. *Možnosti poznávání lidí: Kapitoly z pedagogické a psychologické diagnostiky pro sociální pedagogy*. Brno: IMS, 2007. ISBN neuvedeno.
- MATULAY, K. a kol., *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1986.
- MELLAN, J. *Biologická hlediska sexuality mentálně postihnutých osob*. In *Sexualita mentálně postihnutých*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- PIPEKOVÁ, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J., *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-647-6.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-142-3.
- PŘINOSILOVÁ, D. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: IMS, 2008. ISBN neuvedeno.
- SEKOT, A. *Aktuální problémy sociální patologie*. Brno: IMS, 2009. ISBN neuvedeno.
- SLOWÍK, J. *Příprava mentálně handicapovaných osob dlouhodobě žijících v rezidenční péči na partnerské soužití*. In *Sexualita mentálně postižených – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- SPIPKOVÁ, J. *Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi pracovníky Ústavů sociální péče v ČR k problematice sexuality mentálně postižených*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠEDÁ, V. *Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0291-6.
- ŠULISTA, P. *Promiskuita a mentálně postižení*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením-vzdělávání pracovníků poskytujících sociální služby Univerzita Palackého Olomouc*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: SPRSV, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0.

UZEL, R. *Antikoncepce u mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: IMS, 2010. ISBN neuvedeno.

VÍZDAL, F. *Základy psychologie*. Brno: IMS, 2008. ISBN neuvedeno.

VÍZDAL, F., DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2009. ISBN neuvedeno.

INTERNETOVÉ ODKAZY

Businesscenter.cz [online]. c1998 - 2011 [cit. 2011-02-25]. Trestní zákoník. Dostupné z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/cast2h10d8.aspx>>. ISSN 1213-7235.

ČERNÁ, Marie, et al. *Kapitoly z psychopedie* [online]. Praha : Karolinum, 1995 [cit. 2011-02-08]. Dostupné z WWW: <http://poula.ic.cz/semestr2/Speccka_Ostatni/KAPITOLY_Z_PSYCHOPEDIE.doc>. ISBN 80-7066-899-7.

Dětské krizové centrum.cz [online]. c2002 [cit. 2011-02-24]. Syndrom CAN. Dostupné z WWW: <http://www.ditekrize.cz/syndrom_can.php>.

Dobromysl.cz [online]. c2002-2010 [cit. 2011-02-18]. Klasifikace mentální retardace. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>>. ISSN 1214-2107.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Institut bazální stimulace.cz* [online]. 2004-2011 [cit. 2011-02-27]. Co je bazální stimulace. Dostupné z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF [online]. Překlad mezinárodního dokumentu IPPF. Praha : Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 1997 [cit. 2011-03-12]. Dostupné z WWW: <http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf>.

HAEBERLE, Erwin J. . *Magnus Hirschfeld Archive for Sexology* [online]. c2007 [cit. 2011-03-12]. Kritický úvod – význam sexuálního zdraví, Příklad: Sexuální práva - Deklarace sexuálních práv WAS . Dostupné z WWW: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT5/was_declaration_of_sexual_righ.html>.

