

Sexualita a sexuální výchova mentálně postižených lidí vyrůstajících v rodině

Bc. Petra Šimonová

Diplomová práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra ŠIMONOVÁ**

Studijní program: **N 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 diplomové 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

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Iva Enachescu-Hroncová, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

17. února 2009

Termín odevzdání diplomové práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 17. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Ve Zlíně 22. 4. 09

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Má práce pojednává především o sexuálním výchově mentálně postižených lidí. Budu se zabývat stádii vývoje sexuality a k nim vhodnou výchovou. Dozvíte se také o předsudcích nad tímto tématem i o právních hlediscích týkajících se této problematiky. Zaměřila jsem se na hlediska sexuální výchovy mentálně postižených a to jak v ústavní péči, tak především v rodině. Dále zjistíte, jaké znalosti mají a jaká stanoviska zaujímají sami mentálně postižení a jejich rodiče. Pokusím se také o srovnání znalostí, postojů a zkušeností mentálně postižených žijících v rodině a v ústavech sociální péče.

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

ABSTRACT

My work mainly disert on sexual education mentally affected people. You get also learn about prejudice in this theme, about law aspects relevant to this questions. I will put mind to developement stage of sexuality and right educatin in this stages.I also fixate on aspects of sexual edu-cation mentally affected people in constitutional care and mainly in family. Further you will see, which knowledges and what position mentally affected people and their parents have. Also I will try to trade off knowlledges, positions and experience of mentally affected peole living in family and mentally affected people living in constitutio-nal care.

Keywords: mental disability, family, sexual education, sexual abuse, sexuality, constitutio-nal care.

Motto:

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

Heinrich Behr

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, paní doktorce Ivě Enachescu-Hroncové, za cenné rady a příjemnou spolupráci. Také děkuji rodinám, se kterými jsem prováděla výzkum za ochotu a upřímnost.

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

V Uherském Hradišti 6. 5. 2009

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ | 13 |
| 1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE | 13 |
| 1.1.1 Lehká mentální retardace (F70) IQ 50-69 | 14 |
| 1.1.2 Středně těžká mentální retardace (F71) IQ 35-49 | 14 |
| 1.1.3 Těžká mentální retardace (F72) IQ 20-34 | 15 |
| 1.1.4 Hluboká mentální retardace (F73) IQ nižší než 20 | 15 |
| 1.1.5 Jiná mentální retardace (F78)..... | 15 |
| 1.2 MENTÁLNĚ POSTIŽENÝ ČLOVĚK VYRŮSTAJÍCÍ V RODINĚ..... | 16 |
| 2 SEXUALITA | 19 |
| 2.1 SEXUALITA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 19 |
| 2.1.1 Vývoj sexuality mentálně postižených | 21 |
| 2.1.2 Vývoj sexuálních potřeb mentálně postižených..... | 24 |
| 2.2 PŘEDSUDBKY V OBLASTI SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH..... | 25 |
| 2.3 OTÁZKA ANTIKONCEPCE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH | 27 |
| 3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA | 29 |
| 3.1 DIDAKTIKA SEXUÁLNÍ VÝCHOVY..... | 31 |
| 3.1.1 Metody a formy sexuální výchovy | 32 |
| 3.1.1.1 Monologické metody | 32 |
| 3.1.1.2 Dialogické metody | 32 |
| 3.1.1.3 Situační (případové) metody..... | 32 |
| 3.1.1.4 Metody her | 33 |
| 3.1.1.5 Demonstrační metody | 33 |
| 3.2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V RODINĚ | 34 |
| 3.2.1 Důvody proč v rodině hovořit o sexualitě..... | 35 |
| 3.2.1.1 Vytvoření přirozeného vztahu k lidskému tělu a sexualitě..... | 35 |
| 3.2.1.2 Prevence sexuálního zneužívání | 36 |
| 3.2.1.3 Zodpovědné sexuální chování..... | 36 |
| 3.2.1.4 Spojení sexuality s láskou | 36 |
| 3.2.2 Proč je právě rodina důležitá..... | 36 |
| 3.2.3 Obavy rodičů | 37 |
| 3.2.4 Rady a pravidla nejen pro rodiče..... | 38 |
| 3.3 ÚSTAVNÍ SEXUÁLNÍ VÝCHOVA | 39 |
| 3.4 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ VYCHOVÁVAJÍCÍCH..... | 40 |
| 4 PRÁVNÍ ASPEKTY V OBLASTI SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH | 43 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.1 | SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ..... | 43 |
| 4.2 | PRÁVO NA SEXUÁLNÍ ŽIVOT..... | 45 |
| 4.3 | PRÁVNÍ DOKUMENTY..... | 45 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST..... | 49 |
| 5 | PLÁN VÝZKUMU | 50 |
| 6 | REALIZACE VÝZKUMU | 52 |
| 6.1 | VÝZKUM V RODINÁCH..... | 52 |
| 6.1.1 | Hendikepování | 52 |
| 6.1.1.1 | Hendikepovaný 1 | 52 |
| 6.1.1.2 | Hendikepovaný 2 | 53 |
| 6.1.1.3 | Hendikepovaný 3 | 53 |
| 6.1.1.4 | Dílčí shrnutí hendikepování..... | 54 |
| 6.1.2 | Matky | 55 |
| 6.1.2.1 | Matka 1 | 55 |
| 6.1.2.2 | Matka 2 | 56 |
| 6.1.2.3 | Matka 3 | 57 |
| 6.1.2.4 | Dílčí shrnutí matky | 59 |
| 6.2 | VÝZKUM V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE..... | 61 |
| 6.2.1 | Popis zařízení, ve kterém byl výzkum proveden..... | 61 |
| 6.2.2 | Výzkum vychovatelky | 62 |
| 6.2.2.1 | Vychovatelka 1 | 62 |
| 6.2.2.2 | Vychovatelka 2 | 63 |
| 6.2.2.3 | Dílčí shrnutí vychovatelky | 64 |
| 6.2.3 | Výzkum klientky | 65 |
| 6.2.3.1 | Klientka 1..... | 65 |
| 6.2.3.2 | Klientka 2..... | 65 |
| 6.2.3.3 | Klientka 3..... | 66 |
| 6.2.3.4 | Klientka 4..... | 67 |
| 6.2.3.5 | Dílčí shrnutí klientky | 67 |
| 7 | SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU..... | 69 |
| 7.1 | SROVNÁNÍ ZNALOSTÍ, ZKUŠENOSTÍ A NÁZORŮ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH VYRŮSTAJÍCÍCH V RODINĚ A V ÚSTAVNÍ PÉČI..... | 70 |
| | ZÁVĚR | 73 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 75 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 77 |

ÚVOD

Jako studentka bakalářského studia jsem dlouho nevěděla, jaké téma své bakalářské práce si mám zvolit. Chtěla jsem, aby mé téma bylo zajímavé, neprozkoumané a také aby má práce byla prospěšná. Nakonec jsem pro svou práci zvolila tematiku sexuality mentálně postižených lidí, což je téma velmi neprozkoumané a jak jsem dále zjistila pro zdravý život mentálně postižených velmi důležité. Ve své práci jsem se zabývala spíše mentálně postiženými vyrůstajícími v ústavech sociální péče. Od doby, kdy jsem práci dokončila uběhly dva roky a já jsem se rozhodla, že ve své diplomové práci budu v tomto tématu pokračovat a zabývat se jím ještě hlouběji.

Jak jsem již zjistila, lidé s mentálním hendikepem jsou ve vztahu k lidské sexualitě specifickou skupinou. Charakterizuje je zejména velmi nízké povědomí o všech aspektech pohlavního života, o partnerském soužití či společenských normách ve vztahu k sexualitě. Okolí často vnímá lidi s mentálním hendikepem navzdory jejich skutečnému věku jako věčné děti a má tendenci je před tématem sexuality „chránit“. Pochopitelné obavy rodičů, jiných blízkých lidí či vychovatelek a vychovatelů v ústavech z nežádoucího otěhotnění dívek či žen, sexuálního obtěžování okolí, narušení chodu instituce a tak dále vedou k tabuizaci tohoto tématu. Jejím efektem ale paradoxně mohou být právě tyto nežádoucí jevy: nechráněný „tajný“ sex mezi lidmi s mentálním hendikepem (se všemi možnými důsledky takového chování), zneužívání hendikepovaných lidmi z většinové společnosti, společensky nepřijatelné chování lidí s hendikepem a následná společenská stigmatizace. Vhodná a přiměřená sexuální výchova může všem negativním jevům sexuality a následkům nevědomosti zabránit. Právě proto jsem se rozhodla, se ve své práci zabývat šířeji sexuální výchovou mentálně postižených osob a to především mentálně postižených vyrůstajících v rodině. Proč právě tato skupina? V rodině mnohem více než v ústavní péči jsou mentálně postižení bráni stále jako děti a proto je riziko vzniku problémů se sexualitou mnohem větší.

Tito jedinci jsou postiženi dvojitým způsobem. Primárně z hlediska svého postižení a sekundárně z hlediska přístupu společnosti. Ta, jak jsem již zmínila, k postiženému přistupuje jako k bezmocnému dítěti, s určitou mírou viny i agrese. Nahlíží na postižené jako na někoho, kdo není schopen sexuálního cítění a chování a pokud ano, je takovéto chování většinou vnímáno jako úchylné a nežádoucí.

Touha postiženého po partnerském vztahu je stejná, ne-li vyšší než u zdravých jedinců. Vyšší proto, že schopnost udržení partnerského vztahu je považována za důkaz úspěšné integrace do zdravé společnosti. Tím, že považujeme mentálně postižené za velké děti a tudíž předpokládáme, že sexualita se jich netýká, jim nejen ubližujeme, ale také porušujeme jejich základní lidská práva.

Mým cílem je zjistit jaké mají mentálně postižení žijící v rodině znalosti a zkušenosti se sexualitou, jaké mají předtavy o partnersví a sexuálním životě. Ráda bych zjistila, jak se od sebe liší znalosti, zkušenosti, představy, přání a možnosti navazování partnerských vztahů mentálně postižených lidí vyrůstajících v rodině a v ústavní péči. Další věc, kterou bych chtěla zjistit, je jaké mají postoje a znalosti v sexuální oblasti právě rodiče mentálně postižených dětí.

Věřím, že má práce odhalí hlavní nedostatky v rodinné i ústavní výchově a pomůže tak ke zkvalitnění osobního života mentálně postižených lidí i jejich rodičů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Zastoupení mentálně postižených lidí je 3-4 procenta. Mentální retardace však není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný sníženým intelektem, který je provázen poruchami adaptace postižených. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. Uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samovolně, nebo ve vzájemných interakcích. [6]

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou různé. Na jejím vzniku se podílejí jak vnitřní, tak vnější činitelé. Spousta těchto činitelů je známa, ale zároveň ještě zůstávají příčiny, které jsou nám utajeny. Mezi známé příčiny patří různé genetické vady, metabolické poruchy, vliv mají také nemoci matky prodělané v těhotenství, či nemoci, které prodělal postižený v raném dětství. Také nedostatečná a nepodnětná výchova může vést k zaostávání v celkovém vývoji jedince.

K charakteristice mentálního postižení patří především jedinečnost osobnosti postižených a jedinečnost individuálního postižení. Každý mentálně postižený je jiný, i když dosažený stupeň rozvoje osobnosti, měřitelné údaje biologické či získané hodnoty psychologických zkoušek by byly stejné.

1.1 Klasifikace mentální retardace

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V naší zemi se ke klasifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí vydaná Světovou zdravotnickou organizací. Podle ní se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: F 70 Lehká mentální retardace, F 71 Středně těžká mentální retardace, F 72 Těžká mentální retardace, F 73 Hluboká mentální retardace, F 78 Jiná mentální retardace, F 79 Nespecifikovaná mentální retardace – mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů. Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus. [16]

Je jasné, že nelze problematiku sexuality a sexuální výchovy řešit v širokém spektru osob s mentálním postižením, je třeba přihlédnout na individuální potřeby každého z nich. U každého stupně mentálního postižení se objevují specifické problémy.

1.1.1 Lehká mentální retardace (F70) IQ 50-69

Lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z postižených také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech. Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství, nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče a podobně. [14]

Co se týče sexuality jedinců s lehkou mentální retardací vyskytují se u nich problémy s promiskuitou, prostitucí, nemocemi, popřípadě zneužíváním. Při realizaci sexuální výchovy je třeba na toto brát zřetel a zaměřit se více na používání antikoncepce, podporu udržení vztahu, informace o existujících pohlavních chorobách a tak dále.

1.1.2 Středně těžká mentální retardace (F71) IQ 35-49

U středně mentálně postižených je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. V této skupině jsou obvykle podstat-

né rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických, než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. [14]

Z hlediska sexuality jedinců se středně těžkou mentální retardací je to obdobné jako u lehce mentálně postižených, ale je u nich nutné informovat o vhodnosti prostředí pro masturbaci, informovat o pomůckách pro masturbaci a jejím způsobu, informovat o formách vztahů, hygieně, naučit je rozpoznávat zneužívání.

1.1.3 Těžká mentální retardace (F72) IQ 20-34

Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky, nebo jinými přidruženými vadami. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

1.1.4 Hluboká mentální retardace (F73) IQ nižší než 20

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím, nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. [14]

Také u jedinců s těžkým a hlubokým mentálním postižením je třeba začít řešit sexualitu, protože toto je skupina, u které se na toto téma zcela zapomíná z důvodů řešení ostatních problémů. Uvědomuji si, že zvláště u osob trvale upoutaných na lůžko s těžkými kombinovanými vadami je to těžké téma, které by si zasloužilo více diskuze.

