

# Osobní život mentálně postižených (partnerství a sexualita)

Petra Šimonová

---

Bakalářská práce  
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2006/2007

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra ŠIMONOVÁ**

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

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Osobní život mentálně postižených lidí (partnerství a sexualita)**

Zásady pro vypracování:

**Biologické, psychologické, výchovné a právní hledisko sexuálního života mentálně postižených lidí.**

**Rodina a další instituce pečující o mentálně postižené lidi.**

**Praktická část je zaměřena na zjištění aktuálního stavu zkoumané problematiky.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**TRUHLÁŘOVÁ, Z. (ed.) Domácí násilí a zdravotně postižení: Sborník materiálů z celostátní konference/organizované o.s. Orfeus (et al.). Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2005, ISBN 80-903519-2-1**

**WEISS, P., ZVĚŘINA, J. Sexuální chování v ČR – situace a trendy. 1. vydání, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-558-X**

**KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. Zdravý způsob života mentálně postižených. 1. vydání, Praha: Avicem, 1990, ISBN 80-201-0019-9**

**KRACÍK, J. Sexuální výchova postižené mládeže. Praha: Karolium, 1992**

**Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference/organizované o.s. Orfeus (et al.). Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004, ISBN 80-903519-0-5**

**Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2002**

Vedoucí bakalářské práce:

**Ing. Mgr. Svatava Kašpárková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**25. května 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.

  
Ing. Jitka Chudarová  
pověřená děkanka

  
prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
ředitel ústavu

## **ABSTRAKT**

Má práce pojednává především o sexuálním životě mentálně postižených. Dozvíte se o biologické a psychologické stránce sexuality mentálně postižených o předsudcích nad tímto tématem i o právních hlediscích týkajících se této problematiky. Zaměřila jsem se také na hlediska sexuální výchovy mentálně postižených a to jak v rodině, tak především v ústavní péči. Dále zjistíte, jaké znalosti mají a jaká stanoviska zaujímají sami mentálně postižení a vychovatelé z ústavů sociální péče, lidé kteří žijí v jejich nejbližším okolí.

Klíčová slova: sexualita, mentální postižení, sexuální výchova, ústavní péče, sexuální zneužívání.

## **ABSTRACT**

My work mainly disert on sexual living mentlly defected people. You get learn about biological and psychical of sexuality aspect mently defected people, about prejudice in this theme, about law aspects relevant to this questions. I also fixate on aspects of sexual education mently defected people in family and mainly in constitutional care. Further you will see, which knowledges and what position mentally defected people and educators from social work istitutions, people living in their nearest neighbourhood have.

Keywords: sexuality, mental disability, sexual education, constitutional care, sexual abuse.

**Motto:**

*„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“*

*Adrian D. Ward*

Ráda bych poděkovala panu doktoru Jiřímu Mellanovi, za cenné rady a příjemnou spolupráci.

Dále chci poděkovat organizaci Orfeus, že právě ona mi poskytla inspiraci pro zpracování tohoto tématu a také důležité materiály pro vznik mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala.

V Uherském Hradišti 16. 5. 2007

---

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| ÚVOD.....   | 8         |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1 BIOLOGICKÉ, PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ VLIVY PŮSOBÍCÍ<br/>NA VÝVOJ SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ .....</b> | <b>10</b> |
| 1.1 KRITICKÉ ETAPY VÝVOJE SEXUALITY .....   | 10        |
| 1.2 PSYCHOSEXUÁLNÍ VLIVY.....   | 11        |
| 1.3 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ .....  | 12        |
| 1.4 SOCIOSEXUÁLNÍ VÝVOJ .....   | 13        |
| 1.5 NEUROLOGICKÝ ZÁKLAD.....  | 14        |
| <b>2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ.....</b>  | <b>15</b> |
| 2.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY SEXUÁLNÍ VÝCHOVY U MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH.....  | 15        |
| 2.1.1 Kroky postupu při zavádění sexuální výchovy.....  | 15        |
| 2.1.1.1 Vytvoření obecných podmínek pro realizaci sexuální výchovy v daném<br>zařízení                              | 16        |
| 2.1.1.2 Vytvoření konkrétních podmínek pro realizaci sexuální výchovy<br>v daném zařízení .....                     | 16        |
| 2.1.1.3 Speciální příprava cílových skupin sexuální výchovy .....   | 17        |
| 2.1.1.4 Sexuální osvěta a výchova jedinců s mentálním postižením .....  | 17        |
| 2.1.2 Hlavní úkoly sexuální výchovy .....   | 17        |
| 2.1.3 Funkce sexuální výchovy .....   | 18        |
| 2.1.4 Antikoncepce u mentálně postižených .....   | 18        |
| 2.2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V PODMÍNKÁCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE .....  | 19        |
| 2.2.1 Historie sexuální výchovy v ústavech sociální péče .....  | 21        |
| 2.2.2 Rozdíly sexuální výchovy u nekoedukovaných a koedukovaných typů<br>zařízení sociální péče .....               | 21        |
| 2.3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V RODINĚ .....   | 22        |
| <b>3 PŘEDSUDDKY VŮČI SEXUALITĚ A SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ U OSOB<br/>S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....</b>                       | <b>24</b> |
| 3.1 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM MAJÍ ZVÝŠENÝ (NEBO NAOPAK SNÍŽENÝ)<br>SEXUÁLNÍ PUD .....                           | 24        |
| 3.2 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM JE STÁLE DÍTĚ, SEXUÁLNÍ VÝCHOVA NENÍ<br>POTŘEBNÁ, SPÍŠE ŠKODÍ.....                | 25        |
| 3.3 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM JSOU POSTIŽENY I PO SEXUÁLNÍ STRÁNCE.....  | 25        |
| 3.4 SOUČÁSTÍ PLNOHODNOTNÉHO SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA MUSÍ BÝT POHLAVNÍ<br>STYK.....  | 25        |
| <b>4 PRÁVNÍ HLEDISKO SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ.....</b>   | <b>27</b> |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 4.1       | PŘIROZENÉ PRÁVO MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ NA SEXUÁLNÍ ŽIVOT ..... | 27        |
| 4.2       | PRÁVNÍ DOKUMENTY UPRAVUJÍCÍ PRÁVA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH.....       | 29        |
| 4.3       | MENTÁLNĚ POSTIŽENÝ JAKO SNADNÁ OBĚŤ SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ.....    | 31        |
| <b>II</b> | <b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                                       | <b>34</b> |
| <b>5</b>  | <b>PLÁN VÝZKUMU .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>6</b>  | <b>REALIZACE VÝZKUMU .....</b>                                    | <b>37</b> |
| 6.1       | POPIS ZAŘÍZENÍ, VE KTERÝCH BYL VÝZKUM PROVEDEN.....               | 37        |
| 6.1.1     | Zařízení 1.....   | 37        |
| 6.1.2     | Zařízení 2.....   | 37        |
| 6.2       | VÝZKUM VYCHOVATELŮ .....  | 38        |
| 6.2.1     | Zařízení 1.....   | 38        |
| 6.2.2     | Zařízení 2.....   | 40        |
| 6.2.3     | Dílčí shrnutí - vychovatelé .....                                 | 41        |
| 6.3       | VÝZKUM KLIENTKY .....   | 42        |
| 6.3.1     | Zařízení 1.....   | 42        |
| 6.3.1.1   | Klientka 1.....   | 42        |
| 6.3.1.2   | Klientka 2.....   | 43        |
| 6.3.1.3   | Klientka 3.....   | 44        |
| 6.3.1.4   | Klientka 4.....   | 44        |
| 6.3.1.5   | Klientka 5.....   | 45        |
| 6.3.1.6   | Klientka 6.....   | 46        |
| 6.3.1.7   | Dílčí shrnutí – klientky, zařízení 1.....                         | 46        |
| 6.3.2     | Zařízení 2.....   | 47        |
| 6.3.3     | Dílčí shrnutí – klientky.....                                     | 48        |
| 6.4       | POZOROVÁNÍ.....   | 49        |
| 6.5       | NÁZORY MU DR. JIŘÍHO MELLANA .....                                | 50        |
| <b>7</b>  | <b>SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....</b>                               | <b>52</b> |
|           | <b>ZÁVĚR .....</b>  | <b>54</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>                             | <b>56</b> |
|           | <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>   | <b>58</b> |

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je podle mě velmi zajímavé a neprozkoumané, takové tabu dneška, což je jedním z důvodů, proč jsem si je zvolila. Mým cílem je, aby všichni lidé, kteří se seznámí s mou prací a se kterými budu spolupracovat, pochopili, že i mentálně postižení lidé mají právo na partnerský a sexuální život, že i pro mentálně postižené, stejně jako pro nás je důležité mít někoho vedle sebe, někoho s kým můžeme sdílet náš život. Doposud jsem se setkala většinou s negativním ohlasem na tento problém a stanovisko těchto lidí bych chtěla změnit.

Má práce je určena opravdu pro všechny a hodna pozornosti každého z nás. Důvodem je netolerance většiny lidí k mentálně postiženým a k jejich potřebám. Každý z nás ví, že nikdo nejsme stejní, všichni jsme originál, ale jak velké odlišnosti jsme schopni tolerovat? Hranice naší tolerance jsou dané především společenskými normami nebo zvyklostmi sociální skupiny, v níž žijeme. Za těmito hranicemi ona odlišnost („je jiný“) přechází v podceňování, odmítání, negativní hodnocení, odsouzení a tak se člověk z „jiného“ stane „horším“. Není asi možné tuto hranici zcela odstranit, ale každý by si měl uvědomit, jak těžký život musí být s nálepkou „horší“. Mnozí z nás si myslí, že mentálně postižení lidé jsou vlastně takové velké děti, a že tedy o partnerství a sexu v jejich případě nemůže být řeč. Tímto přístupem odpíráme postiženým jejich základní lidská práva a to nejen mi laickové, ale i lidé kteří jsou s postiženými denně ve styku a tudíž o nich mnoho vědí. Doufám, že každému, který si mou práci přečte, se tyto hranice tolerance alespoň trochu posunou.

Cílem mé práce je zjistit jaké mají mentálně postižených lidí možnosti setkávat se a seznamovat s opačným pohlavím, také bych také ráda zjistila, jaká je sexuální výchova mentálně postižených v ústavech sociální péče v praxi.

Další čeho bych chtěla dosáhnout, je dozvědět se, jaké mají mentálně postižení lidé znalosti o sexuálním životě, co vědí o antikoncepci, masturbaci a o sexuálním a partnerském životě vůbec. Jaký je jejich pohled na partnerství a sexualitu, jestli oni sami mají o sexuální život zájem a jak si ho představují. Ráda bych srovnala znalosti a názory mentálně postižených s tím co si o jejich pohledu myslí vychovatelé, kteří se o ně starají. Doufám, že zjistím jaké problémy tíží mentálně postižené i jejich vychovatele a dokáži najít vhodné řešení.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 BIOLOGICKÉ, PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ VLIVY PŮSOBÍCÍ NA VÝVOJ SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

Vývoj naší sexuality je ovlivněn spoustou okolností, jako jsou naše fyzické dispozice, naše psychická stránka a především vlivy prostředí, ve kterém žijeme. Lidská sexualita je přímo ve spojitosti:

- a.) se specifickým vývojem lidského těla, včetně žláz s vnitřní sekrecí a tedy i hypofýzy, odkud pocházejí pohlavní hormony, dále
- b.) se specifickým stavem člověka nervstva včetně periferní smyslové pohotovosti přijímat vzruchy a probouzet pocity, ale i nervové činnosti centrální, „vyšší“, de facto psychické, na něž se pak váže i tvorba a existence erotických stimulů, signálů a komunikací v myšlení, v představách a řeči, a
- c.) se specifickou institucionalizací a modifikací člověka sociálního života, skupinové kultury a tradice. [9]

U mentálně postižených lidí tomu není jinak. Mentální retardace totiž není nemoc, ale spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který provází zhoršená schopnost přizpůsobení. Tento fakt mentálně postižené v jejich životě samozřejmě omezuje, ale neznemožňuje jim jejich další vývoj a rozvoj schopností. I mentálně postižené dítě se vyvíjí, prochází jednotlivými vývojovými stádii až nakonec dosáhne maximálního možného rozvoje své osobnosti a to i po stránce sexuální.

## 1.1 Kritické etapy vývoje sexuality

Člověk ve svém vývoji prochází celou řadou kritických etap, v nichž se jeho sexualita utváří a diferencuje. Během tohoto vývoje může především vlivem výchovy dojít k mnoha chybám. Na tuto chybu v jednotlivých etapách vývoje se nabalují další odlišnosti v etapách dalších, čímž se handicap stále zvětšuje. Je možné se setkat s jedinci, u kterých :

- a.) Je vývin od prvopočátku anomální a zasahuje víceméně všechny roviny a systémy
- b.) Jindy dojde k druhotnému poškození až ve vývojové etapě, kdy většina orgánů je již vyvinuta a poškození nezasahuje rovnoměrně celý organismus.

c.) Nebo jde o izolované porušení určitého systému, třeba jen tělesné motoriky bez narušení duševní sféry. [11]

Je tedy mylné jednotně předpokládat, že u mentálně postižených není vyvinuta potřeba sexuálního života. Jen v některých případech je sexualita opožděna nebo nedokonale vyjádřena.

Za první kritickou etapu je považována již samotná struktura chromozomů. Předpokladem mužské struktury organismu je dvojice pohlavních chromosomů YX, ženské struktury XX. Již na chromozomální úrovni se můžeme setkat s řadou odchylek. Například u Downova syndromu dochází ke ztrojení obvyklého páru chromozomu s pořadovým číslem 21. Nadbytečný chromozom způsobuje řadu dalších anomálií. Jinou poruchu zakládá zmnožení chromosomu Y, které zvyšuje projevy mužské agresivity a to zpravidla ve spojení s psychickými odchylkami. [11]

Do doby čtvrtého měsíce se datuje vývoj mozkových struktur s vytvářením mužských a ženských center v mezimozku. Tedy nastavení mozku na budoucí chování, a to nejen sexuální. A právě v této vývojové etapě už jsou dány předpoklady pro směr a sílu pudového nutkání a jednání. Tedy již ve 4. měsíci má člověk dány sexuální pudy a mužské či ženské role.

O zrání mozku v druhé polovině embryonálního vývoje toho zatím není mnoho známo.

Dalším přelomovým obdobím v životě člověka je období kolem porodu, které představuje mnohá rizika. Největším je druhotné poškození centrálního nervového systému ať již přímo traumatem nebo nedostatkem okysličení plodu.