- JAKUBŮV, Martina-překlad. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2011-02-24]. Lidé s mentální retardací a sexuální zneužívání. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=60>>. ISSN 1214-2107.
- JANIŠ, Kamil. *Výchova ke zdraví.cz* [online]. c2009 [cit. 2011-02-26]. Sexuální výchova. Dostupné z WWW: <<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualni-vychova.html>>.
- LEČBYCH, Martin. *Dobromysl.cz* [online]. c 2002-2010 [cit. 2011-02-08]. O diagnostice osobnosti lidí s mentální retardací. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1086>>. ISSN 1214-2107
- PREVENDÁROVÁ, Jitka . *Dobromysl.cz* [online]. c2002-2010 [cit. 2011-02-21]. Sexualita lidí s MP. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>>. ISSN 1214-2107.
- SADÍLKOVÁ, Kateřina. *Http://katerina.sadilkova.sweb.cz* [online]. 1998 [cit. 2011-02-06]. Mentálně retardované dítě. Dostupné z WWW: <<http://katerina.sadilkova.sweb.cz/id4.htm>>.
- Sexuálně.cz* [online]. c2011 [cit. 2011-02-27]. Sex a zdraví. Dostupné z WWW: <<http://www.sexualne.cz/sex-a-zdravi>>. ISSN 1802-5552.
- Sexus.cz* [online]. Společnost pro sexuální osvětu , c2000-2009 [cit. 2011-02-15]. Poluce. Dostupné z WWW: <<http://www.sexus.cz/slovník/poluce>>. ISSN 1214-0953.
- Sexus.cz* [online]. Společnost pro sexuální osvětu , c2000-2009 [cit. 2011-02-18]. Sekundární pohlavní znaky. Dostupné z WWW: <<http://www.sexus.cz/slovník/sekundarni-pohlavni-znaky>>. ISSN 1214-0953.
- Týrané děti.cz* [online]. [cit. 2011-02-24]. Co je týrání a zanedbávání, Syndrom CAN a syndrom CSA . Dostupné z WWW: <<http://www.kreativne.com/tyrane-deti/cz/projevy.php?sekce=syndromy>>.
- UZEL, Radim. *Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu.cz* [online]. c2001-2005 [cit. 2011-02-21]. Sexuálně přenosné choroby. Dostupné z WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF

Příloha č. 2 – Deklarace sexuálních práv

Příloha č. 3 – Otázky k rozhovoru pro klienty

Příloha č. 4 – Záznamový arch pro kvalitativní pozorování během rozhovoru
(podle P. E. Verona)

PŘÍLOHA Č. 1 – CHARTA SEXUÁLNÍCH A REPRODUKČNÍCH PRÁV IPPF

IPPF (International Planned Parenthood Federation) jako největší světová dobrovolná organizace pro plánování rodiny definovala sexuální a reprodukční práva. Charta byla schválena zasedáním Ústřední rady IPPF v roce 1995 a je založena na dvanácti právech, která jsou zakotvena v základních dokumentech o lidských právech a na dalších právech, která jsou od nich odvozená.

- 1. Právo na život**
- 2. Právo na svobodu a osobní bezpečnost**
- 3. Právo na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace**
- 4. Právo na soukromí**
- 5. Právo na svobodu myšlení**
- 6. Právo na informace a vzdělávání**
- 7. Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek, založit a plánovat rodinu**
- 8. Právo rozhodnout, zda a kdy mít děti**
- 9. Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví**
- 10. Právo na výhody vědeckého pokroku**
- 11. Právo na svobodu shromažďování a politickou účast**
- 12. Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení**

Zdroj: http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf

PŘÍLOHA Č. 2 – DEKLARACE SEXUÁLNÍCH PRÁV

Tato deklarace byla sepsána na celosvětovém sexuologickém kongresu WAS (World Association for Sexology – Světová asociace sexuálního zdraví) ve Valencii v roce 1997. Byla revidována a přijata hlavním sněmem na kongresu WAS v Hong Kongu v roce 1999.