1.1.5 Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senso-

rické, nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob. [14]

1.2 Mentálně postižený člověk vyrůstající v rodině

Pro každou matku je těhotenství velmi těžkým obdobím plným různých změn, na jejímž konci očekává radost z nového člena rodiny. Nejdůležitější pro všechny maminky je, aby se jim narodilo dítě zdravé. Pokud však zjistí, že její dítě se narodilo hendikepované, každá matka při této zprávě prodělá šok, původní radost z narození dítěte brzy skalí neustále výraznější projevy jeho postižení. A ačkoliv si stále mnozí rodiče nechtějí připustit, že je to pravda, přesto krutá skutečnost je zas a zas přesvědčuje o opaku. Často nastává zastírání opravdového stavu dítěte, rodiče si vytvářejí různé obranné mechanismy, zaměřené zvláště na nejbližší okolí, ve kterém se pohybují. Bez přijetí skutečnosti, že jejich dítě je postižené a smíření se s ní, se nemůže rozvíjet výchovná aktivita rodičů, nemůže vlastně ani začít adekvátní rodinná výchova. Také proto je pro rodiče v tomto období klíčovou otázkou, zda si dítě ponechat v rodinné péči, nebo je nutné předat dítě do péče ústavní. Je to rozhodnutí těžké, při němž se sváří v lidském nitru jak cit, tak rozum. Při tomto rozhodování hraje roli také mnoho dalších věcí, kromě osobních vlastností jednotlivých členů rodiny, například jejího šitnosti, problematického studu za dítě, které se nikdy nebude moci vyrovnat ostatním, i prestiž rodičů a prarodičů. Někdy rozhodují i problémy sociální, situace uvnitř rodiny, vztah jednotlivých členů navzájem, pracovní zařazení, bydliště, hmotné poměry, zdravotní stav rodičů a ještě mnoho dalších faktorů. [8]

Je důležité si uvědomit, že pokud žije mentálně postižené dítě v rodině, může svým příchodem spustit řadu reakcí u rodičů, příbuzných – s více nebo méně vyřčenou vinou, zklamáním, úzkostí, obavami z budoucnosti, a to bez ohledu na stupeň jeho vývojového opožďení. Může posílit skryté neadaptivní rysy členů rodiny a vést k dekompenzacím. [9]

Samozřejmě je pravda, že rodina jako taková je v životě mentálně postiženého nezastupitelná a 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 rodinné péči co nejdéle. Na druhé straně však nesouhlasím s rodinnou výchovou za každou cenu. Pokud rodiče nejsou dostatečně psychicky vyrovnaní a schopni se smířit s faktem, že jejich dítě je postižené a nejsou si jisti, že by se o ně zvládli postarat s láskou

rovnou dítěti nepostiženému, pak bych opravdu důkladně zvažovala, zda rodinná péče nebude na úkor štěstí jak dítěte, tak rodičů. Podmínkou výchovy mentálně postižených lidí je veliká trpělivost, mírnost a laskavost ze strany rodičů a v neposlední řadě i vynalézavost. Bez těchto vlastností snad ani nelze postižené dítě vychovávat. Silný cit a chladný rozum, zdánlivě nesourodá kombinace, jsou v tomto případě nezbytné. Cit pomůže překonávat hodiny i dny deprese a beznaděje nad pomalými výsledky, rozum ukazuje cestu, jak dál. Také je 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. [17] Proto si myslím, že propojení rodinné péče o takto postiženého 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.

Pokud se rodiče již rozhodnou, že si dítě nechají ve své péči, lékaři i psychologové doporučují aby měli, je-li to ze zdravotních důvodů možné a není-li nebezpečí, že i další dítě bude nějak postižené, brzy po narození postiženého dítěte dítě druhé. Postižené dítě se snaží zdravému sourozenci vyrovnat. Je v tom kousek ctižádosti, která je u mentálně postižených zvláště cenná. [8] Myslím si, že i pokud rodiče předají postiženého potomka do ústavní péče, bylo by pro ně velmi dobré mít co nejdříve dítě další.

Co se týče péče rodičů o své dítě, měli by si dávat velký pozor, aby péči o něj nepřeháněli. Velmi často se totiž stává, že rodiče se i k dospělým dětem chovají jako k malým dětem, čímž je vystavují mnoha rizikům a vlastně jim ubližují. Rodiče mentálně postižených by si měli uvědomit, že pro své dítě udělají nejvíce právě tím, že se k němu budou chovat jako ke každému jinému zdravému dítěti.

Jen stěží lze poskytovat všeobecné návody, jak s dítětem zacházet. Dlouhodobé zkušenosti mnoha rodičů však přece jen dávají možnost stanovit některé základní zásady, jichž by se rodiče mohli přidržet.

- Nečinit dítě předmětem soucitu a nedovolit nikomu z jeho okolí, aby ho litoval.
- Jednat s dítětem přibližně jako s nepostiženým, pouze mladším, avšak očekávat od něj jenom to, co víme, že může dokázat.

- Nesrovnávat jej se stejně starými nepostiženými dětmi, nevystavovat je soutěži s nimi.
- Pochválit dítě za každý sebemenší úspěch, za vše, co se mu povedlo, a povzbuzovat je k další činnosti.
- Rozvíjet pracovní schopnost dítěte v domácnosti a pověřovat je úkoly, na které stačí. Hodnotit splnění těchto úkolů stejně jako splnění úkolů možná důležitějších, jimiž byli pověřeni ostatní členové rodiny.
- Soustředit všechno úsilí na vytvoření základních hygienických a společenských návyků dítěte.
- Zajišťovat stálý přívod vhodných podnětů, na něž může dítě reagovat.
- Navštěvovat s ním různé kulturní a sportovní podniky, které jsou přiměřené jeho chápání.
- Trestat dítě jen tehdy, jsme-li přesvědčeni, že si závažnost přestupku, jehož se dopustilo, může uvědomit. [6]

Co se týče sexuality mentálně postižených lidí, existuje spousta možností přístupu rodičů k této problematice. Existují rodiče, kteří by problematiku sexuality řešily léky pro utlumení tužeb jejich dětí, dále rodiče, kteří sexuality svých dětí jednoduše nerespektují, pak jsou zde rodiče, kteří si o věcech sexuality s dítětem povídají, ale spíše ji zakazují a také existují rodiče, kteří si s dítětem o sexualitě otevřeně povídají, podporují jeho masturbaci a myslí si, že je to vše, co dítě potřebuje. Jen velmi zřídka se setkáme s rodiči postižených dětí, kteří své dítě berou po sexuální stránce jako zcela plnohodnotného člověka a ví, že má stejné touhy, jako všichni ostatní lidé. Tito rodiče pak vychází svým dětem vstříc při řešení všech partnerských i sexuálních problémů a poskytují svým dětem plnohodnotnou sexuální výchovu již od dětství.

2 SEXUALITA

Sexuální chování lidí je výsledkem dlouhého evolučního procesu. Jde o velmi starou motivační strukturu, těsně spjatou se samotnou existencí druhu *Homo sapiens*. [18] Tedy není možné, aby jakkoliv postižený člověk byl asexuální, nemel sexuální touhy, představy a potřeby.

Od začátků sociální vědy až přibližně po polovinu 20. století bylo na sexualitu nazíráno jako na pud, který musel být sublimovaný nebo rozvinutý. Převládalo úzce naturalistické porozumění sexuality ve významu základní potřeby, která patří k přirozené výbavě člověka, která se spojuje s pudem a slouží rozmnožování. V současnosti se však do popředí dostává také porozumění sexuality, které sexualitu chápe jako sociálně konstruovanou. Prakticky ve všech vědeckých disciplínách, kterých předmětem je sexualita, je možné konstatovat vývin a definovat sexualitu jako Socio-kulturní kategorii.

Sexualita, to že sami sebe vnímáme jako muže nebo ženu a že nás tak vnímají a uznávají i ostatní, představuje nejvnitřnější jádro našeho Já, zde jsme nejzranitelnější. [10]

2.1 Sexualita u osob s mentálním postižením

Možnost navázat intimní vztah, dlouhodobě jej udržet a rozvíjet je u jedinců s mentálním postižením samozřejmě relativně omezená, nikoliv ovšem nereálná. Problémy nevyplynou pouze ze samotné podstaty tohoto postižení, ale snad ve srovnatelné míře se na handicapu v tomto směru podílí přístup společnosti a zejména nejbližšího okolí, které v případě těchto jedinců mnohdy jednoznačně určuje míru příležitostí k navazování jejich partnerských vztahů, stanovuje hranice toho, co jim dovolí či nedovolí, dodává, nebo nedodává potřebnou podporu při orientaci v sociálním prostředí. Pravdou zůstává, že se všichni rodíme se sexuálními potřebami, i když je prožíváme rozdílně a ony samy jsou v různém období různě intenzivní. Žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou neexistuje, ale je zřejmé, že se intelektově znevýhodnění lidé hůře vyznají ve vlastních pocitech, takže potřebují speciální podporu.

Sexuální život osob s mentálním postižením se vyznačuje značnou individualitou. Ta souvisí s pohlavím, věkem a v neposlední řadě také se stupněm mentálního postižení. Závisí však i na specifických vlivech výchovného prostředí. Posuzování a hodnocení všech aspektů sexuality by tedy mělo brát v úvahu celý tento komplex okolností. Jako i skuteč-

nost, že mentálně postižení lidé mohou jen těžko najít ve skupině intelektově normálních jedinců se sebou srovnatelné, jejich potřeba po sebeuspokojování je tedy frustrována. A pak je pochopitelné, že mentálně postižené děti se straní jakéhokoliv styku se skupinami a trpí nedostatkem sociálního kontaktu. [3] 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.

U mentálně postižených lidí jsou jako v jiných oblastech i oblasti sexuality zlovyky a návyky složitou záležitostí. Bohužel, jsou to právě ony, které tak často už na dálku upozorňují okolí na postiženého jedince, přitahují pozornost kolemjdoucích a zbytečně znásobují potíže dítěte při styku s okolím. To, co můžeme normálnímu dítěti v určitém věku vysvětlit a objasnit, nač je můžeme upozornit, to je u mentálně postižených těžší. Obecně je u mužů a chlapů větší pravděpodobnost, že se začnou chovat problémově, než u dívek. Výskyt tohoto problémového chování, je ovlivněn spoustou faktorů. Jedním z nich je míra omezení, pokud jde o bydliště jedince. Z výzkumů je známo, že se více objevuje problémové chování u jedinců vyrůstajících v ústavní péči než u těch žijících v rodině. Přesněji u 8% jedinců s mentálním postižením vyrůstajících v rodině a u neuvěřitelných 49% hendikepovaných vyrůstajících v ústavech. Třetím nejčastějším typem problémového chování u jedinců s mentálním postižením je onanie na veřejnosti a to hned po agresí a záchvatech vzteku. [2]

V minulosti byla pozornost soustředěna na problémy léčby, výchovy a pracovní přípravy postižené populace. V současnosti se stává aktuálním úkolem rozpracování otázek rozvíjení společenských vztahů těchto jedinců, pozornost se obrací na takové aspekty socializace postižených, jako jsou partnerské vztahy, naplnění osobního a intimního života postiženého člověka, manželství a případně i rodičovství postižených. Ukazuje se totiž jasně, že bez řešení těchto životních oblastí postiženého člověka nemůžeme mluvit o jejich úspěšné rehabilitaci a socializaci. [5] Sexuální vztah je nutno považovat za něco, co je dobré a uspokojující a z čeho je možno se těšit. Z toho pramení i velmi dobré zkušenosti s chováním a jednáním mentálně postižených v některých zařízeních, kde žijí osoby obou pohlaví. Denní styk s druhým pohlavím jim pomáhá lépe se přizpůsobovat požadavkům společenského života. Naučí se snadněji ohleduplnosti k druhým, dochvilnosti, péči o osobní hygienu, a to mnohem rychleji, když je v blízkosti přítel nebo přítelkyně. To vše může být příkladem pro normalizovaný život. [6]

Nejdůležitějším, co bychom měli o sexualitě a partnerství mentálně postižených vědět, je, že pro mentálně postižené nemusí jít v sexuálním životě jen o činnosti vysloveně pohlavního charakteru, jako je soulož nebo masturbace, ale i o vzájemnou spolupráci a vůbec kvalitnější mezilidské vztahy mezi hochy a dívkami či dospělými obou pohlaví, o dočasnou, nebo trvalou vzájemnou náklonnost.

2.1.1 Vývoj sexuality mentálně postižených

Jako všechny ostatní děti vyvíjí se během svého života i mentálně postižení. Psychika se vyvíjí dokonce i při nejtěžším stupni mentální retardace. Přestože se osobnost mentálně zaostalého dítěte rozvíjí velmi nepatrně, přece jen se rozvíjí a dítě se snaží, ikdyž ne příliš aktivně, dosáhnout určitého společenského postavení. Rozvoj osobnosti dítěte určují společenské podmínky jeho výchovy, konkrétní prostředí, v němž se dítě vyvíjí. [11]

Psychický vývoj postiženého člověka probíhá v podstatě podle stejných zákonitostí jako u zdravého člověka, to znamená, že neexistuje žádná zvláštní specifická sexualita postiženého. Je tedy nesprávné považovat postižené lidi za asexuální a je nutné chápat jejich sexualitu vždy ve vztahu k ostatním projevům jejich osobnosti a ve vztahu ke společenskému prostředí, ve kterém žili, nebo žijí. Postižený člověk je obklopen řadou bariér a obtíží, které mu znemožňují plně prožívat jednotlivé úseky sexuálního života. Tito lidé jsou v sexuálním životě omezováni nejen v důsledku svého postižení, ale také negativním postojem ostatní společnosti k sexualitě postižených. Přitom je opomíjena skutečnost, že potřeba postiženého člověka po navázání partnerského vztahu je obdobná jako u zdravých lidí a ani potřeba sexuální aktivity není většinou snížena. [5]

Zájem o vznik života a sexuality se u člověka v základní podobě objevuje již v útlém věku. Postupně se vyvíjí v souvislosti s celkovou vývojovou úrovní a aktuální životní situací jedince. Sexuální výchova by měla vycházet z psychologických poznatků o vývoji zájmu jedince a měla by brát v úvahu aktuální vývojový stupeň člověka. Je nutné si uvědomit, že každé dítě se vyvíjí odlišně, tím spíše u mentálně postižených dětí je tedy potřeba k výchově přistupovat individuálně.