## 1.2 Psychosexuální vlivy

V dalším vývoji jedince převažují psychosexuální vlivy. Narození dítěte je pro rodinu velká událost. U většiny porodů jde o děti chtěné a tudíž vítané a zahrnuté láskou a pozorností. Může se ale stát, že se narodí dítě jiného pohlaví, než rodiče chtěli což může vést ke zklamání, které je zdrojem odmítavých a nepřátelských postojů, což vždy ovlivní následnou výchovu.

Šokem pro rodiče bývá zjištění, že jejich dítě je postižené. Jejich chování a přístup k dítěti je v prvních týdnech života miminka nejdůležitější, protože právě tehdy nejvíce ovlivňuje jeho psychický vývoj. Na to však není většina rodičů připravena a často si nevědí se vzniklou situací rady.

Z hlediska dalšího sexuálního vývoje následuje etapa uvědomění příslušnosti k jednomu pohlaví (4.-5. rok života) a z toho plynoucí pochopení vlastní pohlavní role. S tím také nastupuje vliv, či tlak společnosti na chování, jež tomu pohlaví odpovídá. Velmi zde záleží na tom jak ženské a mužské role prezentuje okolí dítěte. [11]

Pro rozvoj sociálních vztahů je také významné postavení dítěte mezi sourozenci. Zde hraje svou roli počet dětí, pořadí mezi nimi, přítomnost sourozenců druhého pohlaví a samozřejmě postavení jedináčka.

Jako všechny ostatní děti se vyvíjí během života i děti mentálně postižené. Psychika se vyvíjí dokonce i při nejtěžším stupni mentální retardace. Přestože se osobnost mentálně postiženého dítěte rozvíjí velmi nepatrně, přece jen se rozvíjí a dítě se snaží, i když ne příliš aktivně, dosáhnout určitého společenského postavení. Rozvoj osobnosti dítěte určují společenské podmínky jeho výchovy, konkrétní prostředí, v němž se dítě vyvíjí. [10] Na dítě má tedy největší vliv prostředí ve kterém vyrůstá, ať už se jedná o rodinu či ústav sociální péče. Ovlivňuje ho všechno co je kolem něj a tak si dítě postupem času vytváří zcela individuální představu o své pohlavní roli.

### 1.3 Sexuální chování

Sexuální chování lidí je výsledkem dlouhého evolučního procesu. Jde o velmi starou motivační strukturu, těsně spjatou se samotnou existencí druhu Homo Sapiens. V lidské sexuální motivaci jsou tedy zakotveny prvky typické pro pudové chování. [14] Sexuální pud je podmíněn touhou o přežití a člověk je jím vybaven ať je jeho mentální úroveň jakákoliv. Samotné sexuální chování však není ani u zvířat řízeno jen pudy. Je dokázáno, že krysí samec žijící v izolaci, je při svém prvním setkání se samičkou opravdu bezradný a téměř neví co má dělat. Naopak zkušená samice dokáže rozkopulovat i zcela nezkušeného samce. [11] Je tedy patrné že sexuální pudy nedokáží zajistit odpovídající sexuální chování a pokud pudy nejsou spojeny s výchovou pak se sexuální chování může stát neobratným, frustrujícím až nebezpečným.

Tato problematika vystupuje do popředí u lidí vyrůstajících ve společenské izolaci často v nepřírodných podmínkách (ústavy sociální péče), které neposkytují ani základní informace o lidském sexuálním chování, které probíhá zpravidla ve skrytu. Pozorování sexuality domácích zvířat ani televize není dostatečným zdrojem informací.

## 1.4 Sociosexuální vývoj

Probíhá v etapách, které na sebe za normálních poměrů a v určitém kulturním prostředí navazují.

Puberta přináší vlivem hormonálních podnětů zájem o druhé pohlaví. Vědomí, že druhé pohlaví existuje a že je na něm něco přitažlivého. Touha být v jeho přítomnosti a dostat se do jeho zorného pole. Upoutat jeho pozornost. Získat jeho zájem o rozhovor, společnou návštěvu kina, zábavy. Vydělit se z kolektivu party k individuální schůzce, mít svou dívku, mít svého chlapce, chodit spolu.

Mluvíme o pretaktilní fázi, ještě bez vzájemných dotyků.

V dalším vývoji vztahu následuje držení za ruce, políbení, vášnivější líbaní, objímání, hlazení v horní části těla. Je to romanticky krásné období, které by se nemělo přeskakovat. Zkušenosti ukazují, že mentálně postižení tuto fázi překvapivě dobře zvládají, nacházejí v ní uspokojení a dlouhodobě v ní setrvávají.

Postupné prohlubování vztahu vede k posunu intimních aktivit k oblasti genitálu. Dochází k hlubšímu poznávání, duševnímu porozumění a hodnocení, zda partner je ten pravý. Chlapci mají zpravidla větší tendenci k časnějšímu přechodu do fáze koitální. Pro další vývoj je důležité, za jakých okolností a situace dochází k pohlavním vzrušení a prvním vybitím. Vytváří se návyk, stereotyp a z toho plynoucí požadavky.

V této fázi se upřesňuje i představa žádoucího partnera co do pohlaví, věku, povahy a chování. Obecně lze říci, že sexuální zájem a chování druhého jsou přijatelné podle míry splňování těchto představ.

Vyhraněnost těchto žádoucích představ vede k ovlivnění dalšího výběru partnera a potřebě určitých podmínek plného sexuálního uspokojení. Je samozřejmé, že tento výběr může být vysoce náročný nebo naopak.

Za těmito výběrovými mechanismy je nutno vidět i instinktivní touhu po získání vhodného biologického otce či matky svého budoucího dítěte.

Normální sociosexuální vývoj v naší civilizaci je složitý a náročný. Odchylky od něj jsou proto hojné i v nepostižené populaci. Nelze se proto divit, že u mentálně postižených bude větší tendence ke vzniku odchylek od naší představy vývoje ideálního.

Bude vždy záležet na:

- 1) pohlavním vyvinu, síle pudové aktivity, která postiženého jedince žene k pohlavnímu ukojení.

- 2) na míře stimulace okolím
- 3) na schopnosti pochopit žádoucí společenské regulace.
- 4) a na mentálních schopnostech tyto normy převzít a řídit se jimi.
- 5) Stejnou měrou se tu uplatňují nedostatky vrozené i během života získané. [11]

## 1.5 Neurologický základ

Jak jsem se již zmínila, na dobré sexuální funkci se podílí spousta faktorů, funkce nervového systému tu však hraje hlavní roli. Sexuální centra nacházíme v mozkových strukturách na spodině mozku. V hypotalamu se zpracovávají všechny smyslové vjemy, tedy vizuální, čichové, zvukové i dotykové podněty, také erekce je centrálně spouštěna od sud. Je tedy zřejmé, že sexualita může být změněna při některých poruchách mozku, zejména v oblasti pravého čelního, či spánkového laloku (např. při epilepsii, ale také vlivem nádorových onemocnění). Záchvaty mohou vést ke změně sexuálního chování, ale i sexuální akt sám může vyprovokovat záchvat. [11]

Vztah neurologických poruch a sexuality je však předmětem teprve začínajícího výzkumu, není však pochyb, že příslušně zaměřené neurologické vyšetření by mělo být součástí klinického vyšetření, aby bylo možné správně posoudit biologický základ sexuality jednotlivce. Ať již jde o zvýšení nebo narušení její funkce.

## 2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

Mezi vnějšími vlivy působícími na vývoj nejen mentálně postižených zaujímá nejdůležitější místo výchova. Výchova je cílevědomé a záměrné působení na člověka, které ho aktivuje k co možná největšímu rozvoji jeho osobnosti a tím i k přiměřenému uplatnění ve společnosti. Úlohou sexuální výchovy je rozvoj člověka v oblasti partnerských a sexuálních dovedností, v oblasti ochrany i rozvoje citů. Sexuální výchova má především učit člověka pohlížet na život jako celek, měla by prostupovat celou výchovou a to již od dětství. Jedním z nejdůležitějších cílů výchovy je zvyšování citlivosti postižených, aby dokázali spojovat oblast sexuality s lidskou láskou a zodpovědností jak za sebe, tak za druhého člověka. Úspěch výchovného působení závisí do značné míry na samotném objektu výchovy, tedy na postiženém jedinci, na hloubce jeho postižení, na míře vychovatelnosti a sociability, ale i na druhu a typu mentální retardace, na době vzniku postižení, na klinických symptomech i na projevech chování dítěte, zrovna tak na okamžité náladě vychovávaného nebo na jeho ochotě spolupracovat. [6] Každý vychovatel by měl poznat osobnost vychovávaného co možná nejdokonaleji, má znát jeho možnosti a různá omezení. Pouze odpovídající znalost zvláštností osobnosti vychovávaného může pomoci překonat překážky, které se při výchově mentálně postižených jedinců mohou často vyskytovat.

Kvalita sexuální výchovy velice závisí také na postoji osob vyučujících sexuální výchovu, na jeho citové a duchovní citlivosti, kompetentní přípravě, citovém vztahu ke klientům, ale především na jeho osobním vztahu k sexuálním záležitostem. [1]

### 2.1 Základní principy sexuální výchovy u mentálně postižených

Základním principem sexuální výchovy je, že na prvním místě je potřeba klienta, neměli bychom vycházet z našich vlastních uvážení, ale vždy z potřeb samotných klientů. Potřeby si nestačí jen uvědomovat, ale především respektovat a na jejich základě poskytovat podporu.

#### 2.1.1 Kroky postupu při zavádění sexuální výchovy

Existují určité kroky, kterými můžeme postupovat, a které lze v obecné rovině aplikovat na nejrůznější potřeby klienta a v nejrůznějších zařízeních.

### ***2.1.1.1 Vytvoření obecných podmínek pro realizaci sexuální výchovy v daném zařízení***

Před řešením otázek sexuální výchovy je třeba zajistit naplnění obecných podmínek daného zařízení, těmito podmínkami myslím koedukovanost zařízení, integraci jedinců s mentálním postižením do společnosti, zřizování ústavů tak, aby klienti mohli uplatňovat své sexuální potřeby a rozšiřování sociálních kontaktů klientů. Už samotná integrace má v sobě prvky, které výraznou měrou ovlivňují sexuální a partnerské vztahy, rozvíjejí osobnost, vedou k samostatnosti a motivují k větší péči o sebe. Pokud bude sexuální výchova realizována v zařízeních nekoedukovaného typu s malým soukromím klientů a bez jejich zapojování do běžného života, pak se jen těžko dočkáme nějakého pokroku.

### ***2.1.1.2 Vytvoření konkrétních podmínek pro realizaci sexuální výchovy v daném zařízení***

Tímto myslím vytvoření vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, závazných pro to dané zařízení. V některých zařízeních je pro tyto účely vypsán Protokol o sexualitě a sexuálním zneužívání. Který by měl obsahovat:

- Postoj zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů.
- Témata osvěty včetně konkrétního obsahu pro klienty.
- Způsob řešení možných důsledků sexuality (otázky antikoncepce).
- Přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory.
- Osvěta a prevence.
- Zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality.
- Rodiče a zákonní zástupci (vzájemná spolupráce).
- Postoj k sexuálnímu abusu.
- Postup při sexuálním zneužití.
- Preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta pracovníků i klientů). [11]

Na tvorbě obsahu protokolu, by se měli podílet všichni pracovníci daného zařízení, nejdůležitějším faktorem je vždy respektování potřeb a práv mentálně postižených klientů.



### **2.1.1.3 Speciální příprava cílových skupin sexuální výchovy**

Cílovými skupinami se rozumí nejen sami mentálně postižení, ale i všichni, kteří s nimi přicházejí do styku (vychovatelé, rodiče, pedagogové i nejširší veřejnost). V péči o mentálně postižené je ideální spolupráce všech těchto skupin.

Speciální příprava se odvíjí od těchto cílových skupin. Pro budoucí učitele sexuální výchovy by měly být zabezpečeny speciální výcvikové kurzy, stejně tak pro vychovatele a rodiče je nutno pořádat školení v této oblasti výchovy. U přípravy společnosti je to spíše dlouhodobější otázka změny jejich postojů k mentálně postiženým spoluobčanům. Této změny se dá podle mě dosáhnout postupným vyvracením předsudků o mentálně postižených lidech prostřednictvím osvětových akcí, kde se budou postižení setkávat s nepostiženými.

### **2.1.1.4 Sexuální osvěta a výchova jedinců s mentálním postižením**

Základní forma sexuální osvěty je ve skupině. Vychovatel tak získá lepší přehled o úrovni znalostí, prožívání a přání klientů, termíny užívané v rámci sexuality se vyjasní a klienti se je lépe naučí používat. Na skupinovou osvětu navazuje individuální, která je zaměřena na specifické osobní otázky nebo problémy jednotlivých klientů. Individuální osvěta se poskytuje klientům u otázek týkajících se soukromí, u intimních otázek nebo v případě studu klienta a také kdykoliv o to sám požádá. Kdykoliv se klient na něco zeptá, je velmi důležité odpovědět mu přiměřeně k jeho věku a postižení, ale pravdivě.

### **2.1.2 Hlavní úkoly sexuální výchovy**

Hlavními úkoly sexuální výchovy je:

- Poskytovat základní informace o lidském těle, zdraví a jeho ochraně, životním stylu, lidském sexuálním chování, základních mezilidských vztazích, partnerství, manželství a rodičovství, o vlastní ochraně a umění jednat s lidmi.
- Vytvářet pozitivní racionálně a emocionálně koncipované postoje k základním lidským hodnotám, jako je například zdraví, přátelství, láska a negativní postoje k jevům jako je promiskuita.
- Vytvářet žádoucí dovednosti, návyky a sexuální chování v nejširším slova smyslu, které ustavují lidskou seberealizaci a subjektivní pocity lidského štěstí v pozitivním kontextu s očekávaným sociálním chováním. [8]

### 2.1.3 Funkce sexuální výchovy

- Rozšíření sexuální výchovy povede podle mého názoru ke zvýšení sebevědomí klientů. Mladí lidé s mentálním postižením se mohou cítit izolovaní a zcela jiní než jejich vrstevníci. Přitom tělesný vývoj probíhá také u nich a seznamování s fyzickými změnami v období puberty a dospívání může tyto pocity zmírnit.
- Další významnou funkcí sexuální výchovy je, že přináší informace, kterých lze využít v praktickém životě, především pomáhá orientovat se ve složitých sociálních vztazích. V této oblasti mají klienti opravdu značné problémy a tak by jí mělo být věnováno hodně času.
- Dále sexuální výchova zlepší komunikace. Sexuální výchova může nabídnout přesnější slovník a jeho využívání umožní nejen lepší informovanost o sexualitě, ale mladí lidé se mohou více zajímat o své zdraví a informovat o něm své vychovatele. Výsledkem bude lepší zdravotní péče.
- Přiměřená a postupná sexuální výchova od nejútlejšího věku vytváří předpoklady pro navozování stále složitějších témat. Například dobré základní znalosti umožní později probírat otázky početí nebo antikoncepce.
- Informovanost o sexualitě přispěje k vytváření životních cílů a úvahách o budoucnosti. Bez těchto znalostí by klienti mohli zbytečně podhodnocovat své schopnosti. Nyní mohou uvažovat o svém zdraví a nalezení partnera. A nakonec je sexuální výchova důležitá z hlediska prevence negativních jevů, především jde o sexuální zneužití. Pochopit rozdíl mezi sociálně přijatelným a nepřijatelným chováním nebo chováním nezákonným a zákonným je z pohledu výchovy úkol samozřejmě nezvykle těžký. Mentálně postižení lidé jsou ohroženi také chorobami typu HIV nejen kvůli retardaci samotné, ale přispívá k tomu mnohdy izolovaný a tím i bezproblémový život v ústraní rodin i ústavů.