- 1. Právo sexuální svobody.** Sexuální svoboda zahrnuje možnost jedince vyjádřit svůj sexuální potenciál. Vylučuje však sexuální nátlak, vykořisťování nebo zneužívání v jakékoliv životní situaci.
- 2. Právo na sexuální nezávislost, sexuální nezávislost a sexuálního těla.** Toto pravidlo zahrnuje možnost samostatně rozhodovat o vlastním sexuálním životě v rámci vlastní a společenské etiky. Zahrnuje také ovládání vlastního těla a požitku prostého jakéhokoliv mučení, mrzačení nebo jiné formy násilí.
- 3. Právo na sexuální soukromí.** To zahrnuje právo na osobní rozhodnutí a chování týkající se důvěrností, pokud nezasahuje do sexuálních práv další osoby.
- 4. Právo na sexuální rovnost.** To se vztahuje ke svobodě od všech forem diskriminace kvůli pohlaví, genderu, sexuální orientace, věku, rase, sociální třídě, náboženství.
- 5. Právo na sexuální potěšení.** Sexuální potěšení, včetně autoerotiky, je zdrojem fyzické, psychologické, intelektuální a duševní pohody.
- 6. Právo na vyjádření sexuálních emocí.** Sexuální vyjádření je více než erotické potěšení nebo sexuální akt. Jedinci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, doteků, vyjádření emocí a lásky.
- 7. Právo na svobodné sexuální družení.** To znamená možnost vdát/ oženit se nebo ne, rozvést se nebo se jakkoliv jinak zodpovědně sexuálně družít.
- 8. Právo dělat svobodná a zodpovědná reprodukční rozhodnutí.** To zahrnuje právo na rozhodnutí mít nebo nemít děti, počet a věkový rozestup dětí, a právo mít přístup k prostředkům regulace plodnosti
- 9. Právo na sexuální informace** založené na vědeckém bádání. Toto právo naznačuje, že sexuální informace by měly vznikat prostřednictvím procesu neomezeného a vědecky etického bádání a být šířeny vhodným způsobem na všech společenských úrovních.
- 10. Právo na komplexní sexuální vzdělání.** To je celoživotní proces od narození po celý životní cyklus a měl by zahrnovat všechny společenské instituce.
- 11. Právo na sexuální zdravotní péči.** Sexuální zdravotní péče by měla být dostupná k prevenci a léčbě sexuálních záležitostí, problémů a poruch.

Zdroj:

http://www2.huberlin.de/sexology/ECT5/was_declaration_of_sexual_righ.html

PŘÍLOHA Č. 3 – OTÁZKY K ROZHOVORU PRO KLIENTY

1. Víš, které jsou intimní části tvého těla? Pojmenuj je. Které pohlavní orgány jsou mužské a které ženské? Pokus se použít spisovné názvy.
2. Povšiml jsi si nějakých změn na svém těle v období dospívání?
3. Víš, co je to menstruace (u dívek), poluce (u chlapců)?
4. Dotýkáš se někdy sám/a svých intimních částí těla? Víš co je to sebeuspokojování (masturbace, onanie,)? Máš s ní nějaké zkušenosti?
5. Víš, na jakých místech se masturbace smí provádět?
6. Máš nějaké pomůcky k sebeuspokojování? Znáš nějaké? Víš, jak je bezpečně používat?
7. Prohlížel(a) jsi si někdy erotický časopis? Viděl(a) jsi nějaký erotický film?
8. Víš, co je to prostituce?
9. Víš, jak vznikají děti? Mohl(a) by jsi to popsat?
10. Víš, jak zabránit tomu mít dítě? Mohl(a) by jsi to popsat?
11. Co si představuješ pod pojmem pohlavní styk?
12. Víš, jakými nemocemi se můžeš nakazit při pohlavním styku?
13. Popiš, jaký je rozdíl mezi mít rád někoho a milovat někoho?
14. Jsi zamilovaný do někoho? Chodíte spolu? Pokud ne, chtěl(a) by jsi s někým chodit? Jak si to představuješ?
15. Kam až jsi došel(a) s partnerem v osobním kontaktu?
16. Jak jsi sdělil jak by jsi sdělil své lásce, že ji miluješ? Jak začal váš vztah?
17. Podle čeho jsi si partnera vybral(a)? Jaký by měl být ideální partner?
18. Kde a jak často se scházíte? Jak spolu trávíte čas?
19. Ví o vašem vztahu rodiče, vychovatelé, kamarádi?
20. Chtěl(a) by jsi se svým partnerem společně žít, vzít si ho a mít děti? Myslíš si, že by jste se dokázali postarat o společnou domácnost?
21. Měl(a) jsi někdy pohlavní styk? Jaké máš zkušenosti se sexem? Chránili jste se před otěhotněním a pohlavními nemocemi? Jak?
22. Víš, co to znamená sexuální obtěžování, zneužívání?
23. Dotýkal se tě někdo na intimních místech, když jsi nechtěl(a)? Nutil tě někdo k nějakým sexuálním aktivitám nebo k něčemu, co by ti bylo nepříjemné?
24. Řekl by jsi mu, že se ti to nelíbí?
25. Víš, komu by jsi měl říci, kdyby se ti něco takového stalo? Komu? Styděl by jsi se, bál by jsi se to někomu říct?
26. Kde získáváš informace o sexu?
27. Povídáš si o tomto tématu s rodiči a vychovateli? Pamatuješ si, o čem jste se bavili?
28. Měl jsi někdy sexuální výchovu? (ve škole, v Effetě)
29. Jak se cítíš, když se s někým bavíš o sexu? Stydíš se?
30. Chtěl by jsi se o sexualitě dozvědět více? Proč?