Sexuální pocity provázejí lidské bytosti po celý životní cyklus. *Od kojeneckého období do 3 let* se děti těší jednoduše z tělesných vjemů a zkoumání svého těla; intenzivní zájem o vlastní genitálie je v této době přirozený. To je doba, kdy bychom měli začít dítě učit, že je rozdíl mezi chováním, které je přiměřené tomu, že jsou s ostatními, na rozdíl od toho, při

kterém jsou samy. Pokud se tedy dítě na veřejnosti dotýká svých genitálií, úplně postačí říci: „To se před lidmi nedělá,“ ať už tomu dítě rozumí, nebo ne. Děti 1–2 roky staré pozorují části svého těla a začínají si uvědomovat své tělesné uspořádání. V rámci toho se chlapci zabývají svým pohlavním údem. Toto chování nemá nic společného s onanií, je běžnou součástí zkoumání vlastního těla. Občas lze také po probuzení u chlapců pozorovat ztopoření penisu, které je fyziologické a není vyvoláno sexuálním vzrušením. Ve 2–3 letech si dítě uvědomuje pohlaví, k němuž patří, a začíná odlišovat pohlaví u ostatních dětí i dospělých. Zatím tak činí podle vnějších znaků, jakými jsou oblečení či úprava vlasů. Dítě se může častěji zabývat svými vyměšovacími orgány, v tomto období je ovšem nevnímá jako pohlavní. Okolo dvou let si pozvolna začíná uvědomovat své já, což je důležitý krok pro další vývoj. Okolo tří let začíná klást první otázky ze sexuální oblasti, zejména jej zajímá, kde se vzalo a jak přišlo na svět. [12]

Během *předškolního období, od 3 do 5 let*, většinou rodiče učí své děti názvům částí těla, i když v souvislosti s postižením daného dítěte k tomu může dojít mnohem později. Je důležité, dítě učit správným názvům částí jeho těla, protože tím sdělujete to, že sexuální orgány nejsou považovány za tabu. Kromě toho pak později není nutné přeměnit naučené pojmy. V tomto ohledu je také nesmírně důležité dětem vysvětlit, že jejich tělo patří jim a že mají právo ostatním říci, když nechtějí, aby se jich někdo dotýkal. U předškoláků se vlivem vrozené výbavy i očekávaného chování začínají odlišovat mužské i ženské role. Dítě začíná přejímat mužské či ženské chování. Vzorem pro takové chování je hlavně rodič stejného pohlaví. Pohlavní identifikace, tedy přijetí svého pohlaví, proběhne během prvních tří let života, přičemž její základy jsou utvořeny již kolem 18. měsíce. Prvních šest let, které dítě tráví ponejvíce v rodině, představuje velmi důležité období psychosexuálního vývoje. [12]

V *raném školním období, od 5 do 8 let*, je důležité, aby se učení dětí sexualitě stalo specifitější. Doporučenými tématy jsou: správné názvy částí těla, rozdíly a společné rysy mezi dívkami a chlapci, základy o početí a těhotenství, rysy dobrého vztahu, zabránění sexuálnímu zneužití a vypovídání o něm. Během tohoto období jsou také pro děti zvláště důležité činnosti, které u nich podpoří sebeúctu. Dokončování činností dětem umožňuje, aby pocítily úspěch a svou obratnost. Mezi 7. a 8. rokem se zvětšuje zájem o sexuální otázky, děti se o nich spolu baví a požadují informace o vzniku lidského života. Nedostanou-li je v přiměřené formě od rodičů, vytváří si různé teorie o početí. Děti v tomto věku mohou

mít těžkosti s pochopením pojmu pohlavní styk, je pro ně nepochopitelné proč to někdo může chtít dělat. Není jim jasné, že pohlavní styk může být realizován i bez potřeby zplodit dítě, a většinou se domnívají, že když mají rodiče dvě děti, tak spolu měli pohlavní styk dvakrát. To může některé rodiče odradit, neboť se mohou domnívat, že pokud to děti nechápou, není zapotřebí jim to vysvětlovat. Opak je pravdou. Je důležité dětem vysvětlit i to, že se rodiče milují, protože se mají rádi, vyjadřují si tak lásku. Umožní to v budoucnosti vést s dítětem rozhovory mnohem detailnější, zaměřené více na zodpovědnost spojenou se sexuálním chováním. První roky školní docházky jsou také vhodné pro informace o menstruaci. Většina dívek bude mít svou první menstruaci v průběhu několika málo let. Občas se objevují i případy, kdy první menstruace přichází v osmi letech, je tedy důležité dívky na tuto situaci připravit. Dívky, které jsou na svou první menstruaci připravené a přijímají ji jako projev ženství a dospělosti, trpí menšími menstruačními bolestmi a problémy než ty, které ji berou jako nutné zlo, nebo jsou jí zaskočeny. V mladším školním věku dochází k dalšímu upevnění sexuálních rolí a k prohloubení pohlavní identity. Sexuální role je spojena s určitým chováním, úpravou zevnějšku typickou pro kluky či holky a podobně. Pohlavní identita představuje vnitřní pohled či pocit, uvědomění a přijetí příslušnosti k jednomu pohlaví. K jejímu plnému pochopení patří rozpoznání pohlaví, uvědomění si její neměnnosti v čase a její nezávislosti na vnějších znacích. Například když si holčička hraje s autíčkem, je stále holčičkou, nebo když má chlapeček dlouhé vlasy, je pořád chlapcem. K plnému pochopení pohlavní identity dochází až po 8. roce věku, k obecnému pochopení, že pohlavní znaky jsou dominantní charakteristikou odlišující chlapce a dívky, dochází podle některých odborníků dokonce ještě o něco později. [12]

Preteenageři, od 8 do 11 let, se zapojují do společenského dění, začínají se zabývat tím, co si o nich myslí jejich přátelé, a zajímají se o své tělo. Děti, jejichž postižení se týká těla, tak mohou mít v této oblasti nízkou sebeúctu. Proto je velmi důležité, aby rodiče svému dítěti naslouchali a dovolili mu projevit všechny druhy pocitů; tím mu pomůžete zvýšit sebeúctu, pokud jde o jeho tělo. Také je důležité, aby na pocity svého dítěte reagovali klidně a ohleduplně, nepředstírat, že tato témata neexistují. Je potřeba povzbudit dítě v tom, aby se soustředilo spíše na své silné stránky a rozvíjelo je, než aby uvízlo na detailech svého fyzického vzhledu. Někdy také můžeme dítěti pomoci zlepšit vnímání jeho těla tím, že je naučíme, jak se upravovat, držet dietu, cvičit a jak opatřit oblečení, které mu sluší. Kromě posilování sebeúcty je potřeba mluvit o změnách, které jejich tělo podstoupí v době dospí-

vání. Dívky by měly vědět o menstruaci a chlapci o noční poluci; zažít tuto zkušenost bez předchozí znalosti může být velmi traumatické. Mezi další témata, o kterých můžete mluvit, patří: podrobnější informace o početí a těhotenství, rodinná komunikace o sexualitě, sexuální zdrženlivost, sexuálně přenosné choroby a masturbace. [16] Mezi 9. a 12. rokem dochází k přisvojení specifického chování vůči malým dětem, utvářejí se také rodičovské postoje, které mohlo v budoucnu ovlivnit chování k vlastním dětem. Zároveň dochází k úplnému vytvoření mužské a ženské identity, zahrnující vědomí o tom, že jsem muž či žena, co všechno to znamená.

Během adolescence, od 12 do 18 let, je důležité, aby mělo dítě více soukromí a větší míru nezávislosti. Toto období se také vyznačuje pocity extrémní citlivosti k tělu. Dítě může být opět svým tělem znepokojené, je tedy potřeba, abychom jeho starostem naslouchali. A také bychom měli přimět dítě, aby se soustředilo na své silné stránky a připomenout mu, že se může upravovat, cvičit, nebo držet dietu. Témata, která bychom měli s adolescentem probrat, jsou: vztahy, láska, intimita; to, jak mohou drogy a alkohol nepříznivě ovlivnit rozhodování; pohlavní styk; antikoncepce a porod; kondomy a prevence chorob. Mezi 13. a 15. rokem dochází obvykle k prvnímu zamilování, většinou neopětovanému. Dívčí lásky bývají spíše platonické, chlapci si více představují sexuální kontakty a touží nějaký uskutečnit. Často sbírají akty a vyprávějí si sexuální příběhy. Pravidelněji a častěji onanují, obvykle již se sexuálními představami. [12]

2.1.2 Vývoj sexuálních potřeb mentálně postižených

Sexuální potřeby mentálně postižených lidí, stejně jako lidí nepostižených, jsou komplexní, protože jsou tvořeny jednak čistě fyziologickými potřebami, které lze pozorovat velmi snadno, jednak psychickými a emočními potřebami, které se dají určit obtížněji. Tyto dva druhy potřeb se nevyvíjejí vždy souběžně a harmonicky. Někteří lidé s postižením mohou proto zažívat, že jejich city sní o lásce, o milém nebo patření k někomu, zatímco jejich tělo a sexuální orgány chtějí něco jiného. Jak tedy probíhá sexuální vývoj?

Psychosexuální vývoj:

- Mít myšlenky na sex a sny o něm
- Mít erotické fantazie
- Přát si patřit k někomu

- Přát si být milován a mít přítele
- Mít vysněného milého
- Držet se s milým za ruku
- Líbat se s milým a objímat ho
- Mít s někým sexuální styk

Tělesně sexuální vývoj:

- Bezpečí při blízkém tělesném kontaktu
- Tělesná blízkost a dotýkání
- Polibek, objetí, mazlení
- Tělesné sexuální pocity
- Erekcce a poluce u chlapců
- Menstruace a lubrikace u dívek
- Stimulace erotogenních částí těla
- Masturbace
- Pohlavní styk

2.2 Předsudky v oblasti sexuality mentálně postižených

Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka. Je to univerzální lidská vlastnost, která člověka provází po celý život. Pravidla týkající se sexuality osob s mentálním postižením však bohužel často nejsou stejné jako ty, které platí pro zbytek společnosti. Všeobecně je možné říci, že sexualita lidí s mentálním postižením je v naší společnosti považovaná za problém. V této oblasti nadále přetrvávají mýty a předsudky spojené s nesprávnými myšlenkami – že lidé s mentálním postižením jsou nepohlavní, anebo, že jsou to “věčné děti“, anebo naopak, že jsou sexuálně impulzivní.

Široká společnost považuje většinou mentálně postižené osoby buď za asexuální, nebo naopak za hypersexuální. V této souvislosti je možno uvést spoustu předsudků, které se týkají postižení a sexuálního chování a které sexuální život osob s postižením omezují. Tyto předsudky lze však snadno popřít.

1. Biologický vývoj, týkající se sexuality probíhá stejně u postižených a nepostižených osob, včetně kvality a kvantity normálních odchylek.
2. Sexualita je nezávislá od inteligence – u osob s mentálním postižením, neexistuje žádná časná nebo pozdní sexuální zralost.
3. Nevyvinutá genitální sexualita se vyskytuje jen u velmi málo forem postižení.
4. Sexuální infantilismus je u lidí s Downovým syndromem velmi vzácný.
5. Při formách mentálního postižení nejsou žádné „biologicky dané“ tělesné deformace, které sexualitu omezují. Tento i všechny předešlé poznatky dokazují, že mentálně postižení lidé se po sexuální stránce vyvíjejí stejně jako lidé zdraví a není možné, je považovat za asexuální.
6. Ve vztahu k „pudovému chování“ osob s postižením neexistují žádné rozdíly mezi lidmi s postižením a bez něho. Nalik nemáme ani jednoznačně akceptovanou definici pudovosti, jako ani následné normy pro její zvýšenou, nebo sníženou schopnost, tak konstatování, že u více či méně osob s postižením bylo pozorované, že jsou jejich sexuální aktivity snižené může být zdůvodněné spíše strukturálně podmíněnými možnostmi učení u těchto osob.
7. S předsudkem zvýšené pudovosti existuje kombinovaný předsudek o sexualitě u osob s mentálním postižením, podle kterého se u těchto osob vyskytují častější perverze anebo delikventní chování. Podle empirických údajů je to však naopak, například bezohledné, agresivní sexuální chování je u osob s mentálním postižením méně časté jako u průměrně nadaných dospívajících.
8. Exhibicionismus je častým důvodem sexuální delikvence mentálně postižených lidí. Jednak však bývá exhibicionismus často zaměňovaný s jinými formami chování, jako je i třeba brát na zřetel, že exhibicionistické chování může být pokusem o imponování, nebo aktem rebelie proti sexuálním restrikcím, nebo omezením v chování – teda motivované nesexuálně.
9. Také existuje tvrzení, že lidé s mentálním postižením jsou náchylní k excesivní masturbaci na veřejnosti. Masturbace se stává především tehdy problémem, když se hodnotí v porovnání s ostatními způsoby sexuální aktivity principiálně jako méně hodnotná, často jako infantilní sexuální aktivita. Masturbace je jedním z klíčových

bodů pro osoby s mentálním postižením a současně, je jí věnováno velmi málo pozornosti v profesionální a akademické literatuře. [16] Osoby s mentálním postižením jsou často považovány za neschopné masturbovat vhodně, obvykle jsou považovány za neschopné dosáhnout orgasmu. Toto je však způsobeno právě nevhodnou či nedostatečnou sexuální výchovou. Postižení mnohdy nemají tušení, jak správně masturbovat a tak dochází i k tomu, že masturbují velmi často. Nedosáhnou totiž nikdy vyvrcholení a stále nacházejí ve stavu sexuálního napětí.