### 2.1.4 Antikoncepce u mentálně postižených

Existuje spousta možností, jak se chránit proti otěhotnění. Je však zde otázka, která antikoncepce je nejlepší právě pro mentálně postižené. Jednoznačná odpověď neexistuje, jako všechno i antikoncepce je individuální. V historii se zvláště v ústavech sociální péče prováděli násilné sterilizace mužů, které je poznamenaly na celý život ještě více než byli.

K tomuto zacházení v dnešní době již naštěstí nesmí docházet, zaměřme se tedy na možnosti (metody) antikoncepce dnes běžně používané:

První metodou je metoda periodické sexuální antikoncepce, která vlastně mezi antikoncepční metody nepatří. Tato metoda je pro mentálně postižené naprosto nevhodná. Na chyby má vliv nejen roztržitost a zapomnětlivost uživatele, tím spíše pak snížené mentální schopnosti činí z tohoto způsobu ochrany před nechtěným otěhotněním metodu naprosto nespolehlivou.

Druhou metodou je kondom. Tato metoda je pro mentálně postižené přijatelná, ale opět je to individuální. Vždy je potřeba postiženému názorně vysvětlit a ukázat, jak s kondomem zacházet.

Další metodou je ženská hormonální antikoncepce v podobě tablet, jejíž užívání je spojeno s jedním velkým problémem. Tímto problémem je nutnost užívat pilulky pravidelně každý den, což dělá problémy i většině nepostižených žen. Tím spíše je pak k vynechání tablety disponována žena s mentálním handicapem i když někteří psychologové naopak tvrdí, že pravidelnost užívání v těchto ženách naopak upevňuje pocit zodpovědnosti a hrdosti nad tím, že dokáží sami ovládat tak důležitou věc, jako je regulace vlastní plodnosti. [11]

Ve většině případů mentálně postižených dívek je preferována dlouhodobější hormonální antikoncepce (tyčinky pod kůží, injekce), nebo také nitroděložní tělíka. Tento druh antikoncepce je ideální hlavně pro ženy žijící v ústavech. Vždy je však nutné aby klientky s užíváním antikoncepce souhlasily, aby věděly před čím je ochrání a jaké má účinky vůbec.

## **2.2 Sexuální výchova v podmínkách zařízení sociální péče**

Přestože je výchova dítěte především záležitostí rodiny a rodičů, existují situace, ve kterých je účast dalších subjektů žádoucí. O tuto účast může být ze strany rodičů požádáno a to z nejrůznějších důvodů, nebo může jít i o mocenský zásah do rodičovských práv, pokud tato jsou zanedbávána, zneužívána. Na základě § 44 Zákona o rodině může dojít k omezení nebo dokonce zbavení rodičovských práv. Pokud tato opatření nastanou, může soud dle § 45 Zákona o rodině rozhodnout o nařízení ústavní výchovy.

Osobám s mentálním postižením je tato péče poskytována ve specializovaných ústavech sociální péče. Sociální péči lze poskytovat celoročně ale také jako týdenní, denní a přechodný (do 3 měsíců) pobyt.

Přestože má ústavní péče v systému sociálních služeb své nezastupitelné místo, existují mnohá rizika a problémy, které s sebou přináší.

- Za nejzávažnější se považuje tzv. hospitalismus (stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, “civilní” život)
- Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy. Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou výtečnou živnou půdou pro šikanování. Ve všech dobách a ve všech zemích však i personál ústavu zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování, případně mohlo dojít i k úmrtí klientů následkem hrubého zacházení. Zneužívání klientů může mít i jemnější povahu. Personál si například může přisvojovat výsledky jejich práce, klienti mohou dostávat méně stravy, než na kolik mají nárok apod.
- Konfuze rolí - vychovatel není otcem klienta, může být nanejvýš postavou v něčem otce připomínající. V něčem může připomínat i kamaráda, v něčem učitele, ale především je reálnou figurou, která má zastávat reálnou profesionální roli. Žádá-li například vychovatel klienty, aby mu říkali táto, aranžuje se tak konfuze rolí, které vztahy komplikují. I když klient může dát impuls k překročení hranic profesionální role, odpovědnost za tento krok nese v první řadě zaměstnanec ústavu.
- Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Někde je soukromí omezeno jen málo, jinde více. Často se jedná o nucené sdílení malého prostoru s obyvateli, které si člověk vybrat nemohl.
- Obyvatel ústavu je neustále nucen přizpůsobovat se jednak režimu, jednak potřebám jiných obyvatel. Všechny jeho projevy jsou stále pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat.
- Neumožňuje navázat trvalý vztah k jedné osobě
- Chybí pocit sounáležitosti a bezpečí (změny v pečujících osobách)
- Chybí zkušenosti z běžného života (obchod, kino, sousedi a ostatní jinak zcela běžné situace) [4]

### 2.2.1 Historie sexuální výchovy v ústavech sociální péče

V dřívějších obdobích byla zcela běžná velká ústavní zařízení, která neměla ani v nejmenším ráz rodiny a kam bývali umísťováni muži a ženy odděleně. Ještě i dnes se s některými takovými můžeme setkat. Typický byl oddělený život, oddělená práce, bydlení. Pokud nastaly nějaké problémy se sexualitou, byly řešeny medikací. Většinou nebyla realizována žádná sexuální výchova. Není pochyb, že výše zmiňovaná zařízení jsou nepřirozeným modelem soužití, který rozhodně neakceptuje moderní trendy péče o osoby s postižením. Navíc se toto prostředí mnohdy stává i velmi příhodným, pro sexuální zneužívání.

### 2.2.2 Rozdíly sexuální výchovy u nekoedukovaných a koedukovaných typů zařízení sociální péče

V České Republice je v provozu několik desítek zařízení sociální péče, mezi nimi najdeme ústavy vzorové, které se o své klienty starají opravdu výborně, ale bohužel najdeme i ústavy méně dobré. Mezi nejméně vyhovující patří nekoedukované typy ústavů sociální péče, které by podle mě měly již být historií, bohužel tomu tak není a těchto ústavů je spousta. Ústavy tohoto typu svým klientům prezentují zcela nepřirozený model soužití. V mnohých z těchto zařízení žije společně více než 50 lidí v jednom areálu. V takovýchto podmínkách lze jen opravdu těžce zprostředkovat klientům realitu běžného života. To se samozřejmě odráží na jejich schopnosti integrace do běžného života a mezi nepostižené lidi. Mentálně postižení mají problémy najít si ve skupině „normálních“ jedinců se sebou srovnatelné. Jejich potřeba sebeuspokojování je tímto frustrována a oni se pak straní dalšího kontaktu s nepostiženými lidmi a v důsledku toho trpí nedostatkem sociálního kontaktu. [2] Je to takový začarovaný kruh, na jehož počátku stojí právě nekoedukované typy zařízení sociální péče. To, že muži a ženy žijí odděleně se samozřejmě odráží i v realizaci sexuální výchovy. Klientům chybí běžné zkušenosti ze soužití obou pohlaví, přirozené podněty k rozvoji své pohlavní identity. Vše se odráží v jejich nejistotě v sociálním kontaktu.

Mnohem lepším typem ústavů sociální péče jsou koedukovaná zařízení. Zkušenosti ukazují, že společný kontakt obou pohlaví přináší především pozitiva – pomáhá lépe zvládat požadavky společenského života, vede k ohleduplnosti, k pokroku v sebeobsluze, v péči o osobní hygienu a podobně.

Podle mě nejlepším typem bydlení pro mentálně postižené, kteří jsou schopni se o sebe téměř úplně postarat, je chráněné bydlení. Služby chráněného bydlení poskytuje například společnost Duha. Posláním chráněného bydlení je poskytovat dospělým lidem s mentálním postižením takovou podporu, kterou potřebují k tomu, aby mohli žít v běžných bytech způsobem života srovnatelným se životem svých nepostižených vrstevníků. Do domácností klientů dochází asistent, v některých případech každý den v jiných je několikrát týdně. Klienty podporuje v samostatném rozhodování o způsobu a stylu vlastního života, vytváření a upevňování sociálních návyků a využívání svých schopností.

Každý člověk touží po blízkosti druhé osoby, po užším vztahu než je kamarádství. Naplnění touhy po partnerovi opačného pohlaví bývá v nesmíšených ústavách velmi složité. Se svými protějšky se klienti většinou setkávají pouze na různých akcích jako jsou výlety, zájezdy a rekreace, kde se seznamují a zamilují a s koncem těchto akcí končí i společně trávené chvíle. Pak už se jen upínají na myšlenku dalšího setkání, nebo čekají na dopis.

Aby měl každý postižený možnost najít si vhodného partnera, vznikla před několika lety seznamka pro postižené. Ne každý však o ní ví. I přesto má tato seznamka několik set zájemců o seznámení z celé republiky, všech věkových kategorií a takřka všech druhů onemocnění. Pro klienty z ústavů jsou zde stále určitá omezení a to hlavně z důvodu, že nemohou sami cestovat a nemají nikoho, kdo by je na případnou schůzku doprovodil. Zůstává zde však stále možnost dopisování, která většinu mentálně postižených zcela uspokojuje.

### **2.3 Sexuální výchova v rodině**

Narození postiženého dítěte je pro rodiče vždy velkým zklamáním, se kterým se jen těžko dokáží vyrovnat. Mnohdy si nechtějí fakt, že se jim narodilo dítě s handicapem přiznat z čehož pramení spousta psychických problémů nejen dítěte ale i rodičů. Faktem však zůstává, že rodina jako taková je v životě mentálně postiženého nezastupitelná. Pokud je to možné a pokud jsou vztahy mezi rodiči a postiženým dítětem v pořádku, pak samozřejmě lze jen souhlasit s tím, aby mentálně postižený jedinec byl v rodině co nejdéle. Na druhé straně je ale nutné si uvědomit, že rodiče tady nebudou věčně. V případě, že takto postižený bude po celý svůj život žít pouze v rodině, neustále obklopen starostlivou matkou, která se mu bude snažit co nejlépe vyhovět a pomoci pak případné umístění do jakéhokoliv kolektivu bude pro něho neobyčejně těžké a stresující. Často dochází u rodičů k omezení či

přetrhání mnohých společenských vztahů, které může vést až k úplné izolaci postiženého i celé rodiny. [13] Proto si myslím, že propojení rodinné péče s vhodným pobytem v denním stacionáři je oboustranně prospěšné. Rodiče nenesou plnou tíhu péče sami na sobě a jejich dítě má možnost navázat kontakt s novými kamarády a přáteli.

Co se týče sexuální výchovy v rodině je provázána spoustou problémů stejně jako výchova v ústavních zařízeních. V rodině, kde je postižené dítě, se často projevuje zvýšená míra sexuálního studu a pocitu viny, že rodiče dali život postiženému dítěti. To se velmi často projevuje odmítáním všech výchovných přístupů, které připomínají sexualitu a tím se výrazně snižuje rozsah životní zkušenosti dítěte již tak omezený postižením. Rodiče postižených dětí by měli vědět, že sexualita existuje i u jejich dítěte a že je bude provázet po celý život a že patří k nejsilnějším faktorům lidského chování. Již v prvních letech života si postižené dítě vytváří sounáležitosti s vlastním pohlavím, což má být provázáno pocitem jistoty z blízkosti matky. Základem správného poučení postiženého dítěte je říkat mu vždy pravdu přiměřeně věku, nenechat se vyvést z míry zvědavostí dítěte. Už ve věku 3-4 let se většina dětí ptá: „Jak to, že jsou lidi ?“, „Odkud přišel bratříček ?“ a podobně. V předpubertální době je dokonce nutné zavádět na sexuální otázky hovor, což je i prevence a ochrana před zkreslenými a vulgárními informacemi od starších případně zdravých dětí. Je tedy zcela správné, aby i postižené dítě bylo již kolem 7-8 let informováno o rozmnožování a plození, kolem 10-ti let o onanii, polucích, menstruaci a tak dále. Zkušenosti ukazují, že to je vlastně nejvhodnější období, kdy děti přijímají poučení bez falešného studu. Je důležité dětem zdůrazňovat význam citového vztahu a úcty člověka k druhému, protože na tom záleží jak se bude rozvíjet a jak bude prožívat svůj sexuální život. [5]

### 3 PŘEDSUDDKY VŮČI SEXUALITĚ A SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Velmi problematickou oblastí v sexualitě mentálně postižených jsou ještě i dnes přetrvávající předsudky.