Zdroj: vlastní

**PŘÍLOHA Č. 4 – ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO KVALITATIVNÍ POZOROVÁNÍ
BĚHEM ROZHOVORU (PODLE P. E. VERONA)**

<p><i>I. Aktivita:</i> podrážděný, neklidný, neschopný setrvat tiše rychlý, živý, čilý impulzivní tichý, klidný, rozvážný stabilní utlumený inertní, lhostejný, mdlý Držení těla, motorické postoje: Tiky: okusování nehtů pohrávání si s věcmi trhání věcí pohyby rukou pohyby nohou Oblečení: Zvláštní projevy: Zvláštní fyziognomie:</p>
<p><i>II. Pohyby:</i> plynulé a elegantní přesné a ovládané hranaté a nemotorné neohrabané rychlá – pomalá chůze a pohyby</p>
<p><i>III. Tělesné vzezření a držení těla:</i> působivé držení těla uspokojivé držení těla nepůsobivé držení těla zdravé vzezření, dobře vyvinutý, dobře živý nezdravé, slabé tělesné vzezření pyknické proporce dobře a symetricky proponovaný hubený, astenický růžolící – bledý energický – skleslý způsob chůze</p>
<p><i>IV. Osobní vzezření a výraz:</i> přitažlivý a dobře vypadající (vyvolává pozitivní reakce) příjemný nezajímavý, indiferentní dojem nehezky, odporný (vyvolává negativní reakce) silná agresivita tváře a gest – bezvýrazný smysl pro humor – bez smyslu pro humor vyspělý, vážný, filozofický – nevyspělý, dětský uzavřený – otevřený veselý, optimistický – depresivní, melancholický vzrušivý, vznětlivý, dráždivý – vyrovnaná nálada – chladný, flegmatický</p>
<p><i>V. Péče o sebe:</i> vybíravý v oblékání, přepečlivě upravený dobrý vkus, čistý a úhledný nenápadný nedbalý v oblékání a nečistý špinavý a neupravený</p>

<p><i>VI. Řeč:</i> zvučný, příjemný, dobře modulovaný hlas těžký, drsný, skřípavý hlas projev jasný, plynulý, zřetelný patlavost, koktavost vyjadřuje význam přímo, gramaticky správně, snadno neschopný se vyjádřit, agramatismy povídavý, žvanivý dostí hovorný zřídka mluví sám od sebe nemluvný, mlčenlivý mluví vybroušeně, široký slovník projev prázdný a tupý primitivní slovník přizvuk</p>
<p><i>VII. Sebeprasazování:</i> honosný a okázalý samolibý sebevědomý a jistý sebekritický podečňující se rozpačitý, ostýchavý úzkostlivý, opatrný zdrženlivý, podrobiv rozhodný – nerozhodný, kolísavý odporující – sugestibilní</p>
<p><i>VIII. Spolupráce:</i> chce spolupracovat v každém směru rezervovaný a formální násilný, podezřívavý skrupulózní přesný a pravidelný v návštěvách a přijímání rad bezstarostný, lehkomyšlný pilný líný a nepořádný nevrlý a nepřátelský</p>
<p><i>IX. Pohotovost a soustředění:</i> pozorný, bdělý, soustředěný duchem nepřítomný snadno se rozptýlí, nepozorný</p>
<p><i>X. Emoce:</i> nеспoutané, bujné emoce svěhlavé, dětské reakce, umíněnost náladový určitý nedostatek sebekontroly vážný, hloubavý spoutaný a utlumený</p>
<p><i>XI. Testové reakce, plánování činnosti:</i> analytický, seriózní, ale nesystematický používá pokusu a omylu riskuje, hazarduje těží z minulé zkušenosti opakuje stejné chyby</p>

Zdroj: Lazarová (2007, s. 48)