2.3 Otázka antikoncepce mentálně postižených

Prvořadým úkolem sexuální výchovy osob s mentálním postižením je výchova antikoncepční. Výběr antikoncepční metody by měl být individuální a záviset především od stupně mentálního postižení. Není sporu o tom, že jen zcela výjimečně je možno použít metodu periodické sexuální abstinence, která vlastně mezi antikoncepční metody nepatří. Také kondom se často jeví jako obtížně přijatelná metoda. Největší uplatnění má ženská antikoncepce hormonální. V případech lehčích mentálních defektů se často daří každodenní užívání tablet. Problematika vynechání tablety se často vyskytuje i u psychicky zcela normálních žen, naopak ženy s menším stupněm mentálního postižení mohou být v užívání pečlivější a převažuje u nich pocit jakési hrdosti nad tím, že tímto způsobem samy kontrolují svou plodnost. Jindy je lépe doporučit dlouhodoběji aplikovatelné postupy. Není sporu o tom, že veškerá antikoncepční medikace musí být užívána dobrovolně a být podávána pouze za naprostého souhlasu uživatelky. Totéž se týká i umělého přerušování těhotenství. V historii tomu však tak nebylo. Mentálně postižení, 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 1989 v jednom ústavu pro mentálně postižené ve státě Kansas vykastrováno 48 mladých mužů, aby nemohli zplodit postižené potomky. V kalifornii byla kastrace mentálně postižených od roku 1909 povinná. Mezitím však H. O. Sharp, vězeňský lékař, zavedl vasektomii, operaci při níž se vyřízne kousek chámovodu, a tato metoda se začala využívat i u mentálně postižených. [7]

U mentálně postižených lidí jsou na antikoncepční metody vyšší požadavky. Antikoncepce by měla být především účinná, bezpečná, dostupná a finančně přijatelná. Jak jsem již zmínila, jako nejlepší způsob se jeví antikoncepce hormonální a to z mnoha důvodů. Je spolehlivá – riziko selhání v desetinách promile, léčí také poruchy menstruačního cyklu,

redukuje cysty vaječníků, působí jako prevence osteoporózy a redukuje záněty vnitřních rodidel. [16] Sehnat antikoncepci pro klientky je bohužel někdy problematické. Někteří lékaři nechtějí klientkám antikoncepci předepsat, z důvodu že by mohla být zneužívána, protože by se případný pachatel nemusel bát těhotenství. Toto chování lékaře je samozřejmě nepřípustné. Samozřejmě, že takové dívky jsou sexuálně zneužitelné, nicméně když nedostanou antikoncepci, neznamená to, že budou méně zneužitelné, ale budou chodit na interrupci.

Je velmi těžké, ale také nezbytné, naučit mentálně postižené lidi antikoncepci užívat či používat. V Praze jsou k tomuto účelu pořádány kurzy pro osoby s mentálním postižením, kde se například chlapci učí navlékat kondom.

3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

Sexuální výchova má především učit mladého člověka pohlížet na život jako celek. Jedním z nejdůležitějších cílů výchovy je tedy zvyšovat citlivost mladých, aby dokázali spojovat oblast sexuality s lidskou láskou a zodpovědností – za sebe, za druhého člověka a za nový život. Témata týkající se sexuality jsou pro děti s postižením stejně důležitá jako pro děti bez postižení. Děti s postižením potřebují sexuální výchovu k tomu, aby dosáhly naplnění v osobním životě a aby bylo zabráněno nechtěným těhotenstvím, sexuálně přenosným chorobám a sexuálnímu zneužívání. Jaké jsou tedy cíle sexuální výchovy mentálně postižených lidí? Je to především vedení k zodpovědnosti za své chování, poskytnutí informací o antikoncepci, povzbuzení k vyhledání pomoci, zbavení strachu ze sexu, ale zachování zodpovědnosti a ochrana před sexuálním zneužíváním. Kvalitně vedenou sexuální výchovou můžeme tedy předejít mnoha traumatizujícím zážitkům, jako jsou sexuálnímu zneužití, brzké zahájení sexuálního života, předčasné nebo nechtěné těhotenství, promiskuita, popřípadě nakažení se pohlavní chorobou a podobně.

Při poskytování sexuální výchovy je potřeba si uvědomit, že sexuální výchova probíhá nejen v edukační a výchovné rovině, ale také v rovině preventivní (prevence před zneužíváním osob s mentálním postižením a před sexuálně přenosnými chorobami, ale také prevence před problémy v chování nevhodnými projevy na veřejnosti a podobně). A dále také počítat s tím, že sexuální výchova musí být vedena ve třech vzájemně se prolínajících a doplňujících rovinách:

1. Rovina kognitivní – jedná se o informace, vědomosti, pojmy. Včasná a kvalitní informovanost jedince dokáže blokovat pozdější nekvalitní informace. Pokud dítě získá nekvalitní informaci dříve, mohou informace od vychovatele či rodiče ztratit na účinnosti, nebo mohou být nekvalitními informacemi dokonce blokovány.
2. Rovina postojová – cílem působení v této rovině jsou emocionálně a kognitivně koncipované postoje k tématům sexuální výchovy, k získaným informacím, dovednostem, návykům a naučenému chování.
3. Rovina výkonová – jedná se o oblast chování, návyků a dovedností, které jedinec aplikuje aktuálně, nebo v budoucnosti. Této rovině je zapotřebí věnovat u osob s mentálním postižením náležitou pozornost.

Poskytování informací je nejméně problematickou oblastí. Pokud se v sexuální výchově omezíme jen na informační rovinu, snižujeme tím účinnost a smysl celé výchovy. Její smysl spočívá především ve výchově dovedností, návyků a chování, které jsou založeny na těchto informacích. Má-li tedy být sexuální výchova výchovou, musí plnit i funkci formativní. [15]

V oblasti poskytování sexuální výchovy, stejně jako každé jiné, existují určité směrnice, řekněme pravidla pro její poskytování. Jsou jimi:

- Vytvořit atmosféru otevřenosti a důvěry.
- Nechat na dítěti iniciativu kladení otázek.
- Dávat krátké a přesné odpovědi.
- Nikdy nekritizovat dítě za to, že se ptá špatně nebo neslušně.
- Nezatěžovat dlouhými výklady.
- Při řeči o sexualitě používat slova, která jsou nejpohodlnější, věci se jen ztíží, když budeme vymýšlet nová slova a příměry.
- Nekritizovat dítě za to, že se dotýká genitálií.
- Jednat přirozeně, vyhýbat se tajnůstkářství, když jde o sexualitu.
- Ukázat dítěti, že maminka a tatínek se mají rádi, že se navzájem dotýkají, drží se za ruku, objímají kolem ramen a podobně, ale snažit se také, aby dítě pochopilo a cítilo právo na čas dospělých bez dětí. [12]

Zkušenosti ukazují, že sexuální výchova mentálně postižených je snažší, než se done dávna předpokládalo. Musí prostupovat celou výchovu mentálně postižených a to již od dětství, stejně jako u lidí s normální inteligencí. Je dobré, aby se sexuální výchova objevovala i v průběhu různých kulturních a společenských akcích, při tanečních kurzech a podobně. Já jsem při své praxi v ústavu sociálních služeb navštívila s klienty kurzy tanečních. Tato návštěva byla velmi zajímavá. 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. [13]

Všichni lidé, pracující s mentálně postiženými, či jejich rodiče by měli především vědět, že realizace sexuální výchovy ovlivní plnohodnotné prožití sexuality a sníží pravděpodobnost výskytu problémů v sexuálním chování jedince s mentálním postižením.

3.1 Didaktika sexuální výchovy

Nejdůležitějšími otázkami didaktiky sexuální výchovy mentálně postižených osob je, co má být obsahem této výchovy a jakými formami, metodami má být výchova vedena.

Obsahem sexuální výchovy pro osoby s mentálním postižením by měla být tato témata:

- hygienické návyky,
- vhodnost místa,
- antikoncepce, těhotenství,
- nemoci, úchytky,
- volání o pomoc, naučit se říkat ne,
- homosexualita, heterosexualita, bisexualita,
- pornografie – vysvětlit, že to není realita,
- formy vztahu – často jim stačí vztah, bez sexu,
- vyjadřování a terminologie.

Je několik zásad, jak sexuální výchovu realizovat. Rozhodně by to neměly být jen útržkovité informace, jelikož u osob s mentálním postižením vážně analýza, syntéza a generalizace. Také vše musí být realizováno co nejnázorněji. Je dobré používat obrázky, instruktažní knihy, videa, časopisy, konkrétní sexuální pomůcky (jsou nutné, jinak hrozí nepochopení a například nechtěné těhotenství). Je také důležité mít na vědomí, že sexuální výchova mentálně postižených je ovlivněna spoustou faktorů, jimž musí být přizpůsobena. Jsou jimi především hloubka mentálního postižení, další specifika mentálního postižení – etiologie, typ (eretický, apatický), přítomnost dalšího postižení (tělesného, smyslového), pohlaví postiženého, jeho věk, individuální charakteristiky jedince (temperament) a dále také prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá.

Čím nižší je mentální věk, tím více je oslabena kontrola sexuální vzrušivosti, omezené jsou schopnosti předpokládat a předvídat následky sexuálního chování, pochopit sexuální normy. Je důležité zařazovat osoby s mentálním postižením do výukových skupin podle jejich individuální vývojové křivky, aby jedinci v rámci skupiny byli přibližně na stejném stupni mentálního, sociálního a tomu odpovídajícího sexuálního vývoje.

3.1.1 Metody a formy sexuální výchovy

Volba metody sexuální výchovy je zvláště u mentálně postižených lidí velmi důležitá a je potřeba opravdu důkladně zvážit, kterou ze spousty možností zvolíme. Pokaždé je potřeba na úvod ve skupině navodit uvolněnou atmosféru, začít méně intimními a emotivními cvičeními, aby se jedinci necítili ohroženi. Jde-li o citlivá témata, je vhodné se na začátku s účastníky interaktivně dohodnout na základních pravidlech, kterými se skupina bude řídit. Na závěr je vhodné trénink vyhodnotit, dát účastníkům prostor pro vyjádření se k tomu co bylo pro ně užitečné, případně co by ještě potřebovali doplnit.

3.1.1.1 Monologické metody

Monologické metody nejsou pro jedince s mentálním postižením příliš vhodné. Vzhledem k tomu, že se při seznamování postižených s novými věcmi často nevyhneme metodě výkladu, snažíme se ji nahradit vyprávěním, které je živé, barvité a emocionální, nebo vysvětlováním, jež vede k pochopení příčin, souvislostí a vztahů, či instrukcemi, kdy prezentujeme určitý objekt a způsob činnosti s ním. Vychovávající musí při vysvětlování, popisu a instrukcemi postupovat pomalu, přesně a srozumitelně doplnit je co nejvíce názornými pomůckami a průběžně ověřovat, zda hendikepovaní porozuměli jednotlivým etapám.

3.1.1.2 Dialogické metody

Metody dialogické jsou dialogem mezi hendikepovaným a učitelem, nebo mezi hendikepovanými navzájem. Vychovávání si na základě otázek a odpovědí osvojují vědomosti a utvářejí postoje, k nimž došli na základě vlastního úsilí.

3.1.1.3 Situační (případové) metody

Situační metody jsou velmi náročné na přípravu, ale i na úroveň vychovávaných. Jde o různé rozborů příběhů, problémů, situací, které vychovávání řeší na základě konfrontace

vědomostí a dovedností, rozhodováním mezi různými alternativami, volbou optimálního řešení a hledáním dalších informací.

3.1.1.4 Metody her

Metoda her je významným motivačním, aktivizačním a inovačním prvkem ve výchovně-vzdělávacím procesu. Vhodné jsou zejména hry interakční, které motivují k sociálnímu učení a probouzí zvědavost, zvyšují aktivitu pasivních vychovávaných a regulují ty dominantní, umožňují zavedení nových norem chování, učí citlivosti, vyjadřování pocitů, umění požádat o pomoc a rozvíjí odpovědnost. Prostřednictvím her si jedinci ujasňují své pocity a vztahy a učí se chápat totéž u druhých.

3.1.1.5 Demonstrační metody

Metody demonstrační doplňují vyprávění vychovávajícího. Lze využívat pracovních listů, plakátů, skutečných předmětů, audiovizuálních pomůcek.

Jako jednu z demonstračních pomůcek můžeme použít i televizní pořady. Je ovšem velmi důležité dávat si pozor na výběr pořadu a zajistit si zpětnou vazbu od postižených. Televize je totiž sice výborná demonstrační pomůcka, ale někdy dokáže zmást. To co si dokáže běžný člověk domyslet, může být pro člověka s mentálním postižením zásadní problém. Scéna v romantickém filmu, kde se dva lidé milují, často vypadá tak, že vidíme jen pohyby pod peřinou. Mezi možné závěry, které si může člověk s mentálním postižením odnést je, že se nemůže milovat bez peřiny, že může čekat dítě, když bude s někým pod peřinou a jiné.

Perfektní demonstrační pomůckou je desetiminutový animovaný film, jehož autorem je Petr Eisner, který se dlouhodobě profesionálně věnuje práci s lidmi s mentálním hendikepem. Technika kreslené animace umožňuje ztvárnit téma hravě, výtvarně, a také dostatečně názorně. Rámec celého filmu tvoří vyprávění Petra a Evy, animovaných postav. Muž a žena ve věku přibližně 30 let s lehkým mentálním hendikepem, kteří tvoří partnerský pár, provedou diváky úskalími sexuality. Lidé s mentálním hendikepem se tak budou moci identifikovat s jejich příběhem, problémy i jejich následným řešením a nenásilnou formou se tak dozví řadu informací, k nimž se jinak obtížněji dostávají. Okolí v hrdinech vidí věčné děti a oni překonávají mnoho předsudků a problémů – vlastní stud a nesmělost, příliš pečující rodiče, museli se vypořádat se znalostmi lidského těla i sociálními normami. Ne-

nechají se ale odradit a vybojují si právo na vlastní partnerský život a soukromí. Film slouží jako výukový materiál pro organizace a instituce pracující s lidmi s mentálním hendikepem a školící dobrovolníky a dobrovolnice v práci s nimi. [16]

3.2 Sexuální výchova v rodině

Sexuální výchova, zejména v rodině může být užitečná z mnoha důvodů. Jejím smyslem není jen vysvětlit, jak se rodí děti a podat informace o antikoncepci a pohlavně přenosných chorobách, abychom zabránili největším rizikům, která s sebou sexualita může přinášet. Pokud sexuální výchova neprobíhá pouze prostřednictvím několika přednášek ve škole nebo pomocí knížky, kterou dítěti darují, ale jedná-li se o dlouhodobý proces začínající již v dětství, může být přínosem pro další nejen sexuální vývoj dítěte a jeho schopnost prožívat sexualitu jako přirozenou součást života. [12]

Rodiče dětí s mentální retardací jsou snadněji ovlivnitelní mýty a nepravdivostmi, které jsou spojeny s úzkostmi vztahujícími se k sexualitě a prožívání svých dětí; obávají se často autoerotického sexuálního chování dítěte, jakýchkoli znaků souvisejících se sexualitou, fyzického rozvoje v průběhu puberty, genitální hygieny, dále nechtěného těhotenství, pohlavních nemocí; trapných a zraňujících situacích v běžné realitě. Někteří z rodičů se dále obávají, že jejich děti nebudou schopny přiměřeně a vhodně vyjádřit své sexuální nutkání a stanou se tak terčem sexuálního zneužití. Proto tato rodičovská úzkost často ústí v hyperprotektivitu, která tak nechtěně brání naplňování práv sexuality a svobody volby jejich dětí.