#### 3.1 Osoby s mentálním postižením mají zvýšený (nebo naopak snížený) sexuální pud

Poměrně často se setkáváme s tvrzením, že osoby mentálně postižené mají zvýšený (někdy naopak snížený) sexuální pud. Donedávna přetrvával názor o hypersexualitě mentálně postižených, že se chovají sexuálně kdekoliv a kdykoliv, nemají stud a svůj sexuální pud musí uspokojovat i několikrát denně. Kracík (1992) uvádí, že osoby s mentálním, především s těžším, masturbují několikrát denně, prakticky při každé příležitosti. Nejmenší počet masturbujících byl zjištěn mezi jedinci s lehčím mentálním postižením. V mnohých zařízeních byla tato zvýšenost sexuálního pudu řešena farmakologicky. Lze si položit otázku, zda bývá tento stav skutečně způsoben zvýšeností sexuálního pudu. Podle mě jsou příčiny někde jinde. Masturbace může být reakcí na nudu, strach, nebo vnitřní napětí, kdy se jedinec snaží tento tlak uvolnit právě masturbací. Pokud zjistíme, že příčinou je některá z výše popsaných, pak bychom se je měli snažit odstranit. Často je tu ještě jiný problém: jedinci s mentálním postižením bývají v ústavu sociální péče celých 24 hodin denně pod kontrolou a tak v důsledku nedostatku soukromí mohou budit dojem zvýšeného sexuálního pudu. Kdybychom se však takto zaměřili na kteréhokoliv jedince bez postižení, pravděpodobně bychom dospěli ke stejnému závěru. Dalším, a podle mě nejdůležitějším, problémem je v tom, že některé osoby s těžším mentálním postižením nedokáží zvládnout techniku masturbace do té míry, nebo nemají dostatek soukromí na to, aby dospěli k uspokojení. Takže se permanentně nachází ve stavu sexuálního vzrušení a napětí, které se snaží uspokojit právě masturbací. Přitom by se tento problém dal poměrně lehce odstranit dostatečným soukromím klientů a jednoduchou radou. Ne všichni vychovatelé se k tomuto problému dokáží takto postavit ať už je to z důvodu studu, nedostatečné kvalifikace či obavy z narušení určitých etických pravidel. Je proto třeba, aby se vychovatelé v této oblasti vzdělávali a v každém zařízení byl alespoň jeden, který tyto problémy dokáže řešit. Bylo by ideální, kdyby každý ústav sociální péče měl svého kvalifikovaného důvěrníka sexuální



výchovy, který by přispíval ve svém zařízení ke zlepšení podmínek sexuality svých klientů, dovedl řešit individuální problémy a věděl, o jakou pomoc a kam se obracet. Klientovi je důležité sdělit, že se jedná o přirozenou věc, ale je také třeba ho poučit o tom, že masturbace patří do soukromí člověka a není vhodné ji provádět na veřejných místech a před ostatními lidmi. Musíme si však uvědomit, že možnost masturbace neznamena plnohodnotný sexuální život. Onanie zaměřuje člověka jednostranně pouze na biologickou stránku sexuality, je to sexualita pouze na pudové úrovni, není v ní duševní a duchovní rozměr lidské erotiky uskutečňované v lásce dvou milujících osob.

### **3.2 Člověk s mentálním postižením je stále dítě, sexuální výchova není potřebná, spíše škodí**

Zastánci tohoto tvrzení by si měli uvědomit, že sexuální touhy se objevují i bez sexuální výchovy. Zásadní rozdíl je však v tom, že pokud sexuální výchovu poskytujeme, máme možnost tuto oblast nějakým způsobem kultivovat. Sexuální výchova v ústavech sociální péče závisí jen na ochotě, zkušenostech a v neposlední řadě na vynalézavosti a pedagogickém umu personálu. Nelze mentálně postižené považovat za děti, mentální postižení nebrání člověku v jeho vývoji a růstu. Jen špatná výchova a přístup může z postižených vytvořit bezbranné a nesamostatné děti do konce života.

### **3.3 Osoby s mentálním postižením jsou postiženy i po sexuální stránce**

Je nelogické předpokládat, že mentálně postižený člověk který vyrůstá v ústavu, bude mít bezproblémovou sexualitu. V ústavech člověk nemá takové možnosti jako v normálním životě, má menší možnosti setkávat se s lidmi, nemá své soukromí a tak dále. Mnohdy bývají odchylky v sexualitě způsobeny traumatizujícími prožitky v průběhu života nebo nedostatečnou informovaností. Je zcela mylné se domnívat že mentálně postižení jsou postiženi i po sexuální stránce, pokud mají nějaké problémy se sexualitou, pak jsou způsobeny prostředím, ve kterém vyrůstají a nevhodnou nebo nedostatečnou výchovou.

### **3.4 Součástí plnohodnotného sexuálního života musí být pohlavní styk**

Dalším poměrně rozšířeným předsudkem je, že součástí plnohodnotného sexuálního života musí být pohlavní styk. Je důležité nevnucovat klientům formy sexuality, na které nejsou

sami připraveni a nestojí o ně. Měli bychom rozvíjet jen skutečné potřeby klientů. Některým klientům stačí pro plnohodnotný sexuální život líbání nebo vědomí, že mají partnera.

## 4 PRÁVNÍ HLEDISKO SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

Většina lidí si stále neuvědomuje schopnosti lidí s mentálním postižením a s tím související jejich práva. Právo na bydlení v komunitě, práci, volební hlas, ochranu před zneužíváním a lhostejností a právo na plnohodnotný osobní život. Lidem s mentálním postižením se nedostává úcty, na níž mají jako občané nárok. Přes velké pokroky v právní i sociální oblasti, nejsou mentálně postiženým jejich práva stále plně zajišťována. Často nemají ani podporu potřebnou k tomu, aby svých práv využívali.

### 4.1 Přirozené právo mentálně postižených lidí na sexuální život

U lidí s lehkým stupněm mentálního postižení se sexuální vývoj někdy mírně zpožďuje, jindy se – pod vlivem prostředí a specifických kulturních zvyklostí – naopak urychluje. Nakonec však spěje ke zralosti a k naplnění práva na plnohodnotný sexuální život. Tito lidé běžně uzavírají manželství a zakládají rodiny.

Situace osob se středním a těžkým stupněm mentálního postižení je složitější. Jen malé procento z nich dosáhne takové míry samostatnosti, aby mohli žít přirozeným partnerským a sexuálním životem, bez dozoru rodičů anebo opatrovatelů.

V naší populaci žije 3-4 % mentálně postižených, velká většina z nich žije v ústavech a domovech sociální péče. Ve velké části těchto zařízení nebydlí ženy a muži společně a nemohou se stýkat, z čehož vyplývá, že jejich sociální kontakty jsou značně omezeny. Jejich život je tedy ochuzen o možnost navázat kontakt s opačným pohlavím, najít si životního partnera, žít partnerským a sexuálním životem. Myslím si, že tímto jednáním dochází k omezování jejich práv, ne-li přímo k trestnému činu *omezování osobní svobody* podle § 231 trestního zákona a to v nejednom sociálním zařízení v naší republice. Dalším druhem zařízení jsou taková, kde se muži a ženy mohou stýkat a navazovat kontakty a je jim zde poskytnuta místnost pro uspokojování jejich sexuálních potřeb. Myslím ale, že ani toto není ta správná cesta a je na čase nahradit tato nedokonalá řešení lepšími. Nejdokonalejším typem zařízení jsou ta zařízení, kde mentálně postižení mohou žít se svým partnerem ve společném pokoji a je jim poskytnuta také pomoc a dohled vychovatelů, sociálních pracovníků a zdravotnického personálu. Takových zařízení je u nás však stále málo.

Možnost najít si partnera, uzavřít s ním manželství a založit rodinu patří mezi základní lidská práva. Mnohým osobám s mentálním postižením je odpírané. V Německu mají mentálně postižení možnost, aby se zasnoubili, pokud spolu delší dobu chodí a láska přetrvává, v Dánsku mohou společně bydlet a praktikovat sex. I ve Švédsku se připouští pohlavní život mezi osobami v domovech, ale s podmínkou, aby jejich vztah na ostatní obyvatele a personál nepůsobil rušivě. Ve vyspělých demokraciích mohou osoby s postižením uzavírat manželství, pokud disponují dostatečnou mentální schopností dát souhlas k vytvoření takového rodinného stavu. U nás osoby se středním a těžkým postižením nemohou uzavírat legální manželství. Mnohým však takovéto právo nechybí, chtějí se jen těšit ze vzájemné přítomnosti. Bohužel se však mnozí lidé, působící v tomto sektoru domnívají, že společné bydlení mužů a žen by mohlo přinést nečekané problémy (narušení denního režimu, nechtěné těhotenství). Trvalá citová deprivace a sexuální frustrace mentálně postižených se zpravidla bagatelizuje. Zkušenosti z novějších typů zařízení však dokazují, že kontakt mužů a žen může přinášet i pozitiva, pomáhá lépe zvládat požadavek společenského života, vede k ohleduplnosti, pokroku v sebedisciplíně, péči o hygienu a podobně.

Velkým problémem pak může být touha postižených po vlastním dítěti. Mentálně postižení si neuvědomují, že nejsou schopni se o dítě postarat, zabezpečit mu domov, který každé dítě potřebuje. Je tedy důležité řešit s nimi otázku antikoncepce. I tady však vzniká velký problém, protože klient musí vždy s podáním antikoncepce souhlasit, jinak jde o porušení jeho práv. Hlavním principem v dnešní společnosti je, že mentálně postižené osoby nelze zásadně omezovat v jejich sexualitě a sexuálních projevech, pokud nejsou tyto projevy pro společnost nebezpečné a nemají sami o sobě charakter trestného činu.

V minulosti byla tato práva mentálně postižených porušována velmi hojně. Mentálně postižení lidé byli v Americe od konce 19. století nuceně sterilizováni. Ze začátku se používalo starých kastrovacích metod, jež působily na celý organismus. Tak bylo například roku 1898 v jednom ústavu pro mentálně postižené ve státě Kansas vykastrováno 48 mladých mužů, aby nemohli zplodit stejně postižené potomky. V Kalifornii byla kastrace mentálně postižených od roku 1909 povinná. Mezitím však H. O. Sharp, vězeňský lékař, zavedl vasktomii. [7]

Trestání mentálně postižených osob za projevy sexuality je nejen nehorázné, ale je také v rozporu s realizací základních lidských práv.

Pokud jsou tyto osoby umístěny v zařízeních zdravotní nebo sociální péče a ošetřující personál těchto zařízení ve snaze po usnadnění si vlastní práce projevy fyziologické sexuality pacientů tlumí, pak postupuje podle mého názoru protiprávně a v rozporu s profesními etickými pravidly. To samozřejmě neplatí v případech sexuálně agresivního chování.

V párové sexualitě platí obecný uznávaný princip že "je dovoleno vše, co je oběma příjemné či oběma akceptovatelné" a tento princip musí platit a také platí i u mentálně postižených osob.

## 4.2 Právní dokumenty upravující práva mentálně postižených

Všechny současné právní dokumenty odrážejí filozofii, že člověk s mentálním postižením je *předmětem sociálních práv*. V praxi to představuje snahu o trvalé zlepšování životních podmínek, zajištění rovnoprávného postavení a naplnění základních a specifických potřeb osob s mentálním postižením.

### Všeobecná deklarace lidských práv

- 10.12.1948, Charta OSN

- čl. 1: „*všichni lidé se rodí svobodní a rovní v důstojnosti a právech*“

### Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod

- 1950, Rada Evropy

### Evropská sociální charta

- 1961, Rada Evropy

- vymezuje a definuje obsah jednotlivých práv a zvláště zdůrazňuje práva určitých kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu

- výslovně zmiňuje právo na zaměstnání osob se zdravotním postižením: „*Osoby zdravotně postižené mají právo na přípravu k výkonu zaměstnání a na profesní a sociální readaptaci, bez ohledu na původ a povahu jejich postižení.*“

### Deklarace práv mentálně postižených osob

- Základním principem je, že mentálně postižená osoba má stejná práva jako ostatní občané.

- Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných v roce 1971 a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí. [3]

Deklarace sexuálních práv

- Byla přijata účastníky 13. světového sexuologického kongresu ve španělské Valencii v roce 1997. Deklarace vyzývá každou společnost k vytváření takových podmínek, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly následující sexuální práva:

1. Právo na svobodu, vylučující všechny formy sexuálního donucování nebo nátlaku, vykořisťování a zneužívání v jakoukoliv dobu a v kterýchkoliv životních situacích.
2. Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla, zahrnující kontrolu a potěšení z vlastního těla bez mučení, zohavení a jakéhokoliv násilí.
3. Právo na sexuální rovnost, vztahující se na osvobození od všech druhů diskriminace a respektující sexuální rozmanitost bez ohledu na pohlaví, příslušnost, věk, rasu, sociální statut, náboženství a sexuální orientaci.
4. Právo na sexuální zdraví včetně dostupnosti všech dostatečných zdrojů pro podporu výzkumu, diagnostiky, léčby a nezbytných znalostí HIV/AIDS/STD.
5. Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě
6. Právo na dostatečnou sexuální výchovu od narození a během celého životního cyklu.
7. Právo svobodně se stýkat, zahrnující možnost uzavřít manželství nebo ne, rozvádět se a vytvářet jiné typy sexuálního soužití či společenství.
8. Právo svobodné a odpovědné volby ve věcech reprodukce, počtu dětí, doby jejich narození, přístupu k prostředkům regulace porodnosti a plánovaného rodičovství.
9. Právo na soukromí. [4]

#### Listina základních práv a svobod ČR

- 1993

- vychází z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv.