V rodinách se setkáváme s krajně odlišnými postoji k sexualitě mentálně postižených. Časté je popírání jejich sexuality, jejich sexuálních potřeb. S tím souvisí odmítání spoluúčasti na sexuální výchově i nesouhlas se sexuálně výchovným působením pečujícího zařízení. Někteří rodiče nedokážou přijmout své dítě jako člověka, který chce dospět, osamostatnit se a začít žít třeba i v partnerském vztahu. Akceptují pouze platonickou lásku a přátelství, ale nic, co by vedlo, byť vzdáleně, k pohlavnímu styku. Dalším typem přístupu rodičů je potlačování sexuálních projevů. V krajním případě i trestání za sexuální projevy, například masturbaci.

V rodině, kde je postižené dítě, se často projevuje zvýšená míra „sexuálního studu“ a pocity viny, že rodiče dali život postiženému dítěti. To se velmi často projevuje odmítáním

všech výchovných postupů, které připomínají sexualitu a tím se výrazně snižuje rozsah životní zkušenosti dítěte již tak omezený postižením. [5]

Významnou roli hraje u některých rodičů i nedostatečné vyrovnání s narozením postiženého dítěte, jeho handicapem. Jeho projevem může být i umístění dítěte do ústavu sociální péče, pokud možno do vzorné zlaté klece, kde bude dítě v relativním přepychu izolováno od škodlivých společenských kontaktů. Tito rodiče se vehementně brání pokusům o integraci dítěte do společnosti s poukazem na ohrožování jeho bezpečnosti. Naproti tomu jsou rodiče, kteří se dítěti zcela obětují i za cenu ohrožení či obětování vlastní kariéry a zařazují své dítě do všech sportovních a kulturních aktivit vyspělejších vrstevníků, kteří jejich retardované dítě stimulují a táhnou. Takový postoj má až neuvěřitelný vliv na vývoj dítěte.

3.2.1 Důvody proč v rodině hovořit o sexualitě

3.2.1.1 Vytvoření přirozeného vztahu k lidskému tělu a sexualitě

Vztah člověka k sexualitě, ale i k sobě samému, se odvíjí také od vztahu k vlastnímu tělu. Tím, že s dětmi hovoříme o lidském těle, pohlavních orgánech, že jim vysvětlujeme, jak lidské tělo funguje, jim napomáháme přijmout vlastní tělesnost a tím posléze vlastní sexualitu. Pokud se dítě setkává s pruderíí a odmítáním jakýchkoliv zmínek o všem, co se týká pohlavních orgánů či sexuálních projevů, může velmi snadno získat pocit, že lidské tělo je něco špatného, za co je třeba se stydět a o čem se nemluví. To může mít negativní důsledky pro další vývoj a pro pozdější přijímání a prožívání sexuality.

K vytváření přirozeného vztahu k vlastnímu tělu přispívá pochopení biologických rozdílů mezi pohlavími. Již velmi malé děti se zajímají o odlišnosti mezi chlapečky a holčičkami. Vede je k tomu úplně stejná zvědavost, nebo spíše zvědavost, jako k jakýmkoliv jiným otázkám. Pětileté dítě zajímá, jestli bude mít jednu prsa jako má maminka, stejně jako to, proč prší. Nevidí v tom žádný rozdíl ani sexuální podtext. Když mu dokážeme odpovědět jednoduše a bez vyhýbání, přijme tuto informaci jako každou jinou. Jestliže se obdobné otázce vyhneme nebo dítě křikem, zlobením se nebo jinak trestáme za projevy zájmu o pohlavní orgány, získá snadno dojem, že jde o něco nepatřičného či špatného. Pokud již malé dítě pochopí odlišnosti mezi ženským a mužským pohlavím a považuje je za přirozené a samozřejmé, má vytvořen důležitý základ pro další vývoj. [12]

Již od časného věku prochází lidské tělo řadou změn, které se plně projeví v období puberty. Dívkám rostou prsa, mění se ochlupení a nastupuje masturbace. U chlapců dochází v souvislosti s dospíváním k vývoji pohlavních orgánů, změnám ochlupení, změnám hlasu a zejména k samovolným nočním polucím. Menstruace a poluce mohou být při nedostatku informací vnímány například jako známka onemocnění a způsobovat zbytečné obavy. Pravdivé a přiměřené informace o biologických změnách pomáhají dětem se na tyto změny připravit a posléze je přijmout jako přirozenou součást svého dospívání.

3.2.1.2 *Prevence sexuálního zneužívání*

Sexuální výchova probíhající již od raného dětství může riziko zneužití alespoň částečně zmenšit. To je jeden z významných důvodů, proč bychom neměli v žádném případě čekat se zahájením sexuální výchovy „až se dítě zeptá“ či až začne projevovat samo zájem. To už může být pozdě.

3.2.1.3 *Zodpovědné sexuální chování*

Role sexuální výchovy spočívá nejen v podání informací o antikoncepci, ale také v rozvinutí schopností a dovedností „domluvit se“, nejen o antikoncepci a ochraně před pohlavně přenosnými chorobami, ale i o dalších věcech spojených se sexualitou.

3.2.1.4 *Spojení sexuality s láskou*

Sexuální výchova, zejména pokud je orientována na vytváření vlastních názorů a postojů a je podpořena pozitivními rodinnými vztahy, může napomoci mladým lidem získat přesvědčení, že sexualita by se měla spojovat s láskou, vzájemným poznáním partnerů a se vzájemnou úctou a zodpovědností. [12]

3.2.2 *Proč je právě rodina důležitá*

Rodina je nejpřirozenějším prostředím pro sexuální výchovu, pro rozhovory o pohlavním dospívání, o lásce, partnerství, o erotice, sexualitě a jejích projevech. Existuje spousta důvodů, proč je právě role rodiny v sexuální výchově tak důležitá.

- Rodina je víceméně jediným místem, kde děti i dospělí zažívají blízkost a intimitu. To jsou ideální podmínky pro důvěrné rozhovory, které lze jinde jen obtížně napo-

dobit. Sexualita je tak přirozeně spojována s atmosférou lásky, blízkosti, intimity a důvěry.

- To co se děti o sexualitě dozvědí v důvěrném rámci rodiny, budou spíše považovat za pravdivé a podstatné, než to se dozví od kamarádů a širšího okolí.
- Rodiče si často neuvědomují, že v rodině probíhá i nejdůležitější část sexuální výchovy, tedy ta z jejich strany neuvědomovaná a nezáměrná. Významným činitelem ovlivňujícím děti na poli sexuální výchovy je vzájemný vztah rodičů a jejich vztah k dětem. [12]

3.2.3 Obavy rodičů

Mnohdy je důvodem nedostatečné sexuální výchovy dětí, strach rodičů.

- Rodiče se často obávají, že nemají dostatečné množství znalostí a poznatků o pohlavním dospívání, sexualitě a souvisejících oblastí.
- Také se může stát, že rodiče nevědí, jak mají s dětmi o sexualitě hovořit. Často je obtíž v tom, že rodiče neznají správné názvy, nebo se jim zdá divné či nevhodné je používat.
- Přestože rodiče znají správná slova, nejsou si někdy jistí, jak s dětmi o sexualitě mluvit. Jejich rodiče s nimi o sexualitě třeba také nemluvili, takže nemají k dispozici žádný vzor pro takové rozhovory. Mluvit o sexuálních záležitostech jim připadá tak obtížné proto, že pro toto téma neexistuje slušná a přitom obecná slovní zásoba. Je tu jen úřední jazyk, medicínská latina, dětské povídání, romantické sladké řeči nebo více či méně sexistické výrazy. [10]
- Další častou obavou rodičů je strach z předčasného zájmu dětí o sexualitu. U menších dětí je zapotřebí si uvědomit, že v době, kdy se začínají ptát na to, jak přišli na svět, na rozdíl mezi holčičkami a chlapečky a podobně, není jejich zájem sexuálně motivovaný. Neuvědomují si, že se jedná o otázky, které mohou být pro rodiče obtížné a očekávají věcnou, pravdivou odpověď. V žádném případě není na místě strach z toho, že brzké rozhovory o sexualitě povedou k předčasnému sexuálnímu životu dětí.. Sexualita a sexuální citění se začne vyvíjet bez ohledu na rodičovské povídání či mlčení.

3.2.4 Rady a pravidla nejen pro rodiče

I pro sexuální výchovu existují určité rady, které mohou být podle mého názoru pro rodiče i vychovatele velmi cenné a to zvláště v případech, kdy si nejsou sami sebou jisti. Rodičům i odborníkům tedy poslouží tyto konkrétní rady:

- Myslete dopředu.
- Buďte konkrétní. Mluvte o penisu a vagíně, vypusťte všechna synonyma.
- Stále opakujte a zdůrazňujte sexuální bezpečnost.
- Najděte někoho stejného pohlaví, kdo bude učit dané dítě základům bezpečnosti a hygieny.
- Nezapomeňte se zmínit o sociálních aspektech sexuality.
- Podporujte vhodné chování.
- Přesměrujte nevhodné chování – např. pokud chce dítě masturbovat na veřejnosti, dejte mu do ruky něco k držení či nesení
- Pravdivost a upřímnost – rodiče by v žádném případě neměli svým dětem v otázkách sexuality (ani v jiných) lhát. I na sebenáročnější otázku existuje přiměřená, přitom pravdivá odpověď.
- Přiměřenost informací a odpovědí – když s dítětem o sexualitě hovoříme, je užitečné si ověřit, jestli nám porozumělo. Je potřeba také nezapomínat na to, že děti mohou část informací zapomenout a je pravděpodobné, že se za nějaký čas zeptají znovu, i když třeba trochu jinak. Toto nesmíme brát jako nezájem o věc, nebo dokonce dětskou hloupost či neschopnost, je to zcela přirozené. Dětské myšlení a chápání se postupně vyvíjí a s ním se mění i dětské otázky.
- Spontánnost a aktivita – sexuální výchova není pevně stanovená součást programu, které se věnujeme jednou ročně či měsíčně. Je to dlouhodobý proces, skládá se z mnoha částí.
- Nevyhýbejte se odpovědi či tématu

U mentálně postižených lidí je potřeba poskytovat informace v malém množství a v jednoduchých, základních a konkrétních pojmech. Možná také bude potřeba se intenzivně

soustředit na chování. Je potřeba dítě naučit, aby přiměřeným způsobem projevovalo fyzickou náklonnost a je nutné mu vysvětlit, co je považováno za nepřiměřenou fyzickou náklonnost (jako například objímání cizích lidí). Je potřeba je naučit, které chování je přijatelné na veřejnosti a které pouze v soukromí. Ale jakmile se to dítě naučí a rodiče jej budou brát i v oblasti sexuality jako dospělého člověka, jeho životní úroveň se o mnoho zvýší.

3.3 Ústavní sexuální výchova

Život osob s mentálním postižením ve velkých zařízeních sociálních služeb není vůbec lehký a v některých případech jej považují až za nehumánní. Tento systém nemůže u nás dobře fungovat s přihlédnutím na nedostatek financí v tomto sektoru. I kdyby byl personál sebelepší a sebevíce se snažil, nemůže nikdy nahradit dítěti ani dospělému s mentálním postižením, ale i jiným postižením rodinu. I když je pravdou, že dítě, které přijde brzy do ústavního prostředí, přivykne mu jako domovu. Chybějící rodinná výchova však vždy zanechá na každém jedinci stopy. Projevuje se nepříznivě zejména v rozvoji citové stránky a sociálních vztahů osiřelého či opuštěného dítěte, které je od útlého věku v ústavu sociální péče. Jestliže se podaří včas zajistit rozvoj citových vztahů dítěte vazbou na jiné osoby, může být výsledek jeho socializace dobrý, zejména pokud jde o vzdělání a pracovní uplatnění. V oblasti partnerských vztahů jsou tito jedinci většinou handicapováni, protože nežili v normálním rodinném prostředí. [5] Chybí jim vzory chování, nevědí, jak mají hrát partnerské role.

V sektoru péče o mentálně postižené lidi je tolik problémů, že na sexuální výchovu není už ani síla, ani čas, ani chuť. Co se týká zdravého sexuálního vývoje osob tam žijících, mnohdy zákonitě musí být patologický, například v těch zařízeních, která jsou nekoedukovaná, tedy kde jsou umístěni pouze hoši nebo dívky. Představme si, že tam člověk vyrůstá odmalička a kromě ženského personálu nikdy neviděl jinou osobu opačného pohlaví. Takový člověk se zákonitě nemůže vyvíjet sexuálně zdravě. Potom se může stát, že se tito jedinci stanou vynuceně homosexuální, neboť jinou možnost nemají a ani vlastně nikdy neměli, takže nevědí, že to může být i jinak. Toto by deformovalo i člověka bez mentálního deficitu, natož člověka, který má problémy s logickým úsudkem, vyhodnocováním situací, generalizací, analýzou, syntézou, u autismu sociálními vztahy, komunikací, představivostí. [16]

V těchto zařízeních by podle mého názoru bylo ideální, kdyby každý ústav měl svého kvalifikovaného důvěrníka sexuální výchovy, který by přispíval ve svém zařízení ke zlepšení podmínek sexuality svých klientů, dovedl řešit individuální problémy s nimi a věděl, o jakou pomoc a kam se obracet. Důležitá je také existence protokolu sexuality a to opravdu v každém zařízení sociální péče. Protokol o sexualitě a sexuálním zneužívání 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). [17]

Bohužel jsou však stále ústavy, ve kterých žádný sexuální protokol neexistuje a nejsou v nich výjimkou například tresty za masturbaci.

3.4 Sexuální výchova a vzdělávání vychovávajících

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

Abychom mohli vzdělávat, musíme být vzděláni, mít informace, mít zkušenosti a přehled. Vzdělání v oblasti sexuality osob s mentálním postižením umožní všem zainteresovaným být jistějšími v otázkách sexuality. Jistotu potřebují zaměstnavatelé a zaměstnanci, klienti, zákonní zástupci a opatrovníci.

Cílová skupina, která by měla mít detailní a přesné informace, je podle mě skupina rodičů, která se často tomuto cílenému vzdělávání a osvětě brání, neboť jde pro ně o silně tabuizované téma, které je nesené s obavami a úzkostmi. Rodiče mohou mít obavy, aby se jejich děti nestaly obětmi sexuálního zneužívání či se snad dokonce pachateli. Další obavy rodičů jsou o tom, jak jejich dospělé děti budou fungovat ve vztahu, co se stane při eventuálním selhání vztahu, popřípadě aby nedošlo k rodičovství u jejich dětí. I v rodičovských postojích se mohou objevit takové, v nichž rodiče mohou popírat, že jejich děti mají sexuální potřeby. Někteří rodiče mohou pohlížet na sexualitu svých dětí jako na něco, co jim může přinést riziko. V případě, že se podaří systém vzdělávání pro rodiče zabezpečit, spousta problémů se sexuální výchovou i sexualitou postižených se vyřeší.

Potřebné se dále jeví, aby byli informováni pediatři. Pediatři jsou v jedinečné pozici, neboť znají dítě od raného věku, provázejí jej přes dospívání, znají jeho soukromí. Měli by pomáhat rodičům v porozumění chování jejich dětí a ve způsobech, jak podporovat nezávislost a sociální dovednosti dětí. Pediatři by si měli být vědomi, že mají informovat rodiče o přizpůsobených gynekologických vyšetřeních, o ochraně před sexuálně přenosnými nemocemi, neplánovaným těhotenstvím, o možnostech genetického poradce. Dostane-li rodič informaci od pediatra, že děti s mentálním postižením jsou ve zvýšeném riziku sexuálního zneužívání, tím pak povzbudí rodiče k tomu, že se sami mohou stát těmi, kdo svému dítěti předá vhodné informace o sexualitě a že budou informace podány ve správný čas. Pediatři by měli být informováni o možnostech vzdělávání pro rodiče a jejich děti, které lze rodinám nabídnout. Obdobné základy by měli mít další odborní lékaři - sexuologové, gynekologové. K nim se často dostávají rodiče či pracovníci doprovázející klienta s mentálním postižením, a oni jsou těmi, kteří řeší nastalý problém. [16]

U zaměstnanců, kteří se věnují sexuálnímu vzdělávání, rozvoji a kultivování sexuality u uživatelů služeb, také významně stoupá potřeba sdílení s ostatními, potřebují vzájemné konzultace v týmu a konzultace s nezávislými odborníky. V tomto hraje velmi dobrou roli možnost supervizora poučeného v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. [16]

V zahraničí existuje výbor sexuality - the Sexuality Review Committee, jsou zde zastoupeni mimo jiné odborníci, kteří absolvovali trénink v oblasti lidské sexuality a problematiky mentální retardace. Výbor je odpovědný za rozvíjení stávajících znalostí a zdrojů vztahujících se k sexualitě a lidem s mentálním postižením. Provádí periodické zkoušky z „politiky“ zařízení vztahované k sexualitě osob s mentálním postižením a dalších údajů, tak,

jak je požadováno protokolem sexuality. Pro komplexnější sporné otázky může být rozšířen o externí strany jako: rodiče/opatrovníky, zdravotní profesionály a klienty – advokáty nebo představitele, kteří jsou v úzkém styku s klienty. Tuto instituci můžeme ostatním zemím jen závidět, doufám však, že brzy i u nás se nějaké podobné dočkáme.

4 PRÁVNÍ ASPEKTY V OBLASTI SEXUALITY MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

V oblasti práv mentálně postižených spojených se sexualitou existují dvě hlavní dilemata. První dilema je, zda by měli mít mentálně postižení právo na sex. Toto jejich právo je podle mého názoru nezpochybnitelné a je zakotveno i v Listině základních práv a svobod ve článku 7. Dalším dilematem je, zda by měli mít mentálně postižení právo mít děti. Tato otázka je velmi složitá. Z právního hlediska však zcela jasná. Listina základních práv a svobod zaručuje každému člověku právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. Tudíž ze zákona mají mentálně postižení nezpochybnitelné právo mít děti. Otázkou však zůstává, zda bude hendikepovaný jedinec schopen se o dítě postarat. Podle mého názoru je toto velmi individuální a záleží na míře postižení jedince, na jeho rodinném i sociálním zázemí. Každý člověk má právo svobodně rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž by měl jednat s patřičným ohledem na práva ostatních. Společnost je povinna zabezpečit důstojný život osob s mentálním postižením, ale zároveň také dětem zabezpečit zdravý vývoj. V žádném případě však nesmí být mentálně postiženým jakýmkoliv způsobem bráněno dítě mít.

Problematiku sexuality a mentálního postižení lze zkoumat přinejmenším ze dvou hledisek. Prvním hlediskem je ochrana těchto osob a zvláště pak dětí a nezletilých před nejrůznějšími formami pohlavního zneužívání, počínaje dotykovým kontaktem a konče brutálním znásilněním. Druhým hlediskem je právo mentálně postiženého člověka na sexuální život.

4.1 sexuální zneužívání mentálně postižených lidí

Lidé s mentálním postižením jsou velmi snadnou obětí sexuálního zneužívání a to nejen protože jsou naivní a důvěřiví. Lidé s mentální retardací si často nemusí uvědomovat, že sexuální zneužívání je nepatřičné, neobvyklé nebo nezákonné. Proto o případech zneužívání nemusí nikdy nikomu říct. Lidé s handicapem i bez handicapů se často bojí o těchto bolestivých zážitcích mluvit otevřeně, protože riskují, že jim nebude nikdo věřit nebo že nebudou bráni vážně. Většinou 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. Postižení lidé si často myslí, že nemají právo odmítnout zacházení, při kterém

jsou sexuálně zneužíváni, a nikdo je neučí riskovat odmítnutí. Rizikové faktory spojené se sexuálním zneužíváním zahrnují sociální bezmocnost, omezenou komunikační schopnost, oslabenou schopnost úsudku, izolaci rodiny nebo napětí v rodině a životní uspořádání, které zranitelnost zvyšuje. Alarmující je skutečnost, že podle výzkumů zažije většina lidí s mentální retardací nějakou formu pokusu o znásilnění nebo zneužití.

V oblasti sexuálního zneužívání existují určité zažité stereotypy. Jsou jimi:

- znásilnění probíhá formou přepadení (většina znásilnění se však odehrává v sociální blízkosti oběti)
- znásilňovali jsou psychicky vyšinutí a nápadní (znásilňovali nemusí být vůbec sociálně nápadní ani duševně choří)
- většina žen se v průběhu znásilnění masivně brání (většina žen se obvykle pokouší o verbální obranu, strach o život je blokuje)
- znásilnění = těžká újma na tělesném zdraví (většinou jsou újmy na zdraví lehčí až středně těžké, 50% poškození je psychické povahy)
- ženy vnímají znásilnění jako agresivní, vynucený sexuální akt (ženy vnímají znásilnění jako existenciální ohrožení života) [16]

Trestní zákon v platném znění poskytuje rozsáhlou a dostatečnou ochranu intimní sféře a tělesné integritě každého jednotlivce a to bez ohledu na jeho psychický a somatický stav. Trestné činy sexuálně motivované jsou soustředěny v VIII. hlavě trestního zákona a to jednak v 1. oddíle mezi trestnými činy proti svobodě člověka a ve 2. oddíle mezi trestnými činy proti důstojnosti člověka. Mezi oběma oddíly, stejně tak jako v celém trestním zákoně, existuje vnitřní provázanost a souvislosti. [16]

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 zneužívání je rozpoznání velikosti tohoto problému a postavení se nepřijemné pravdě, že lidé s mentální retardací a jinými vývojovými vadami jsou zranitelnějšími oběťmi sexuálního zneužívání než lidé bez handicapů. Nebezpečí zneužívání může být podle mě zmírněno především včasnou a správnou sexuální výchovou lidí s handicapem a těch, kdo pro ně zajišťují pomoc, vytvářením bezpečného prostředí, které obětem dovolí prozradit, co se stalo. Nakonec je třeba pro zvýšení bezpečnosti změnit postupy zaměstnavatelů. Například by se

měla rutinně 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. [4]

4.2 Právo na sexuální život

Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka, bez ohledu na stav jeho somatického a mentálního zdraví. Tabuizovat, odsuzovat či dokonce znemožňovat sexualitu lidem se zdravotním postižením a to včetně mentálního postižení je se strany těch, kdo tak činí jednáním protiprávním. Lze pochopit, že okolí takto postižených osob se může dostat a také se dostává do obtížných situací, ale to nic nemění na faktu, který jsem právě formulovala. Mentálně postižené osoby nelze zásadně omezovat v jejich sexualitě a sexuálních projevech, pokud nejsou tyto projevy pro společnost nebezpečné a nemají samy o sobě charakter trestného činu, případně činu jinak trestného. Trestání mentálně postižených osob za projevy sexuality je nejen nehorázné, ale je 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 podle mého názoru postupují protiprávně a v rozporu s profesními etickými pravidly. To samozřejmě neplatí v případech sexuálně agresivního chování či běžně nezvládnutelných afektů. V párové sexualitě obecně uznávaný princip že "je dovoleno vše, co je oběma příjemné či oběma akceptovatelné" musí platit a také platí i u mentálně postižených osob. [16]

Před dvěma lety, při vypracovávání své bakalářské práce, jsem zjistila spoustu nedostatků v ústavní péči a také spoustu porušování práv mentálně postižených. Situace se za tuto dobu velmi změnila a to k lepšímu. Lidé kteří pečují o mentálně postižené i široká veřejnost si již více uvědomují práva hendikepovaných lidí na svůj osobní, partnerský a sexuální život. Myslím, že pokrok společnosti tímto směrem se poměrně rychle vyvíjí a spěje k dokonalé péči o hendikepované lidi.

4.3 Právní dokumenty

Všechny současné právní dokumenty odrážejí filozofii, že člověk s mentálním postižením je *předmětem sociálních práv*. V praxi to představuje snahu o trvalé zlepšování život-

ních podmínek, zajištění rovnoprávného postavení a naplnění základních a specifických potřeb osob s mentálním postižením.

Ve všech uvedených dokumentech jsou zastoupeny současné trendy:

- personalizace
- normalizace
- partnerství
- decentralizace
- deinstitucionalizace
- koordinace
- integrace, inkluze

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. [4]

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.

Listina základních práv a svobod ČR

- 1993

- vychází z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv. [4]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PLÁN VÝZKUMU

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

Původně jsem chtěla výzkum provádět s pěti rodinami, ale sexualita je tématem velmi choulostivým a jen málo rodin bylo ochotných se se mnou o jejich poznatky a zkušenosti z této oblasti podělit. Výzkum budu tedy provádět se třemi rodinami, kde vyrůstá mentálně postižený jedinec. Respektive s matkami a dětmi z těchto rodin, jelikož otcové neměli zájem se výzkumu účastnit. Také provedu tentýž výzkum v jednom z ústavů sociální péče. Chtěla bych zjistit jaké mají mentálně postižení znalosti, zkušenosti a názory na partnerství a sexualitu. Poznatky, které získám v rodinách a ústavu, spolu dále porovnam, abych zjistila jaké jsou hlavní rozdíly v ústavní a rodinné výchově.

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

- Jaké znalosti mají mentálně postižení lidé 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 mentálně postiženým výchova a osvěta v této oblasti?
- Jaký mají rodiče a vychovatelé těchto lidí názor na partnerství a sexualitu u jejich dětí a mentálně postižených vůbec?
- Mají rodiče a vychovatelé povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě svých dětí?
- Jaké jsou rozdíly ve znalostech, zkušenostech, představách a možnostech sexuálního života u mentálně postižených vyrůstajících v rodině oproti mentálně postiženým vyrůstajícím v ústavní péči?

Hypotéza: Mentálně postižení lidé vyrůstající v rodině mají méně znalostí, zkušeností a možností, co se sexuality týče, než mentálně postižení lidé vyrůstající v ústavní péči.

Jako základní soubor jsem zvolila středně mentálně postižené lidi ve věku 18-35 let v okrese Uherské Hradiště vyrůstající v rodině a jejich rodiče a středně mentálně postižené

ve věku 18-35 let v okrese Uherské Hradiště žijící v ústavu sociální péče a jejich vychovatele.

Výběrový soubor tvoří tři rodiny s mentálně postiženým dítětem, konkrétně se jedná o dva mentálně postižené muže a jednu ženu a tři matky těchto postižených. Matky jsou mnohem více kontaktní než otcové postižených. Výběrový soubor dále tvoří čtyři klientky (ženy více kontaktní než muži) z ústavu sociální péče a jejich dvě vychovatelky. U obou výběrových souborů se jedná o výběr záměrný, tudíž nejde zobecnit.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor (Otázky k rozhovorům přikládám jako přílohu I, II, III a IV). Pro svůj výzkum jsem v rodinách použila velmi podobné otázky jako ve své bakalářské práci a pro výzkum v ústavním zařízení otázky stejné. Důvodem je, že se mi tyto otázky velmi osvědčily a dobře zkoumají danou problematiku.

6 REALIZACE VÝZKUMU

6.1 Výzkum v rodinách

Výzkum v rodinách jsem prováděla u sebe v bytě, kam jsem si matky s dětmi pozvala, seznámila je s problematikou a ujistila o diskrétnosti sdělených informací. S každým respondentem zvlášť jsem pak vedla rozhovor, podle přiložených otázek. V místnosti, kde jsme rozhovor vedli, jsem zajistila diskrétnost a neproniknutelnost informací k ostatním.