### **4.3 Mentálně postižený jako snadná oběť sexuálního zneužívání**

Sexuální zneužívání zahrnuje celou řadu sexuálních aktivit, které jsou na někom vynuceny. Lidé s mentální retardací často nemohou a nejsou schopni sexuálnímu zneužívání zabránit, protože nerozumí tomu, co se při něm děje, protože jsou nuceni se mu podvolit ze strachu, z potřeby být přijat tím, kdo je zneužívá, nebo proto, že jsou na této osobě závislí. Lidé s mentálním postižením jsou proto mnohem snazším terčem pro sexuální zneužívání. Lidé s mentální retardací si totiž nemusí uvědomovat, že sexuální zneužívání je nepatřičné, neobvyklé nebo nezákonné. Proto o případech zneužívání nemusí nikdy nikomu říct. Větši-

nou nejsou zvyklí pochybovat o těch, kteří jim pomáhají a o těch, kteří o nich rozhodují. Bohužel, tyto lidé s autoritou jsou také často ti, kteří se dopouští zneužívání. Jako je tomu v případě sexuálně zneužívaných lidí bez handicapů, ti, kteří většinou zneužívají, jsou lidé, které oběť zná, jako například členové rodiny, známí, domácí ošetřovatelé, zajišťovatelé dopravy a osobní pečovatelé. Výzkumy předpokládají, že 97 až 99 procent těch, kteří zneužívají, jsou lidé, které oběť s vývojovými vadami zná a kterým důvěřuje. V ústavních zařízeních je situace navíc ještě složitější v tom, že klienti často bývají zvyklí se stále podřizovat nějaké autoritě, kladně bývá posuzována poslušnost, přizpůsobení se. Navíc mentálně postižení také špatně čtou signály nebezpečí, ohrožení (neznají význam gest, mimiky, nerozumí dvojsmyslům), většinou nevědí, jak se bránit, zda se někomu svěřit, jsou zmateni, většinou o těchto prožitcích velice obtížně hovoří. Nechtějí se s tím nikomu svěřovat, velmi se za to stydí. [8]

Lidé s mentálním postižením potřebují sexuální výchovu, aby věděli:

- že jejich tělo je jenom jejich a že mají právo říci „ne“ když je jim něco nepříjemné,
- nesmí tolerovat žádné nepříjemné dotýkání a manipulace s tělem, které v nich budí obavy,
- existuje intimní zóna (kde se jim smí dotýkat například jenom lékař nebo oni sami),
- najdou ve svém okolí osoby, kterým mohou důvěřovat a kdykoliv se jim bez obav svěřit a tím ubližování zastavit. [4]

Trestné činy sexuálně motivované jsou soustředěny ve VIII. hlavě trestního zákona, a to jednak 1. oddíle mezi trestnými činy proti svobodě člověka a ve 2. oddíle mezi trestnými činy proti důstojnosti člověka. Nejzávažnějším trestným činem sexuálně motivovaným je vedle vraždy trestný čin znásilnění podle § 241 trestního zákona, k jehož naplnění se vyžaduje uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředního násilí nebo zneužití bezbrannosti jiného, tedy oběti trestného činu. Pachatel buďto násilím nebo pohrůžkou bezprostředního násilí donutí jiného k souloži nebo k jinému obdobnému pohlavnímu styku, anebo k takovému činu využije jeho bezbrannosti. [11]

Společnost teprve pomalu přiznává, že sexuální zneužívání lidí s mentální retardací není jen možné, ale že se skutečně děje. Prvním krokem v omezování výskytu sexuálního zneu-



žívání je rozpoznání velikosti tohoto problému a postavení se nepříjemné pravdě, že lidé s mentální retardací a jinými vývojovými vadami jsou zranitelnějšími oběťmi sexuálního zneužívání než lidé bez handicapů.

Počet rozpoznání může být zvýšen vzděláváním lidí s handicapem a těch, kdo pro ně zajišťují pomoc, vylepšením vyšetřování a prokuratury, vytvářením bezpečného prostředí, které obětem dovolí prozradit, co se stalo, nakonec je třeba pro zvýšení bezpečnosti změnit postupy zaměstnavatelů. Například by se měla rutině kontrolovat minulost zaměstnanců; zaměstnanci s kriminální minulostí by měli být nahlášeni policii, spíše než vyhozeni pro podezření ze zneužívání. Jinak bude více než pravděpodobné, že ten, kdo zneužívá, bude pokračovat ve zneužívání v budoucím zaměstnání.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 PLÁN VÝZKUMU

Pro své zkoumání jsem zvolila kvalitativní druh výzkumu. Důvodem je, že nechci jen testovat validitu, ale chtěla bych s mentálně postiženými lidmi komunikovat a snažit se tomuto problému porozumět do hloubky.

Výzkum budu provádět ve dvou ústavech sociální péče v okrese Uherské Hradiště. Tato zařízení a přístup jejich zaměstnanců k sexualitě bych chtěla srovnat se znalostmi, zkušenostmi a názory jejich klientů.

Zaměřím se na zjištění několika otázek z dané problematiky, jsou jimi:

Jaké znalosti mají mentálně postižení o partnerství a sexualitě ?

Jakou roli hraje sexualita v jejich životě a jaké s ní mají zkušenosti ?

Jaké jsou potřeby a problémy mentálně postižených v této oblasti ?

Jaká je poskytována sexuální výchova mentálně postižením ?

Jaký mají vychovatelé z ústavů sociální péče pohled na partnerství a sexualitu mentálně postižených ?

Mají vychovatelé ústavů sociální péče povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě jejich klientů ?

Jako základní soubor svého výzkumného vzorku jsem zvolila středně mentálně postižení v okrese Uherské Hradiště a vychovatele ústavů sociální péče také v okrese Uherské Hradiště.

Výběrový soubor tvoří mentálně postižení ze dvou ústavů sociální péče, původně jsem měla v úmyslu výzkum provést se třemi muži a třemi ženami z každého tohoto ústavu, v jednom z ústavů však pobývají jen muži s těžkou a hlubokou mentální retardací a komunikace s nimi není vůbec možná, v tomto ústavu jsem proto vedla rozhovor s šesti ženami. V druhém ústavu jsem tedy výzkum provedla také jen s ženami, celkem jich bylo pět. Mým dalším kritériem výběru klienta pro výzkum byl věk nad dvacet let. Celkem tedy můj výběrový soubor co se týče klientů tvořilo jedenáct středně mentálně postižených žen starších dvaceti let, žijících v ústavu sociální péče v okrese Uherské Hradiště . Co se týče vychovatelů, výzkum jsem provedla se třemi vychovatelkami z jednoho ústavu a v druhém jsem měla možnost vést rozhovor se dvěma vychovatelkami, které mají v tomto ústavu na sta-

rost právě problematiku partnerství a sexuality. V obou případech byl můj výběr záměrný a tudíž se nedá zobecnit.

Jako metodu výzkumu jsem chtěla ve všech případech zvolit individuální polostrukturovaný rozhovor (Otázky k rozhovorům přikládám jako přílohu I a II). S vychovateli a v ústavu, kde jsem působila na praxi tomu tak bylo. V tomto ústavu nebyl s komunikací problém, protože mě klienti znali a měli ke mně důvěru. V druhém ústavu jsem však s klienty raději zvolila metodu ohniskových skupin, která je méně násilná než individuální rozhovor. Jedná se o metodu, která je vhodná pro získávání údajů a pohledů, které by bez interakce ve skupině byly obtížně přístupné. Důležitá je interakce ve skupině, neformální přístup k členům skupiny a role moderátora, který předkládá téma a diskusi vede, v tomto případě jsem moderátorem byla já. S klientkami jsme se posadily do jejich obývacího pokoje a diskutovaly o problematice.

Pro podporu validity svého výzkumu jsem zvolila triangulaci použitím různých metod výzkumu. Jsou jimi individuální polostrukturovaný rozhovor, metoda ohniskových skupin, přímé pozorování, konzultace s odborníkem na problematiku. V mém případě jsem zvolila vedoucího specializované sexuologické poradny, pana MuDr. Jiřího Mellana s praxí v oboru 47 let.

## 6 REALIZACE VÝZKUMU

### 6.1 Popis zařízení, ve kterých byl výzkum proveden

#### 6.1.1 Zařízení 1

Toto zařízení je nekoedukovaným typem ústavu sociální péče, což znamená, že zde žijí muži a ženy odděleně. Ústav je rozdělen na oddělení podle věku klientů a podle pohlaví. Většinu z klientů tvoří ženy. Kapacita zařízení je 95 klientů. Chod zařízení zajišťuje 46 zaměstnanců, mezi něž se řadí i řádové sestry. Klienti pobývají v tří a více lůžkových pokojích, většinou více lůžkových, což jim neumožňuje mnoho soukromí. Ústav organizuje různé výlety, soutěže a společenské akce kde se postižení mohou setkávat se svými vrstevníky, s lidmi nepostiženými a tak i s opačným pohlavím, je to však jejich jediná možnost k seznámení a trávit čas se svým nově nalezeným partnerem mohou pak už jen za příležitosti těchto dalších akcí.

#### 6.1.2 Zařízení 2

Druhý ústav sociální péče je dle mého názoru ústavem vzorovým a to v nejlepším slova smyslu. Poskytuje své služby mužům i ženám s různým typem a stupněm duševního a tělesného postižení. Od prosince roku 2000, kdy bylo zařízení zprovozněno, nalezlo zde domov téměř 150 klientů. O klienty se stará celkem 68 pracovníků. V tomto zařízení mají klienti možnost žít partnerským životem. Jsou zde k dispozici bytové buňky, ve kterých jsou dva pokoje. Klienti totiž i když chtějí žít spolu, rádi si od sebe odpočinou. Pokud klienti nežijí v partnerském vztahu bydlí v pokojích po dvou nebo po jednom, což jim zaručuje dostatek soukromí. Celý areál tvoří několik samostatně stojících nízkých budov, propojených vzdušnými chodbami. Do domků jsou umisťováni vždy lidé s podobným postižením a to muži i ženy společně. Partnerský život mentálně postižených je v tomto zařízení podporován a respektován, důkazem je i existence *Protokolu sexuality*, který je závazný pro všechny pracovníky, i když zde působí i řádové sestry, které s ním ne zcela souhlasí. Protokol obsahuje výpis práv z Deklarace sexuálních práv, postoje zařízení ke vztahům, partnerství a sexualitě, podmínky pro intimní soužití klientů, organizaci osvěty v ústavu, otázky týkající se antikoncepce a způsobů řešení možných důsledků sexuality a postup v případě sexuálního zneužití klientů.

## 6.2 Výzkum vychovatelů

### 6.2.1 Zařízení 1

Vychovatelky z tohoto zařízení vyslovily názor, že mentálně postižení mají právo na svůj sexuální život, tento názor však nepochází z jejich přesvědčení, ale vysvětlují ho tím, že se to říká, že právo poukazuje na to, že klienti smějí vše co chtějí. Jedna z vychovatelek vyslovila názor, že mentálně postižení jednají pudově, neznají pravý cit, nedochází jim, že by měly nějaké partnerské nebo sexuální potřeby ani neví co to je, mají spíše romantické potřeby. Nakonec také zmínila, že je to asi výchovou. Tento názor mi připadá velmi nejednotný, myslím, že sama paní vychovatelka nemá jasno v tom, co si o této problematice vlastně myslí. V názoru na život mentálně postižených v partnerském vztahu se vychovatelky shodly v tom, že pokud budou klienti zralí a schopni takto žít tak by tomuto soužití nebránili, jedna paní vychovatelka pak zmínila, že oni nikdy zralí nebudou, že jsou zvyklí na život v ústavu a nemají představu o životě běžné rodiny. Problém je v tom, že k běžnému životu nejsou vedeni od mala. Druhá paní vychovatelka zastává názor, že je to individuální, někdo to dokáže a někdo ne, je zde ale podle ní problém v nestálosti citů mentálně postižených. Poslední paní vychovatelka vidí problém jen v praktické realizaci jejich společného bydlení (přestavba ústavu, finanční prostředky).

Paní vychovatelky považují problém sexuality svých klientů za závažný a v tomto konkrétním ústavu vidí problém také v tom, že jejich výchovu navíc ovlivňují řádové sestry, které do ústavu pravidelně docházejí. Klientům říkají věci jako například, že nahota je špatná. Paní vychovatelky s tímto nesouhlasí, nezmínily se však, že by sestrám nějak vysvětlovali, že šíření jejich názoru není nejvhodnější.

Sexuální výchovu by měl podle vychovatelek poskytovat ústav ve spolupráci s rodinou, pokud ji dítě má a také ve spolupráci s odborníkem na sexualitu. Měla by být podle nich však poskytována pouze těm, kteří to trošku chápou. Jedna z vychovatelek by uvítala kdyby se klienti mohli dozvědět o sexualitě a partnerství co nejvíce, protože mají spoustu volnosti a to přináší nebezpečí. Nabízí se otázka, co jí sexuální výchově klientů brání ?

Mezi problémy souvisejícími se sexualitou jejich klientů se kterými se vychovatelky setkaly patřilo veřejné onanování a touha po sexu s partnerem. Oba tyto problémy řešily vždy individuálním rozhovorem. V případě onanování na veřejnosti klientům vysvětlily, že se

jedná o intimní záležitost a je třeba ji provádět jen v soukromí. V případě touhy po sexu klientce v podstatě řekly, že to není správné a poučily ji o možných následcích. Tento přístup podle mě není v pořádku, vychovatelé by klientům neměli vnucovat své názory a přesvědčení. Měli by jim poskytnout všechny potřebné informace a nechat je ať se sami rozhodnou. Jedna z vychovatelek je dokonce názoru, že se za 8 let své praxe s žádným problémem souvisejícím se sexualitou nesešla, což je podle mě absolutně nemožné a mohu si to vysvětlit jen tím, že paní vychovatelka buď problémy nevidí, nebo nechce vidět.

Za nejčastější problémy u svých klientů považuje jedna z vychovatelek právě onanování na veřejnosti. Masturbaci v soukromí považují vychovatelky za normální projev sexuality a užitečný ventil. Druhá paní vychovatelka vidí problém v tom, že mentálně postižení nespojují cit se sexualitou a v nestálosti citů mentálně postižených, která by podle ní mohla lehce vést k promiskuitě, nebo by vztah jednoho klienta mohl prostě přestat bavit a druhý by z toho mohl mít vážné psychické problémy. Dalším problémem je z jejího pohledu to, že děvčata se bojí bolesti a myslí si, že jim sex přináší. Tento problém je podle mě jen důsledek nedostatečné sexuální výchovy, dle názoru vychovatelů jim však nedělá žádný problém s klienty mluvit o čemkoliv, co se sexu a partnerství týče. Osvětu v této oblasti svým klientům poskytují formou individuálního rozhovoru, což je podle nich také nejlepší způsob. Pro zlepšení sexuální výchovy by uvítaly, kdyby měly k dispozici názorné pomůcky, obrázky, videa. Také je dle jejich názoru potřeba větší osvěta vychovatelů v této oblasti a finanční prostředky, aby se klientům mohlo postavit společné chráněné bydlení, mohli spolu jet na dovolenou, více se stýkat. Důležitá je také potřeba soukromí klientů, mají ho totiž z důvodu velkého počtu klientů na pokoji opravdu nedostatek. I k řešení tohoto problému jsou potřeba především finanční prostředky.

Dalším tématem mého rozhovoru bylo sexuální zneužívání mentálně postižených lidí. Co se tohoto tématu týče, všechny paní vychovatelky se shodly na tom, že mentálně postižení lidé jsou ohroženi více než lidé nepostižení. Je to podle jejich názoru tím, že jsou mnohem důvěřivější, naivnější a také úplatní, tím myslím, že se nechají zlákat na maličkosti. Jedna paní vychovatelka vyslovila názor, že mentálně postiženým hrozí mnohem větší nebezpečí, když žijí v rodině. V ústavu jsou podle ní v bezpečí. Za své praxe se s tímto problémem setkala právě jen tato paní vychovatelka, kdy klientku zneužíval přítel její matky při pravidelných návštěvách doma. Tento problém se řešil tím, že klientka přestala jezdit na ná-

vštevny domů. Nenásledoval vůbec žádný postih pro pachatele tohoto trestného činu, který nebyl ani nahlášen na policii.