6.1.1 Hendikepovaní

6.1.1.1 *Hendikepovaný 1*

Muž, věk 28 let.

Co se týče znalostí respondenta v oblasti partnerství a sexuality, dá se říci, že základní znalosti má. Jeho představy v oblasti partnerství a sexuality jsou, jak už to u mentálně postižených bývá, velmi romantické a naivní. Chlapec ví, co je to mít rád, zná zatím jen platonickou lásku. Co je sex a jak přicházejí děti na svět vůbec netuší. Ví, že jedním z druhů antikoncepce jsou pilulky, ale neví jak se užívají, ani zda je užívá žena či muž. Za velmi podstatné považují, že chlapec ví, které části jeho těla jsou intimní. Znalosti, které chlapec má, získal od své matky.

Respondent by v budoucnu chtěl mít přítelkyni, nemá představu, jaká by měla být, co se týče vlastností. Chtěl by dívku černovlasou, což svědčí o tom, že si již partnerku představoval, nebo se mu již nějaká konkrétní dívka líbí. S přítelkyní by chtěl chodit na procházky do přírody.

Chlapec nemá žádné sexuální zkušenosti, až na jeden polibek, spíše pusu, s kamarádkou a masturbaci. Masturbaci však bere jako něco, co nesmí. Tento názor převzal od své matky.

Respondent je spokojen se svým soukromím. A myslí si, že má dostatek příležitostí pro seznamování s vrstevníky. O otázkách sexuality se s ním víceméně nikdo nebaví. Matka mu, když je potřeba, velmi sporadicky vysvětlí, co se smí a nesmí. Spíše se s ním baví jako s dítětem. Což zapříčiňuje, že chlapec si vyloží spoustu věcí jinak než je matka myslí a ve spoustě věcí má zmatek. Chlapec však necítí potřebu se s někým o věcech sexuality bavit, což je podle mě také zapříčiněno celkovým přístupem matky k němu.

V budoucnu by chtěl mít respondent dítě, neví však jak se o něj starat a neví jestli by péči o dítě zvládl.

Chlapec, podle jeho výpovědi, nebyl nikdy sexuálně zneužíván.

6.1.1.2 Hendikepovaný 2

Žena, věk 21 let.

Dívka má velmi málo znalostí v této oblasti. Ví, co je to mít rád.

Slečna nejeví zájem o život s partnerem, pokud by v budoucnu nějakého měla, čas s ním by trávila v přírodě a chtěla by aby byl hodný.

Až na masturbaci nemá dívka žádné sexuální zkušenosti.

Se svými podmínkami pro partnerství a sexuální život je slečna spokojena, má dostatek soukromí i příležitostí pro seznamování s vrstevníky.

S dívkou se o otázkách sexuálního života nikdo nebaví a ona o to ani nejeví zájem.

V budoucnu by respondentka chtěla mít dítě a myslí si, že by péči o ně zvládla.

Dívka nikdy nebyla sexuálně zneužívána.

Tato slečna byla při rozhovoru velmi stydlivá, rodiče ji stále v tomto směru berou jako dítě. Podle mého názoru dívka spoustu věcí ví, ale bojí se to přiznat, nebo neví, co znamená přesně.

6.1.1.3 Hendikepovaný 3

Věk 20 let, mentální postižení kombinované s aspergovým syndromem.

Tento chlapec má mnohem více znalostí než dvě předchozí děti. Ví, co je to mít rád, co je sex, ale nespojuje si jej s těhotenstvím. Zná různé druhy antikoncepce, ale už neví jak je používat. Respondent ví i co je masturbace a jaké jsou intimní části jeho těla. Znalosti, které má, získal ve škole.

Chlapec zatím nemá zájem o partnerku. Kromě masturbace nemá žádné sexuální zkušenosti.

Rodiče se s hochem o otázce sexuality často baví, ale uvítal by také někoho jiného s kým by s o tomto tématu mohl povídat.

Chlapec by chtěl mít v budoucnu dítě, ví co je základem péče o dítě, ale sám přiznává, že by se o ně nedokázal postarat.

Respondent podle výpovědi nikdy nebyl sexuálně zneužíván.

6.1.1.4 Dílčí shrnutí hendikepovaní

Všichni hendikepovaní vědí, co je to mít rád, oba chlapci znají intimní části svého těla, ale dívčiny znalosti jsou opravdu velmi malé. Chlapec s kombinovaným postižením má znalosti opravdu dobré a na většinu otázek dokázal rozumně odpovědět. Znalosti získali respondenti od rodičů a jeden z nich ve speciální škole, kterou navštěvuje.

Jen jeden z respondentů má zájem o partnera, respektive partnerku, nemá žádné požadavky, co se povahy týče, ale chtěl by, aby měla černé vlasy. Pokud by respondentka měla mít partnera, přála by si, aby byl hodný. Tito dva hendikepovaní se shodli na tom, že čas se svým partnerem by chtěli trávit v přírodě. U posledního z respondentů je odlišnost touhy po partnerovi způsobena pravděpodobně Aspergovým syndromem.

Všichni respondenti masturbují a masturbace je také jejich jedinou sexuální zkušeností. Všichni tři jsou také spokojeni se svým soukromím i s podmínkami pro setkávání s vrstevníky.

Co se týče sexuální výchovy a osvěty, každý případ je úplně jiný. S dívkou se o věcech sexuality rodiče téměř nebaví a ani o to nejeví zájem, jednomu z chlapců se matka při jeho dotazech snaží základní informace podat, ale protože jej bere jako dítě, dělá to nevhodně. Poslednímu respondentovi poskytuje sexuální výchovu matka ve spolupráci se speciální školou a sexuologem. Právě tento jediný respondent by uvítal možnost pohovořit si o těchto záležitostech i s někým jiným.

Všichni respondenti by si v budoucnu přáli mít dítě, dívka si myslí, že by zvládla se o něj postarat, jeden chlapec si tím není jist a druhý si myslí, že by to nedokázal.

Ani jeden z hendikepovaných nebyl podle jejich výpovědi sexuálně zneužíván.

Z rozhovoru s respondenty je zřejmé, že všichni jsou dospělými lidmi a to i po stránce sexuální. Problém je však v tom, že jejich rodiče svým přístupem k nim, svou výchovou, z nich dělají věčné děti. Takový člověk je pak velmi zmaten, je dospělý, cítí sexuální touhy,

ale podle rodičů je stále dítě a je tak s ním i zacházeno. Toto může vést k závažným psychologickým problémům hendikepovaných.

6.1.2 Matky

6.1.2.1 Matka 1

Věk 48 let. Středoškolské vzdělání. Samoživitelka.

Respondentka uznává právo mentálně postižených na sexuální život, ovšem s podmínkou užívání antikoncepce. Myslí si, že by její syn nemohl žít v partnerském vztahu, protože by se o sebe nedokázal postarat, musel by být pod dohledem nepostižených osob, což však v dnešní době, kdy mají mentálně postižení možnost chráněného bydlení, není problém.

Problém sexuality považuje za velmi složitý a rozsáhlý. Co se týče poskytování sexuální výchovy, zastává názor, že by ji měli poskytovat především rodiče ve spolupráci s odborníky.

U syna se, co se týče sexuality, setkala jen s problémem týkajícím se masturbace, kdy synovi vysvětlila, jaká jsou pravidla, že nesmí masturbovat na veřejnosti. Podle jejího názoru je nejčastějším problémem u mentálně postižených, že si neuvědomují rizika sexuálního života, neznají následky (pohlavně přenosné nemoci, těhotenství, sexuální zneužívání). Tato paní nepocituje problém o těchto tématech se synem hovořit. Ocenila by, kdyby bylo k dispozici více literatury na toto téma a také větší možnost účastnit se různých školení, či seminářů pro rodiče. Čímž by se také rozšířila a zlepšila komunikace mezi rodiči, což je to nejlepší pro zkvalitnění sexuálního života u jejich dětí.

Mentálně postižené rozhodně považuje za více ohrožené z hlediska sexuální zneužívání, protože jsou více ovlivnitelní. Žádnou osobní zkušenost se zneužíváním nemá.

Paní by určitě uvítala existenci vzdělávacích kurzů pro rodiče a ráda by se jich účastnila.

Masturbaci u mentálně postižených považuje za normální jev sexuality a užitečný ventil sexuálního napětí.

Co se týče otázky antikoncepce mentálně postižených lidí určitě by ji povinně nepodávala každému, ale postiženým kteří žijí s partnerem v ústavech sociální péče ano.

Podle respondenty mají mentálně postižení lidé o sexuálním životě velmi romantické představy a neuvědomují si rizika. Zkušenosti se sexuálním životem podle paní nemají mentálně postižení téměř žádné a znalosti velmi malé.

Paní se se svým synem snaží co nejvíce setkávat s jeho vrstevníky i s nepostiženými lidmi.

6.1.2.2 *Matka 2*

Věk 51 let. Vzdělání základní + vyučena. Žije s manželem, vnukem a matkou o kterou se stará, má dvě zdravé dospělé dcery.

Respondentka na první otázku odpověděla, že samozřejmě i mentálně postižení lidé mají nárok na svůj sexuální život, ale záleží o jaké postižení se jedná. Určitě to u všech není možné. V žádném případě by podle ní její dcera nemohla žít v partnerském vztahu, protože stále není zralá ani dospělá a možná ani nikdy nebude.

Problém sexuality mentálně postižených považuje za velmi závažný. Především co se týče případného těhotenství postižených, které by znamenalo, že dítě by vychovávalo dítě, což není možné. Tato paní však zná i případy, kdy mentálně postižení lidé mají dítě. Tito lidé žijí společně s rodiči a o dítě se starají všichni. Určitě by podle jejího názoru neměl mít dítě jeden člověk postižený a druhý zdravý, vzniká pak spousta problémů v rodině, především ze strany rodičů nepostiženého partnera.

Podle této matky by měl mentálně postiženým dětem poskytovat sexuální výchovu psychiater, nebo osoba, která k tomu má kompetenci, hlavně by to měl být člověk, kterému dítě bude věřit a naslouchat. Uvítala by pro rodinnou výchovu DVD s touto tematikou, kde by byly vysvětleny základní věci, protože právě televizi její dcera často a ráda sleduje.

Paní se u své dcery setkala s problémy spojenými s menstruací a také masturbací. Když měla její dcera menstruaci, chtěla se se všemi o to podělit a tak všem vykládala, že má „měsíčky“. Byl zde i problém s vysvětlením hygieny. Co se týče masturbace, oba dívčini rodiče ji respektují a ponechávají dívce své soukromí. Vždy pokud se nějaký problém vyskytl, řešili vše vysvětlením, popovídali si o tom.

Jako nejčastější problém u mentálně postižených paní vidí to, že mentálně postižení nikdy nemůžou vyspět ani dospět k tomu, aby cítili, jako zdraví lidé. To je podle ní nemožné, mentálně postižení mají svůj vlastní svět, kterému my nebudeme nikdy rozumět.

Pro respondentku je těžké s dcerou hovořit o sexu jako takovém. Zastává názor, že je to zatím zbytečné, tyto otázky nechápe a nemá ani zájem si o nich povídat. Jak jsem již zmínila, podle respondentky by bylo lepší, kdyby osvětu mentálně postižených v oblasti sexuality zajišťoval pedagog, psycholog, či psychiatr. Rodiče toho podle paní moc nezmůžou, ani zdravé dítě se s těmito věcmi nechce svěřovat právě rodičům. Co se týče osvěty konkrétně její dcery, myslí si, že je vše v pořádku, není potřeba nic zlepšovat, bere dceru jako dítě, které má rozum na úrovni dvanácti let. Není podle ní dospělá.

Pro lepší sexuální výchovu je podle respondentky potřeba hlavně cit a porozumět jim, jak to cítí oni.

Paní zastává názor, že mentálně postižení jsou mnohem více vystaveni riziku sexuálního zneužívání, protože nemají ponětí o co jde, jsou důvěřiví, jako děti. Osobní zkušenost se sexuálním zneužíváním u její dcery nemá.

Respondentka by uvítala existenci vzdělávacího kurzu pro rodiče, myslí si, že by se hodně věcí zlepšilo a zjednodušilo. Hodně věcí by se rodiče i naučili a věděli by, jak oni sami mají své dítě připravit na život. Určitě by se ráda takových kurzů účastnila.

Další otázka, kterou jsem položila se týkala masturbace mentálně postižených lidí a názoru na ni. Masturbaci bere paní jako zcela normální jev patřící k životu.

Respondentka se zatím necítí připravena k řešení problémů a otázek, které by mohli vzniknout s nástupem sexuálního života dcery. Také mě zaujal názor, že sexuální život dívek je probuzen první gynekologickou prohlídkou, tento názor maminka slyšela přímo od gynekoložky.

Co se týče antikoncepce, v ústavu sociální péče by měla být určitě povinná.

Paní si myslí, že mentálně postižení nemají se sexualitou žádné zkušenosti, protože především ti vyrůstající v rodině nemají takové možnosti jako zdravý člověk. Představy postižených jsou velmi naivní.

Tato matka by si velmi přála, aby její dcera měla více možností setkávat se s vrstevníky. V blízkém okolí není možnost, neexistuje žádné zařízení, je to velká škoda.

6.1.2.3 Matka 3

Věk 50 let. Středoškolské vzdělání. Žije s manželem a s postiženým synem.

Paní uznává právo mentálně postižených lidí na sexuální život, ale neví jaké by mohli být jejich reakce, obává se toho, jak by postižený vztah prožíval a jakým způsobem by na vše reagoval. Syn se respondentce svěřil, že by chtěl mít kamarádku, že by spolu dělali „neplechu“ a že by ho kamarádka bránila, před čím nebo před kým se matce nesvěřil, jen jí řekl, že před lidmi, kteří by mu ubližovali.

Paní považuje problém sexuality mentálně postižených za velmi závažný. Dále se domnívá, že všichni, kteří s těmito lidmi pracují a žijí by se měli spojit a řešit tyto problémy společně.

Problémy jejího syna se sexualitou začali až po léčbě medikamenty, které musí brát kvůli svým duševním problémům. Tyto léky mu způsobují tachykardii, sexuální problémy a podobně. Bohužel jiné léky brát nemůže. Matka se synem navštěvují sexuologa v Praze, ale již rok u něj nebyli, protože to syn odmítl, nelíbí se mu, jak s ním lékař pracuje a co po něm chce.