Vychovatelky si myslí, že by měl existovat nějaký vzdělávací kurz pro vychovatele, kde by se tato problematika řešila. Jedna o existenci těchto školících kurzů ví a nemá zájem se jich zúčastňovat, naopak ty které o jejich existenci neví, by zájem o jejich navštěvování měly a to z důvodu své nejistoty ve schopnosti řešit problémy spojené se sexualitou klientů.

Z důvodu volnosti klientů si jedna z vychovatelek myslí, že antikoncepce pro klienty by měla být povinná. Další dvě s tímto názorem nesouhlasí, podle nich již klienti dostávají dost léků a proto by antikoncepci podávaly jen klientům, kteří mají nějaký partnerský vztah a to pouze se souhlasem zákonného zástupce nebo lékaře.

Názory na znalosti a zkušenosti klientů v této problematice se lišily. Jedna paní vychovatelka si myslí že znalosti a zkušenosti nemají vůbec. Druhá si myslí, že mají velmi povrchní a romantické představy, neuvědomují si, že partnerský život s sebou nese také povinnosti. A ohledně zkušeností si myslí, že někteří je mají a někteří ne, je to individuální. S tímto názorem souhlasí i poslední paní vychovatelka a dodává, že silněji postižené to vůbec nezajímá.

### 6.2.2 Zařízení 2

Vychovatelky v druhém ústavu na svých názorech zcela shodly. Jsou přesvědčeny, že mentálně postižení mají plné právo na partnerský a sexuální život, také mají právo žít spolu v partnerském vztahu a mají k tomu také v tomto ústavu možnost. Sexualitu považují za zcela normální jev, není to pro ně žádné tabu, podle nich by problémy spojené se sexualitou měl s klientem řešit vždy ten, komu klienti důvěřují, ať už je to vychovatel, rodič, nebo třeba údržbář. Pokud by se však klient obrátil na někoho, kdo by se na řešení těchto záležitostí necítil, jsou tady ony, na které se klienti mohou obracet se vším. Pokud klient projeví zájem poskytnou mu formou individuálního rozhovoru veškeré informace, které chce znát a také další důležité věci s tím související. Pro zlepšení sexuální výchovy by ještě uvítaly názorné pomůcky, protože vysvětlit některé intimní věci jen slovně je velmi těžké až nemožné. Paní vychovatelky se již účastnily několika školení a konferencí týkajících se partnerství a sexuality mentálně postižených lidí. Tyto akce jsou podle nich velmi přínosné a zajímavé a každý by měl mít možnost se jich zúčastnit. I díky těmto akcím se cítí připravené pro řešení všech těchto problémů.



Ve své praxi se setkaly s problémy souvisejícími se soukromím, klienti onanovali na veřejnosti, nebo se obnažovali. Tyto problémy se daly lehce vyřešit domluvou a vysvětlením proč jejich chování není v pořádku. Nedá se ale říci, že by u všech klientů byly problémy stejné, je to individuální, klienti se stále učí co je správné. Dříve byly za jakékoliv sexuální chování trestání a zneužívání a tak v nich stále přetrvávají obavy. Často se ptají zda se na ně vychovatelé nezlobí, když se s někým drží za ruce, nebo si dají pusy. Veškerý personál se snaží tyto jejich obavy odstranit, podporují je v tom, že nedělají nic špatného a respektují vztahy. Je to ale dlouhodobý proces.

Podle tázaných vychovatelek jsou mentálně postižení ve větším nebezpečí co se sexuálního zneužívání týče, než zdraví lidé. Je to hlavně tím, že mentálně postižení si někdy ani neuvědomí, že jde o zneužití, jsou velmi důvěřiví. Největší nebezpečí jim hrozí od blízkých lidí. Vychovatelky se setkali se zneužíváním ze strany rodičů. Tento problém se řešil tak, že klientka přestala rodiče navštěvovat. Policie nebyla k řešení přizvána.

Několik klientek v tomto ústavu sociální péče užívá antikoncepci ať už formou pilulek, injekcí nebo nitroděložních tělísek. Důvodem není jen ochrana proti otěhotnění, ale klientkám se tak upraví a zmírní menstruace a tím odpadá spousta problémů. Takže s antikoncepcí jednoznačně souhlasí a vítají ji, ale jen se souhlasem klienta, kterému nejdříve vysvětlí o co se jedná.

Vše co se týče práce s klienty se musí vždy přizpůsobit klientům samotným, jejich znalosti a zkušenosti jsou individuální, tak jako oni sami jsou jedineční.

### 6.2.3 Dílčí shrnutí - vychovatelé

Přístup vychovatelek v zařízeních se v mnoha věcech lišil. Samotný přístup ke klientům byl zcela rozdílný, vychovatelky v prvním ústavu tvrdí, že respektují právo klientů na sexuální život, ale důvodem je jen to, že jim to přikazuje zákon. Naproti tomu vychovatelky ústavu druhého jsou přesvědčeny o tom, že jejich klienti mají právo na plnohodnotný život, do něž patří i sexualita.

Vychovatelky z prvního zařízení neposkytují klientům téměř žádnou sexuální výchovu, pokud se vyskytne nějaký problém se sexualitou klienta o poučí jej o něm, ale spíše zakazují než vysvětlují, navíc výchovu ovlivňují řádové sestry, které zde pracují, a to v negativním slova smyslu. V druhém ústavu je situace mnohem lepší. Pro všechny pra-

covníky zařízení je závazný sexuální protokol, který zde mají vypracovaný. Tento protokol chrání zájem klientů. I když s ním někteří zaměstnanci zcela nesouhlasí, musí jej dodržovat. Vychovatelky se o problematice s klienty bez problémů baví. Tento přístup je způsoben také tím, že vychovatelky již navštívily mnoho školení a konferencí zabývajících se tímto tématem. V ústavu prvním se těchto školení neúčastní a většina vychovatelek o jejich existenci ani neví.

V obou zařízeních se již setkaly s problémem sexuálního zneužívání klientů, tento problém vždy řešili sami a pachatelé trestných činů tak nebyli potrestáni. Toto je dle mého názoru velká chyba a způsobuje, že pachatelé budou ve svém konání i nadále pokračovat. Paní vychovatelky v obou zařízeních si myslí, že mentálně postižení jsou snadnou obětí sexuálního zneužívání a to z důvodu jejich naivity a důvěřivosti.

Ke zlepšení sexuální výchovy by vychovatelky potřebovaly názorné pomůcky a také finanční prostředky, které jsou potřeba pro zlepšení podmínek bydlení.

Nejčastější problém, se kterým se vychovatelky setkaly, bylo veřejné onanování. Klientům vysvětlily, že se jedná o věc intimní a je třeba ji vykonávat jen v soukromí. Na masturbaci nevidí nic špatného, považují ji za normální jev a někdy také užitečný ventil.

Co se týče otázky antikoncepce, dvě vychovatelky v prvním ústavu, by ji podávaly jen klientkám, které mají partnerský vztah a jedna by ji zavedla povinně. Ve druhém zařízení antikoncepci vítají, protože jejím používáním se řeší i spousta problémů spojených nejen s otěhotněním.

Vychovatelky v prvním ústavu si myslí, že jejich klienti nemají žádné znalosti a zkušenosti co se partnerství a sexuality týče, dále si myslí, že mají velmi povrchní a romantické představy. Jedna pavi vychovatelky zastává stejný názor jako vychovatelky z ústavu druhého a to ten, že každý klient je jiný a tak i jejich znalosti a zkušenosti jsou různé.

## **6.3 Výzkum klientky**

### **6.3.1 Zařízení 1**

#### **6.3.1.1 Klientka 1**

Věk 26 let.

Klientka má dobré znalosti o základních věcech týkajících se sexuality, ví jak se bránit otěhotnění, která oblast jejího těla je intimní. O partnerském vztahu má spíše romantické představy. Informace, které o sexualitě a partnerství má, získala z televize a od kamarádů.

Klientka má současné době partnera, vídá ho však jen na výletech s ústavem a mezi těmito výlety si často dopisují. Klientka by s přítelem chtěla být častěji, chtěla by s ním i žít, ale ví, že je v ústavu, tak nemůže. Od svého partnera klientka vyžaduje, aby byl hodný, neopíjel se, nebyl zlý a se vším jí pomáhal.

Zkušenosti se sexem přímo nemá, ale s partnerem se líbali a hladili. Klientka údajně sama nemasturbuje, připadá jí to divné. S podmínkami v ústavu je spokojena, má dostatek soukromí, jen by chtěla být více se svým přítelem.

V ústavu se o problémech spojených se sexualitou a partnerstvím s nikým nebaví, vše co ví, ví jen z televize. Přivítala by, kdyby v ústavu byl někdo, na koho by se mohla obrátit se svými dotazy a problémy spojenými s intimními věcmi.

Klientka by chtěla mít dítě, ale ví, že nemůže, protože je postižená a nezvládla by se o ně sama postarat.

Naštěstí nemá žádné zkušenosti se sexuálním zneužíváním.

### **6.3.1.2 Klientka 2**

Věk 35 let.

Při rozhovoru s touto klientkou jsem si nebyla jista, zda je úroveň jejích znalostí tak nízká, nebo jestli se jen stydí a bojí se odpovídat. Klientka odpovídala velmi stručně a její znalosti byly velmi omezené. Jediné co věděla bylo, co to znamená mít rád a které jsou intimní části jejího těla. Tyto informace se dozvěděla z televize.

Klientka nemá zájem o žádného partnera, ale kdyby přece jen nějakého měla, tak by chtěla aby se neopíjel a ráda by s ním chodila na procházky.

Klientka nemá žádné sexuální zkušenosti, kromě masturbace, kterou občas provádí, je to pro ni normální věc.

S životem v ústavu je vcelku spokojena, chybí jí jen soukromí. S vychovatelkami si o těchto věcech údajně povídá, že se sní vychovatelky začaly o sexualitě bavit a v den mého příchodu – připravily ji na rozhovor.

Klientka by dítě nechtěla, ale byla si zcela jistá, že se o ně zvládne sama starat. Myslí si, že péče o dítě vyžaduje jen krmení, koupání a přebalování.

Ani tato klientka nebyla sexuálně zneužívána.

### **6.3.1.3 Klientka 3**

Věk 35 let.

Tato klientka se ve svých znalostech podobala klientce první, až na to že ve svých znalostech měla zmatek a to především co se antikoncepce týče. Myslí si, že kondom používá při sexu dívka a to tak, že ho spolkně. Znalosti, které má, získala z televize.

V současné době nemá klientka partnera, ale chtěla by. Jako jeho hlavní vlastnosti by uvítala, aby byl hodný a hlavně nebyl opilec. Svůj čas by partnerem trávila na procházkách, v divadle, kině.

Klientka má sexuální zkušenosti a to bohužel ty nejhorší, v jejích patnácti letech ji zneužil chlapec z ústavu. Přesto je šťastí, že se nebrání vztahu s jinými muži.

Co se týče masturbace, klientka nemasturbuje, myslí si, že je to špatné, protože řádové sestry jí řekly, že masturbace je hřích.

Se životem v ústavu je spokojena, ráda jezdí na výlety.

O sexuálním životě a partnerství jí nikdo neřikal a necítí potřebu, aby byl v ústavu někdo, komu by se mohla s touto problematikou svěřit, stačí jí ti, co tam jsou.

Klientka by dítě chtěla, ale jen kdyby nebyla v ústavu, myslí si, že by se o něj zvládla postarat.

### **6.3.1.4 Klientka 4**

Věk 35 let.

Klientka měla velmi dobré znalosti v oblasti partnerství a sexuality, jen v otázce antikoncepce opět neměla jasno, myslela si, že ho používá žena před souloží. Své znalosti získala od vychovatelek.

Klientka měla dříve přítele, ale přestala se s ním stýkat, protože měl ještě jinou přítelkyni. Svého ideálního partnera si představuje jako hodného, věřícího muže, který ji bude mít rád

a bude s ní chtít miminko a vychovávat ho spolu s ní. Svůj čas s ním by chtěla trávit v přírodě, kde by si spolu povídali a vzájemně se poznávali.

Klientka sexuální zkušenosti se dvěma partnery z toho se bohužel v jednom případě opět jednalo o sexuální zneužívání. Klientku zneužíval topič z ústavu. Tento trestný čin nebyl nahlášen, situace se řešila jen ukončením pracovního poměru topiče.

Klientka nemasturbuje, myslí si, že je to škodlivé a je jí to nepříjemné.

Hlavní nedostatek života v ústavu vidí v nedostatku soukromí, v pokoji je s šesti spolubydlicími a nemá chvílku klidu. Také by uvítala více kontaktů s ostatními lidmi, ne jen s těmi z ústavu. Myslí si, že výletů a jiných akcí je málo.

V ústavu by uvítala někoho s kým by si mohla o této problematice promluvit soukromě, když s vychovatelkami se o tom baví. Problém je v tom, že jim nevěří a bojí se jich, několikrát během našeho povídání jsem jí musela přísahat, že o našem rozhovoru vychovatelkám nic neřeknu.

Její velkou touhou je dítě, opravdu moc by si ho přála a je přesvědčena, že se o něj dokáže starat.

### **6.3.1.5 Klientka 5**

Věk 20 let.

Klientka má velké množství znalostí, opět byl problém v antikoncepci. Při dotazu, jestli ví jak zabránit otěhotnění, odpověděla potratem a zdravou výživou. Slovo antikoncepce nebo kondom vůbec nezná. To co ví, ví z televize.

Klientka má přítele a očekává od něj, že bude na ni hodný, milý a bude ji milovat stejně jako ona jeho. Nejraději by s ním trávila čas u bazénu, ale pochybuje, že se jí to někdy splní, nemůžou se navštěvovat. Klientka by s ním chtěla být co nejvíc, chtěla by s ním bydlet.

Zatím si s klukem dala jen pusy, na ostatní si připadá moc mladá.

Klientka nemasturbuje, ale nemyslí si, že je to něco špatného.

Chybí jí více příležitostí k setkávání s partnerem a možnost být s ním sama.

Vychovatelky se s ní o problematice nebaví a tak by uvítala někoho, s kým by mohla mluvit, ale projevila strach, že by důvěrné informace řekl vychovatelům a oni by se na ni zlobili.

Dítě klientka zatím nechce, ale myslí si že péčí o něj by zvládla.

Se sexuálním zneužíváním se naštěstí nesetkala.

### **6.3.1.6 Klientka 6**

Věk 20 let.

Klientka má velmi povrchní znalosti, ale to málo co ví, se dozvěděla od rodičů.

Slečna má přítele. Chtěla by, aby byl hodný a měl rád děti. S partnerem by chtěla mít sex, který již dříve s jiným partnerem provozovala. Při styku nepoužili žádnou antikoncepci. Klientka často masturbuje, je to pro ni normální a dělá to ráda.

V ústavu by uvítala více soukromí a také více příležitostí setkávat se s jinými lidmi.

S vychovatelkami se o sexu a partnerství nebaví, protože ony říkaly, že to klientky nesmí dělat (mít sex). Klientky jim tedy ze strachu nic neříkají. Klientce možnost pobavit se o tomto tématu chybí a ráda by využila toho, kdyby v ústavu byl někdo, komu by se mohla svěřit.

Dítě by klientka nechtěla, protože žije v ústavu.

Ani tato respondenta se nesetkala se sexuálním zneužíváním.

### **6.3.1.7 Dílčí shrnutí – klientky, zařízení 1**

Čtyři z klientek měly dobré znalosti v oblasti sexuality a partnerství, jen jedna z nich však měla jasno v otázce antikoncepce. U dvou dívek nebyla téměř žádná znalost a to navzdory věku i zkušenostem. Která je intimní oblast jejich těla bylo jediné co bylo jasné všem dívkám. Čtyři dívky své znalosti získaly z televize, jen jedna z nich od vychovatelů.

Polovina klientek má v současné době partnera, zbytek buď nechce, nebo jsou momentálně zklamané partnerem předchozím. Svůj ideál si klientky představují velmi podobně, měl by být hodný, abstinent, měl by je mít rád a měl by mít rád také děti. Čas se svým partnerem by většina chtěla trávit v přírodě, nebo na různých kulturních akcích. Jedna z klientek, by s přítelem chtěla ve volném čase provádět sexuální aktivity. Tři z klientek by chtěly se

svými partnery v budoucnu žít, ale připadá jim to naprosto nemožné a to z důvodu, že žijí v ústavu sociální péče.

Dvě klientky nemají kromě políbení žádné sexuální zkušenosti, jedna se s partnerem mazlila a ostatní z nich měly pohlavní styk. Bohužel ve dvou případech se jednalo o sexuální zneužití. O jednom z těchto zneužití vychovatelé ani nevědí a druhé se řešilo jen interně v ústavu, policie nebyla přivolána. V obou případech byly dívky zneužity osobou z ústavu v němž žily.

Většina klientek nemasturbuje a to buď proto, že jim to připadá divné, je jim to nepříjemné, nebo protože si myslí, že je to hřích, což jim řekly řádové sestry.

Jen jedna z klientek je se životem v ústavu spokojena, ostatní z nich trápí nedostatek soukromí nebo příležitostí k setkávání s jinými lidmi.

Situace sexuální výchovy v ústavu je naprosto katastrofální, vychovatelky se s klientkami o této problematice téměř nebaví a dokonce jim sexuální aktivity zakazují. Klientky k vychovatelkám nemají vůbec důvěru, nesvěřují se jim a mají z nich strach. Také toto je důvodem, proč by většina klientek v ústavu přivítala někoho, s kým by se o partnerství a sexualitě mohla bavit.

Polovina klientek by chtěla mít dítě, ale uvědomují si, že nemohou. Vidí překážky jak ve svém postižení, tak také v tom že žijí v ústavu. Většina klientek si myslí, že by se o dítě zvládly postarat, ale péči o dítě si představují jen jako krmení, přebalování a koupání, další povinnosti už nevidí.

Klientky mají o partnerství velmi romantické představy a o sex většina z nich nemá zájem, ale to neznamená, že by o těchto otázkách neměly být poučeny.

### 6.3.2 Zařízení 2

Povídání s klientkami bylo velmi příjemné a uvolněné. Klientky neměly žádné zábrany o tomto tématu se mnou hovořit. V první části debaty jsem se snažila zjistit, co klientky o partnerství a sexualitě vědí, jak se orientují v základních pojmech. Úroveň znalostí byla velmi vysoká, všechny klientky znaly odpovědi na mé otázky. Zdrojem jejich informací byla především rodina a v jednom případě také škola.

V druhé části povídání jsem se zaměřila na zkušenosti klientek a na jejich představy a přání. Všechny klientky až na jednu mají v současné době partnera. Dívka, která ho nemá se zklamala v lásce a zatím žádného dalšího partnera nechce. Jejich představa o ideálním protějšku byla naprosto stejná. Má být celý život věrný, hodný, nekouřit, nepít alkohol a má je mít rád. Klientky by s ním hlavně chtěly chodit na procházky, do kina, divadla a tak podobně. Je pro ně důležité spíše mít s kým trávit svůj čas, přitulit se, nejde jim o sex a tělesný kontakt jako takový. Všechny klientky si už daly s klukem pusu. Co se týče jiných sexuálních zkušeností, tak se jednalo jen o mazlení a hlazení, až na jeden případ. Nejstarší z klientek žije sexuálním životem, první sexuální styk měla již za mlada. Důvodem bylo to, že to chtěla zkusit, stalo se jí však tehdy, že tenkrát nepoužila žádnou antikoncepci a otěhotněla. Dítě bylo postižené a ona musela jít na potrat. Ještě teď když o tom mluvila měla slzy v očích a myslím, že jí tato zkušenost velmi ublížila a zároveň také poučila tím nejhorším možným způsobem. Kdyby se již dříve věnovala větší pozornost osvětě mentálně postižených v této oblasti, nemuselo se klientce nic takového stát.

Jedna klientka se svěřila, že onanuje a ostatní klientky si myslí, že je to normální. Klientky jsou s životem v ústavu velmi spokojené, mají dost svého soukromí a pokud by chtěly být s partnerem samy, mají tady místnost, kam si můžou partnera pozvat. Také často jezdí na výlety a na víkendy domů. Klientky jsou spokojeny s výchovou vychovatelek, svěřují se jim a můžou se na ně ve všem spolehnout. Klientky jsou velmi rozumné, co se týče dětí, všechny by sice miminko chtěly, ale vědí, že jsou v ústavu a jsou postižené a proto nemůžou. Nemyslí si, že by se o ně zvládly postarat, ale pohlídat by ho dokázaly. Tyto klientky naštěstí neměly žádnou zkušenost se sexuálním zneužíváním, jen dvěma z nich se stalo, že je osahával přítel a ony to nechtěly, tak ho „odpálkovaly“.

### 6.3.3 Dílčí shrnutí – klientky

Klientky v ústavech měly naprosto odlišné vnímání sexuality, v ústavu prvním ji braly jako zakázané ovoce a ve druhém jako přirozenou věc. Úroveň znalostí je téměř nesrovnatelná, což závisí především na zdroji informací. V zařízení prvním to byla většinou televize, která může poskytovat velmi zkreslené informace a v zařízení druhém byla zdrojem většinou rodina, což je bezpochybně zdroj daleko kvalitnější.

V obou zařízeních měly již klientky zkušenosti s partnerem a jejich představa o ideálním příteli byla naprosto stejná. Chtějí muže hodného, který nepije alkohol, bude věrný a bude



je mít rád. Aktivitu, které by s partnerem rády dělaly byly také v obou případech velmi podobné (procházkou, kultura) až na jednu klientku, která by chtěla provozovat sex.

Čtyři z celkového počtu klientek již měly pohlavní styk a jejich zkušenost s ním byla ve většině případů negativní. Dvě klientky byly zneužity a jedna nechtěně otěhotněla a musela jít na potrat. Klientky tyto zkušenosti naštěstí nepoznamenaly ve vztahu k mužům a lásce se nebrání.

Velký rozdíl byl v tom, jak jsou klientky spokojeny se životem v ústavu. V druhém zařízení byly klientky naprosto spokojeny a v ústavu prvním tomu bylo právě naopak, chybí jim soukromí a více kontaktů s lidmi. Klientky druhého ústavu mohou bydlet se svým partnerem a denně se s ním vídat, toto je pro klientky z ústavu prvního věc nepředstavitelná o které jen sní.

Co se týče výchovy, rozdíl v těchto zařízeních je obrovský. Klientkám v zařízení prvním není poskytována téměř žádná sexuální výchova a v zařízení druhém se vychovatelky s klienty o problematice často a otevřeně baví, nic klientům nezakazují a ti jim zcela důvěřují. Důsledek je jasný, klientky v zařízení prvním jsou v daleko větším nebezpečí, co se týče jak sexuálního zneužívání, tak pohlavních chorob či nechtěného těhotenství, klientky nikdy nebudou v ústavu spokojeny, protože se nemají na koho spolehnout a komu věřit.

Většina klientek je rozumná co se touhy po dítěti týče, dítě by chtěly, ale ví že žijí v ústavu a jsou postižené, tak nemohou.

## 6.4 Pozorování

Při své praxi v ústavu sociální péče jsem měla možnost s klientkami navštěvovat taneční kurzy v Brně. Klientky se vždy velmi těšily, a to jak na tanec, tak i na své tanečníky. Při kurzech jsem pozorovala zcela běžné reakce jak mužů, tak žen. Chovali se k sobě slušně a muži se dívkám velmi dvořili. Atmosféra byla vždy velmi romantická, jako ve starých černobílých filmech. Myslím, že kromě tanečních schopností, se tyto taneční kurzy velmi podobaly tanečním, které jsem navštěvovala i já na střední škole, stud dívek, dvoření chlapců, letmé pohledy a úsměvy, prostě romantika. Mentálně postižení lidé mají velkou radost z blízkosti svého chlapce, dívky, vždy se na něj, na ni těší a nemohou se dočkat až se zase uvidí. Vyzorovala jsem, že ve většině případů jim stačí psát si se svým vyvoleným dopisy, držet se za ruce a vyměňovat si zamilované pohledy.

V ústavu v němž jsem chodila pravidelně na praxi, bylo téma sexuality opravdovým tabu a při vedení svých rozhovorů s klienty jsem pozorovala stud a také strach z vychovatelek, před kterými dívky raději skrývaly, že o sexu a partnerství něco vědí. Naopak v druhém zařízení byly dívky zcela otevřené.

## 6.5 Názory MuDr. Jiřího Mellana

S panem doktorem jsem komunikovala pomocí e-mailu, vedli jsme rozhovor, ve kterém jsem se MuDr. Mellana ptala obecně na problematiku sexuality mentálně postižených, na sexuální zneužívání mentálně postižených a také na sexuální výchovu.

Na to co si o tomto tématu jako specialista myslí mi odpověděl, že je to pole dosud neorané, jemuž se odborná i laická veřejnost často brání s tendencí bagatelizovat tuto problematiku či s poukazem, že mentálně postižení nemají sexualitu rozvinutou a nemají ji ani zapotřebí a že je škodlivé jejich sexualitu stimulovat. Také zmínil, že s těmito argumenty se setkává po celou dobu své praxe.

Co se týče sexuálního zneužívání postižených lidí, jsou podle pana doktora daleko více vystaveni jeho riziku. Mentálně postižení se totiž vyznačují dětskou naivitou, důvěřivostí a tím jejich přístupnost pohlavnímu zneužívání přetrvává do pozdějšího věku i dospělosti. Prevenci sexuálního zneužití je proto třeba věnovat zvýšenou pozornost. Tím více, že pachatelem pohlavního zneužití mentálně postižených je v naprosté většině osoba známá, blízká, z rodiny či z okruhu pečujících osob.

V sexuální výchově mentálně postižených je podle něj nejdůležitější to, že je u nich zřejmá tendence nacházet uspokojení v blízkosti druhého člověka, hledání uznání, přátelství a lásky a v této fázi dlouho setrvávat. To by mělo být i hlavní náplní jejich sexuální výchovy. Přístup mentálně postižených lidí k dosažení sexuálního uspokojení je oproti jiným lidem podstatně ztížen a vyžaduje organizaci naší pomoci. Velmi pomáhají koedukované typy zařízení a různé seznamovací akce. S ohledem na mentální opožděnost klientů je také třeba hledat názornější formy osvěty, zejména nácvikové formy získávání žádoucích postojů a dovedností. U mentálně postižených, kteří se dostávají až k realizaci koitálních aktivit je třeba hledat vhodnou formu antikoncepce. Není to úkol snadný, když víme že právě perorální antikoncepce není pro ně nejvhodnější. Mimořádné nebezpečí zde skýtá možnost pohlavních chorob a zejména AIDS, jehož nízký výskyt u nás se přičítá především intenzivní

osvětě. U mentálně postižených jsou tyto formy osvěty problematické. A s jejich integrací do ostatní společnosti toto nebezpečí vzrůstá.

Pan Mellan se dále zmínil, že má špatnou zkušenost s ústavou sociální péče, většinou nechtějí spolupracovat a nejeví zájem jak o sexuální osvětu svých vychovatelů, tak ani klientů.

## 7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Ve svém výzkumu jsem chtěla najít odpovědi na šest základních otázek, první z nich se týkala znalostí mentálně postižených lidí v oblasti partnerství a sexuality. Znalosti mentálně postižených lidí závisí především na výchově, která je jim poskytována. V ústavu, kde klientům neposkytují téměř žádnou sexuální výchovu, měly klientky mnohem horší znalosti, než v zařízení, kde sexuální výchova poskytována je a sexualita je brána jako normální a přirozená věc. Situace v prvním ústavu je zkomplikována ještě tím, že klientky získávají své znalosti z televizních pořadů, většinou telenovel a tak mají naprosto zkreslené představy a zmatek v tom co se dovídají.

Druhá otázka se týká toho, jakou roli hraje sexualita v životě mentálně postižených a jaké s ní mají zkušenosti. Pro mentálně postižené ženy je důležité mít někoho vedle sebe, někoho koho mohou držet za ruku, ke komu se mohou přitulit. Spíše než tělesný kontakt chtějí žít s vědomím, že mají někoho, koho mohou mít rádi a kdo je také má rád. Tato stránka partnerského života a sexuality je pro většinu z nich ta nejdůležitější a hraje v jejich životě jednu z hlavních rolí. Stránka tělesná je důležitá jen pro velmi malou část respondentek. Zkušenosti se sexualitou mají mentálně postižené klientky různé, některé z nich se s mužem pouze políbily, jiné se s partnerem mazlily a čtyři klientky měly pohlavní styk. Ve dvou případech se bohužel jednalo o sexuální zneužívání klientek. V obou zařízeních tento problém v minulosti řešili stejným způsobem, zajistili, aby se klientka už s násilníkem nesetkala, ale policie nebyla nikdy přivolána. O jednom případě zneužívání, o kterém jsem se dozvěděla od klientky, dokonce vychovatelé ani nevěděli. Důvodem je celková nedůvěra klientek z prvního ústavu k jejich vychovatelům.

Další otázkou je, jaké jsou potřeby a problémy mentálně postižených v této oblasti? Hlavní potřebou mentálně postižených z jejich pohledu je mít někoho na koho se můžou těšit a trávit s ním svůj volný čas. Jejich hlavní potřeba z mého pohledu je sexuální výchova, která je ochrání před zneužíváním, nemocemi a také zkreslenými informacemi z televize nebo od kamarádů. Jejich problémy se odvíjí od jejich potřeb. Pro to aby mohli být se svým partnerem je potřeba moci s ním kde trávit čas. Klientky z prvního ústavu takovou možnost vůbec nemají. Také je trápí nedostatek soukromí. Z mého pohledu je velký problém také v přístupu vychovatelů v prvním zařízení, klienti jim nedůvěřují, tudíž se jim nesvěřují s tím co se jim stalo, nebo co je trápí a to je podle mě ten největší problém.

Jaká je mentálně postiženým lidem poskytována sexuální výchova je další otázka na kterou jsem chtěla znát odpověď. Co se týče prvního ústavu je na tuto otázku velmi snadná odpověď, žádná nebo velmi mizivá. V druhém zařízení je naštěstí situace mnohem lepší a klienti jsou v případě jejich zájmu se vším seznámeni, běžně se zde o tématech partnerství a sexuality diskutuje. Tato skutečnost se velmi projevila nejen na znalostech klientek, ale také na jejich chování. Při rozhovoru s klientkami z prvního zařízení byly klientky nejisté, stydlivé a měly strach, že se vychovatelé dozví to, co mi říkaly. Ve druhém ústavu byly klientky zcela uvolněné.

Další otázkou je, jaký mají vychovatelé z ústavů sociální péče pohled na partnerství a sexualitu jejich klientů? Ve druhém zařízení sociální péče vychovatelé zcela respektují práva svých klientů na partnerský život, jsou přesvědčeni, že sexualita je součástí života každého z nás, ať je to člověk postižený či ne. V zařízení prvním mají podobný názor, háček je v tom, že o něm nejsou přesvědčeni a říkají, že jim to ukládá zákon. K sexualitě svých klientů mají velmi pasivní přístup.

Poslední otázka která mě zajímala, bylo zda mají vychovatelé povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě jejich klientů. Jako v předcházejících otázkách i tady je první zařízení na tom velmi špatně. Vychovatelky nemají ani tušení o tom co jejich klientky vůbec vědí, nebo co zažily. V ústavu druhém je situace opět v pořádku, vychovatelky klienty neberou jako velké děti.

Je šokující, jaké rozdíly mohou být v různých zařízeních sociální péče, myslím si, že jsem zkoumala právě dva opaky ústavů a to ústav vzorový a ústav s naprosto nevyhovující výchovou a přístupem vychovatelů. Nemyslím tím, že se vychovatelé nestarají o své klienty dobře, to jistě ano, ale tato výchova, kterou jim poskytují, je správná jen z jejich pohledu. Poskytují jim péči a výchovu, kterou považují za důležitou a sexuální výchova pro ně důležitá není. Jak jsem však zjistila je nesmírně důležitá pro klientky, pro jejich rozvoj i ochranu v této oblasti.

## ZÁVĚR

Když jsem začala pracovat na své bakalářské práci, setkávala jsem se s různými názory na tuto problematiku. Většinou se jednalo o názory negativní. Široká veřejnost si myslí, že mentálně postižení jsou takové přerostlé děti a tudíž u nich sexualita není vůbec vyvinuta, nebo že naopak mentálně postižení mají neustálou potřebu sexuálního styku, kterou většinou uspokojí masturbací a to kdekoliv a kdykoliv. Po dobu své práce jsem se setkala s mnoha takovými názory a těmto lidem jsem se snažila vysvětlit, že tomu tak není a že i mentálně postižení lidé mají právo na partnerský a sexuální život. Tento úkol byl nejdůležitější u vychovatelů, kteří s klienty denně pracují. Mnozí z nich měli totiž stejné negativní názory na sexualitu svých klientů a to se odráželo v jejich výchově. Vychovatelé z ústavu, ve kterém jsem dělala výzkum, měli naprosto mylnou představu o znalostech a zkušenostech jejich klientů, což bylo způsobeno jejich pasivním přístupem k této problematice a také tím, že klienti k nim nemají důvěru.

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit, jaké mají mentálně postižení lidé možnosti setkávat se a seznamovat s opačným pohlavím. Zjistila jsem, že to především záleží na typu zařízení, ve kterém jedinec žije. Pokud je klient umístěn do nekoedukovaného typu zařízení, jsou jeho možnosti k seznámení omezeny. Kontakty s opačným pohlavím má klient jen na různých výletech a kulturních akcích, které ústav pořádá. V zařízeních koedukovaného typu jsou možnosti klientů rozšířeny o každodenní kontakt se spolubydlícími opačného pohlaví.

Dalším cílem mé práce bylo dozvědět se jaká je mentálně postiženým poskytována sexuální výchova. Opět to záleží na každém ústavu sociální péče, ale sexuální výchova v ústavech není přímo zavedena a klientům v jednom ze zkoumaných ústavů není poskytována téměř žádná. Blíže se o tomto tématu zmiňuji v praktické části práce.

Dále jsem se chtěla dozvědět, jak jsou na tom mentálně postižení lidé, co se znalostí o partnerství a sexualitě týče. Zjistila jsem, že jsou klienti, kteří mají dobré znalosti a také klienti, kteří mají ve spoustě svých znalostí zmatek a to především co se antikoncepce týče. Neznalost těchto klientů je však způsobena zanedbanou nebo žádnou sexuální výchovou.

Pro mentálně postižené lidi není ani tak důležitý tělesný kontakt s protějškem, ale především vědomí, že někoho mají rádi a on jejich city opětuje. Mentálně postižení lidé se s partnerem rádi mazlí a líbají, ale většinou nedochází k pohlavnímu styku. Partnerství je

v jejich životě, stejně tak jako v životě všech ostatních lidí, jedna z nejdůležitějších věcí. Sexualita již v jejich životě nehraje tak důležitou roli.

Myslím si, že postupem času by se měla všechna zařízení nekoedukovaného typu změnit a na zařízení koedukovaná. Tato změna je přínosná v mnohých aspektech výchovy, nejen ve výchově sexuální, ale také například přispívá k lepšímu osvojení hygienických návyků. Dále bych navrhovala aby byla v ústavech sociální péče zavedena povinná sexuální výchova klientů, protože lhostejnost některých vychovatelů má negativní vliv na klienty. Posledním a velmi důležitým krokem ke zlepšení podmínek sexuálního života a výchovy mentálně postižených lidí je vzdělávání lidí, kteří se o postižené starají, tím myslím rodiče a vychovatele z ústavů sociální péče. Někteří vychovatelé o možnostech vzdělávání vědí, ale nepřipadá jim důležité, tak se o ně nezajímají, proto si myslím, že by bylo vhodné, kdyby tato školení byla pro každého zaměstnance povinná.

Všech cílů své práce jsem dosáhla a doufám, že se mým působením v ústavech sociální péče situace týkající osobního života klientů alespoň trochulepší.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AUGUSTYN, J. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998.
- [2] DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*, 1. vydání, Praha: Avicium, 1973, ISBN 08-051-73.
- [3] GRIMOVÁ, B. *Právo a lidé s postižením*, (dostupné [on-line] na WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>).
- [4] KOZÁKOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením v ÚSP s celoročním pobytem*. In Transformace sociálních služeb – cesta k základním lidským hodnotám. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. (dostupné [on-line] na WWW: <http://www.apsscr.cz/sbornik/uvod/hlavni.html>).
- [5] KRACÍK, J. *Sexuální výchova postižené mládeže*, Praha: Karolium, 1992, ISBN 80-7066-626-9.
- [6] KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*, 1. vydání, Praha: Avicium, 1990, ISBN 80-201-0019-9.
- [7] LEWINGSTON, R. *Světové dějiny sexuality*, 1. vydání, Praha: Horizont, 1969
- [8] *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím: zdravotně výchovná publikace*, Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2002.
- [9] PONDĚLÍČEK, I., PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, J. *Lidská sexualita jako projev přirozenosti a kultury*, 1. vydání, Praha: Avicium, 1971, ISBN 08-075-71.
- [10] RUBINŠTEJNOVÁ, S. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*, 3. vydání, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, SPN 06-40-17/3.
- [11] *Sexualita mentálně postižených: Sborník materiálů z celostátní konference/organizované o.s. Orfeus(et al.)*, Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004, ISBN 80-903519-0-5.
- [12] *Sociální služby Uherské Hradiště*, (dostupné [on-line] na WWW: <http://www.ouss-uh.cz/index.htm>).



- [13] TRUHLÁŘOVÁ, Z.(ed.) *Domácí násilí a zdravotně postižení: Sborník materiálů z celostátní konference/organizované o.s. Orfeus(et al.)*, Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2005, ISBN 80-903519-2-1
- [14] WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*, 1.vydání, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-558-X.

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Otázky k rozhovoru - klienti.
- P II Otázky k rozhovoru - vychovatelé.

## **PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU – KLIENTI**

### 1. ČÁST (zjištění hloubky znalostí týkajících se sexuality)

1. Víš, co je to mít rád ?
2. Máš někoho rád/a ?
3. Víš, jak přicházejí děti na svět ?
4. Víš, co je to sex ?
5. Víš, jak zabránit tomu mít dítě ?
6. Víš, co je to antikoncepce ?
7. Jaké znáš druhy antikoncepce ?
8. Víš, jak antikoncepci používat ?
9. Víš, co je to homosexualita ?
10. Víš, které části tvého těla jsou intimní ?
11. Víš, co je to masturbace (sebeukájení) ?
12. Odkud jsi získal/a tyto informace ? (rodiče, vychovatelé, přátelé, noviny, televize)

### 2. ČÁST (zjištění zkušeností, postojů a názorů o sexuálním životě a partnerství)

1. Chtěl/a by jsi mít kluka/holku ?
2. Jaký/á by jsi chtěl/a aby byl/a ? (vzhled, vlastnosti, chování)
3. Co bys s ní/m chtěl/a dělat ? (Jak bys s ní/m chtěl/a trávit čas)
4. Líbal/a jsi se s nějakým klukem/holkou ?
5. Máš nějaké sexuální zkušenosti s partnerem ? (klukem/holkou)
6. Máš stálého partnera ? (kluka/holku)
7. Měl/a jsi někdy pohlavní styk ? (sex, miloval/a jsi se s někým)  
Kolik ti bylo let ?  
  
Bylo to vícekrát ve tvém životě ?  
  
Bylo to vždy se stejným partnerem nebo jich bylo více ?
8. Používal/a jsi antikoncepci ?
9. Hladíš se někdy sama na intimních místech ?

10. Co si myslíš o tom, když to někdo dělá ? Proč máš tento názor ?
11. Jaké si myslíš, že máš podmínky pro partnerství a sexuální život ?  
Máš dostatek soukromí ?  
  
Máš dostatek příležitostí k seznámení s kluky/holkami ?
12. Řekl vám někdo o možnostech vašeho sexuálního života a jeho problémech ?
13. Baví se s vámi vychovatelé o tomto tématu ?
14. Myslíš si, že by bylo dobré, kdyby jste tady v ústavu měli někoho, s kým by jste o tomto tématu mohli mluvit a kdo by vám poradil ?  
Využil/a bys toho ?
15. Chtěl/a by jsi mít děťátko ?  
Víš, co obnáší se dítě starat ?  
  
Myslíš si, že by jsi to zvládl/a ?
16. Dotýkal se tě někdo na intimních místech, když jsi to nechtěl/a ?
17. Chtěl po tobě někdo, abys dělala intimní věci, které ti byly nepříjemné ?

## PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORU - VYCHOVATELÉ

1. Myslíte si, že lidé s mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život ?
2. Myslíte si, že vaši klienti by měli mít možnost žít v partnerském vztahu ?
3. Za jak závažný považujete problém sexuality mentálně postižených lidí ?
4. Kdo si myslíte, že by měl mentálně postiženým poskytovat sexuální výchovu ? (rodina, ústav sociální péče, rodina + ústav sociální péče, někdo jiný)
5. Setkali jste se někdy u svých klientů s nějakým problémem vyplývajícím z jeho sexuality ?  
S jakým ?  
Jak jste problém řešili ?
6. Jaké problémy jsou u mentálně postižených lidí v oblasti sexuality podle vašeho názoru nejčastější ?
7. O jakých tématech je pro vás obtížné s klientem mluvit ?
8. Poskytujete vašim klientům osvětu v této oblasti ?  
Jakými způsoby, formami by podle vás měla být vedena osvěta v sexuální výchově a příprava na sexuální život mentálně postižených lidí ?  
Jak to děláte vy ?  
Co by jste zlepšil/a ?
9. Co je podle vás k lepší sexuální výchově mentálně postižených lidí potřeba ?
10. Myslíte si, že mentálně postižení lidé jsou vystaveni riziku sexuálního zneužívání více, stejně, nebo méně než ostatní populace ?  
Vysvětlíte proč.
11. Máte nějakou osobní zkušenost se sexuálním zneužíváním, nebo obtěžováním vašich klientů ?
12. Myslíte si, že by měl existovat nějaký vzdělávací kurz pro rodiče (vychovatele), kde by se problematika sexuality mentálně postižených lidí řešila ?  
Měl/a by jste zájem se účastnit těchto kurzů ?
13. Jaký je váš postoj k masturbaci mentálně postižených lidí ? (škodlivá, zbytečně stimuluje jejich sexualitu, zlozvyk, prospěšná, jeden z projevů normální sexuality, užitečný ventil sexuálního napětí)

14. Co by přispělo ke zlepšení podmínek dalšího sexuálního vývoje vašich klientů ?
15. Cítíte se připravena k řešení těchto problémů ?
16. Co říkáte na otázku antikoncepce mentálně postižených lidí ? Myslíte si, že by měla být povinná (podávána všem, jako ostatní léky) ?
17. Jakou si myslíte, že mají mentálně postižení představu o sexuálním životě a partnerství ? Jaké mají zkušenosti a znalosti ?