Podle respondentky je nejčastějším problémem, že tyto děti nejsou připraveny na dospívání, ale také dospívají déle, pokud berou hormonální léky (uklidňující léky obsahují většinou hormony). U děvčat je častým problémem menstruace a chlapců erekce, protože se s tím nedokáží vyrovnat a neví jak reagovat. V tomto případě by hodně pomohl otec, ale hlavně sexuolog, nebo jiný lékař (muž).

Pro paní není obtížné mluvit se synem o žádných tématech, respektive musí mluvit o všech, protože syn vyžaduje odpovědi a pokud neodpoví, může se dostavit deprese či agresivita. Problém je, že tito lidé si pro diskusi o takto choulostivých či závažných otázkách vyberou vždy nejméně vhodnou dobu nebo místo (jízda v autobuse) a pokud nedostanou odpověď, může to způsobit řadu problémů. Toto pro rodiče mentálně postižených dětí znamená, že jsou spíše diplomaté než rodiče. U respondentčina syna je výhoda, že umí číst, takže si dost věcí sám přečte, problém je s porozuměním celého problému. Osvětu svému synovi matka poskytuje tím způsobem, že pokud se jí na něco zeptá, odpoví, do ničeho jej nenutí, protože jí vůbec nemusí poslouchat, nebo jej zajímá jen to, co sám navrhne. Také si maminka myslí, že do osvěty by se měli zapojit všichni, kdo s mentálně postiženými lidmi pracují včetně rodičů. Pro lepší sexuální výchovu postižených lidí je podle paní potřeba neustálá práce s těmito lidmi a také si myslí, že z lékařské hlediska je tato práce nedocenená, je jí věnována menší pozornost než fyzicky nemocným.

Co se týče sexuální zneužitelnosti mentálně postižených, podle paní záleží na tom, kde mentálně postižený člověk žije. Zastává názor, že v rodinách jsou postižení pod dozorem v bezpečí. Osobní zkušenost se sexuálním zneužíváním syna nemá, ale má zkušenost s posmíváním okolí, což její syn velmi těžce nese.

Paní by uvítala existenci vzdělávacího kurzu pro rodiče a ráda by se jej účastnila.

Pohled na masturbaci je velmi pozitivní. Masturbace pomáhá všem, tak proč ne postiženým. Na sexuologii bylo matce řečeno, že synovi by velmi pomohla.

Na otázku antikoncepce má paní podobný názor jako obě předešlé matky. Myslí si, že pokud žije mentálně postižený člověk sexuálním životem a také v ústavech sociální péče, by měla být antikoncepce povinná. Pokud je dítě doma a je pod dohledem, není potřeba dávat jim další léky. Toto rozhodnutí je však na kompetentních lidech, kteří jsou na konkrétních případech zainteresováni.

Co se týče názoru na představy mentálně postižených o sexuálním životě a jejich znalostí, myslí si respondentka, že je to individuální. Její syn bere partnerku jako kamaráda.

Protože je respondentčin syn kromě mentálního postižení také autista, je spíše samotář, nemá kamarády, neúčastní se táborů a podobně. Rodina je členem sdružení APLA a klubu Loner, kde se může chlapec setkávat se svými vrstevníky.

Rozhovory na takto choulostivé téma jsou pro chlapce podle matky velmi nepříjemné a v televizi nesnáší dokonce reklamu na téma intimní hygieny, proč se však paní nedozvěděla.

6.1.2.4 Dílčí shrnutí matky

Velmi důležitým poznatkem je, že všechny tyto matky berou své děti stále jako děti a to i přes to, že jsou již dávno dospělí. Jak jsem již zmínila, tento přístup k nim může způsobit spíše problémy. Maminky si myslí, že tímto jejich chováním své děti ochrání, ale důsledky jsou zcela opačné.

Všechny maminky uznávají právo mentálně postižených lidí na partnerský a sexuální život, ale konkrétně u jejich dětí s tím nepočítají a nemyslí si, že by toho byly schopné. Jak již jsem zmínila berou je jako děti, jedna paní pochybuje o tom, zda bude její dcera někdy zralá pro partnerský vztah a druhá se obává reakcí, které by mohl její syn mít v různých

situacích, které partnerství přináší. Zřejmě má na mysli především žárlivost. Tuto obavu zcela chápu a to především pro kombinované postižení jejího syna. Jedna z respondentek by v případě sexuálního života hendikepovaným podávala povinně antikoncepci.

Všechny dámy považují problém partnerství a sexuality mentálně postižených lidí za velmi závažný a složitý. Jedna z respondentek se obává právě důsledků sexuálního života hendikepovaných a to především těhotenství. Nemyslí si, že by se zvládli postižení o dítě postarat. Souhlasím s tím, že středně mentálně postižení nejsou schopni se postarat o své dítě a potřebovali by zcela určitě někoho, kdo by jim s péčí o dítě pomáhal, nebo spíše by oni pomáhali jemu.

Dvě respondentky považují za nejlepší, co se týče poskytování sexuální výchovy a osvěty jejich dětem, spolupráci rodičů a odborníků. Třetí paní považuje za důležité, aby sexuální výchovu poskytoval hendikepovaným člověk, kterému důvěřují a upřednostňuje odborníka v problematice.

Podle respondentek je nejčastějším problémem v oblasti sexuality hendikepovaných masturbace, kdy postižení neovládají techniku masturbace, proto jsou často v sexuálním napětí, nebo si nejsou vědomi intimity a masturbují veřejně. Jedna matka si myslí, že velkým problémem u postižených je, že si neuvědomují následky sexu. Tady tyto problémy se však podle mě dají řešit včasnou a správnou sexuální výchovou, stejně jako problém, o kterém se zmínila jedna z dam. Jedná se o menstruaci u dívek a erekci chlapců. Respondentka považuje za problém, že hendikepovaní na tyto projevy sexuality nejsou připraveni. Vždy, když se matky setkaly s nějakým problémem souvisejícím se sexualitou jejich dětí, řešily je individuálním rozhovorem. Myslím si však, že je to bohužel pozdě. Je potřeba hendikepované na problémy připravit dříve, než vzniknou. Maminky by pro lepší sexuální výchovu dětí uvítaly větší existenci literatury zabývající se tímto tématem a jedna maminka velmi dobře vystihla, že film určený mentálně postiženým na toto téma by byl velmi prospěšný. Jedna z matek si myslí, že pro správnou sexuální výchovu je potřeba zejména cit, umět se vcítit do postižených, abychom byli schopni jim informace podat přiměřeným způsobem. Matkám nedělá problém s dětmi o tomto tématu hovořit, je jedna z nich nerada hovoří přímo o sexu a maminkám působí problémy dětem vše vysvětlit hned, jakmile to požadují. Stává se, že mentálně postižení požadují vysvětlení choulostivých věcí v nevhodnou chvíli, nebo na nevhodném místě.

Všechny respondentky by uvítaly existenci vzdělávacích kurzů a seminářů pro rodiče hendikepovaných lidí. Všechny by se jich i rády účastnily.

Z hlediska sexuální zneužitelnosti, považují respondentky mentálně postižené za rozhodně více ohroženou skupinu. Důvodem je, že jsou velmi důvěřiví a ovlivnitelní. Maminčky jsou přesvědčeny, že doma jsou hendikepovaní v bezpečí.

Všechny respondentky považují masturbaci za normální součást sexuality a života a dvě z nich ji považují za užitečný ventil sexuálního napětí.

Na otázku antikoncepce mají matky opět velmi podobný pohled. Jako povinnou by ji zavedly v ústavech sociální péče, či pokud postižení mají partnera. Jedna z maminek velmi správně uvedla, že je to záležitost, která u každého hendikepovaného vyžaduje individuální zvážení.

U matky dívky jsem se zajímala, zda s ní již byla na gynekologické prohlídce. Matka mi odpověděla, že po dohodě s gynekoložkou usoudila, že to není potřeba, dokud nenastane nějaký problém. Gynekoložka jí totiž řekla, že sexuální život u dívek začíná první gynekologickou prohlídkou. Tato informace je naprosto špatná a udivilo mě, že si vzdělaný člověk, lékař může něco takového myslet.

Všechny matky považují představy mentálně postižených lidí o partnerství a sexualitě za velmi naivní a romantické. Dvě maminky si myslí, že hendikepovaní nemají žádné sexuální zkušenosti a znalosti mají velmi malé. U jejich dětí je toto pravda, ale u většiny ostatních mentálně postižených bych dala za pravdu matce třetí, které toto považuje za velmi individuální.

6.2 Výzkum v ústavech sociální péče

Výzkum v tomto ústavním zařízení jsem prováděla po předchozí dohodě s ředitelkou zařízení. Opět jsem s každým respondentem zvlášť vedla rozhovor s naprostým zajištěním diskrétnosti a to přímo ústavu.

6.2.1 Popis zařízení, ve kterém byl výzkum proveden

Tento ústav sociální péče, je nekoedukovaným typem ústavu, což znamená, že zde žijí muži a ženy zvlášť. Je to ústavní zařízení pro dospělé klienty. Ústav je rozdělen na různá oddělení, kam jsou klienti zařazováni podle věku a míry postižení. Kapacita zařízení je

přibližně 100 klientů o něž se stará 49-ti členný personál. Partnerský život mentálně postižených v tomto zařízení není tabu, mentálně postižení mají možnost setkávat se s druhým pohlavím a pokud pocítí touhu žít společně, mají pracovníci možnost jim toto umožnit, tím myslím, že jim jsou schopni domluvit možnost chráněného bydlení. Většina klientů ovšem raději zůstává tam, kde je zvyklá. V zařízení mají sestaven *Protokol sexuality*, který je závazný pro všechny pracovníky. Protokol obsahuje výpis práv z Deklarace sexuálních práv, postoje zařízení ke vztahům, partnerství, sexualitě, organizaci sexuální výchova a osvěty v ústavu, otázky týkající se antikoncepce a způsobů řešení možných důsledků sexuality a postup v případě sexuálního zneužití klientů.

6.2.2 Výzkum vychovatelky

6.2.2.1 Vychovatelka 1

Věk 35 let, 13 let praxe.

Paní vychovatelka určitě uznává právo mentálně postižených lidí na partnerství a sexuální život. Myslí si, že mentálně postižení lidé by měli mít možnost žít v partnerském vztahu. Problém sexuality považuje za normální, žádné tabu.

Mentálně postiženým by měl výchovu poskytovat hlavně člověk, ke kterému mají důvěru, je to velmi individuální.

Nejčastějším problémem v oblasti sexuality je podle paní vychovatelky onanie a nedodržování soukromí. Všechny problémy, se kterými se kdy setkali, řešili domluvou. Otázky, o kterých je obtížné si s klienty povídat, jsou různé, je to velmi individuální. Ale všeobecně se dá říci, že si povídají o všem, nic není problém. Povídají si s klienty vždy, když o to projeví zájem. Osvětu v této oblasti klientům poskytují právě prostřednictvím rozhovorů.

Pro lepší sexuální výchovu by paní vychovatelka uvítala existenci různých názorných pomůcek, nebo třeba film s toto problematikou určený postiženým.

Co se týče sexuálního zneužívání mentálně postižených lidí, jsou podle respondentky postižení lidé mnohem více ohroženou skupinou. Často si totiž ani neuvědomují, že se jedná o zneužívání. Sama se již u svých klientů setkala se sexuálním zneužíváním a to ze strany jejich rodičů.

Paní vítá možnost vzdělávacích kurzů a možnost mít se kde zeptat. Těchto seminářů se i účastní a považuje je za velmi přínosné a zajímavé.

Masturbace mentálně postižených lidí je podle ní stejně jako u dětí nepostižených normální jev sexuality.

Antikonceptci u mentálně postižených vítá, řeší u klientek i problémy s menstruací, zmírňuje bolesti a zajišťuje pravidelnost cyklu. Většina klientek užívá hormonální antikoncepci.

Zkušenosti u svých klientů se sexuálním životem, jsou podle respondentky velmi různé a totéž s týká i jejich znalostí.

6.2.2.2 Vychovatelka 2

Věk 49 let, 24 let praxe.

Paní vychovatelka uznává právo mentálně postižených na sexuální život a myslí si, že by měli mít možnost žít v partnerském vztahu, ale je to složitá záležitost.

Podle respondentky by měl sexuální výchovu mentálně postiženým poskytovat ústav (vychovatelé), rodiče a odborník v oblasti ve spolupráci.

Nejčastějším problémem v oblasti sexuality je masturbace u klientů. Problémy se kterými se setkává, řeší vysvětlením. Téma, o kterém je pro ni obtížné se s klienty bavit, jsou jejich rodiče.

Paní si myslí, že pro lepší výchovu a osvětu mentálně postižených v této oblasti je potřeba především větší osvěta vychovatelů.

Jako všechny předchozí respondentky i tato paní považuje mentálně postižené za více ohroženou skupinu, co se sexuálního zneužívání týče a to především proto, že jsou velmi důvěřiví. Vychovatelka má za to, že v ústavu jsou klienti v bezpečí. Setkala se již se zneužíváním klientky při návštěvách v rodině ze strany rodičů.

Respondentka určitě vítá existenci vzdělávacích kurzů pro vychovatele a rodiče a má zájem se jich účastnit.

Masturbaci u mentálně postižených považuje paní vychovatelka za normální jev lidské sexuality.

Pro zlepšení podmínek života jejich klientů by paní uvítala pokoje po menším počtu klientů, klienti mají málo soukromí.

Paní vychovatelka by antikoncepci klientů podávala jen v případě, mají-li stálého partnera.

Jako její kolegyně i tato respondentka považuje znalosti a zkušenosti mentálně postižených lidí za velmi individuální. Zkušenosti mají spíše s líbáním a mazlením, myslí že pohlavní styk prožil málokterý klient. Jejich představy o partnerském životě považuje za velmi romantické.

6.2.2.3 *Dílčí shrnutí vychovatelky*

Obě paní vychovatelky se kterými byl proveden rozhovor uznávají právo mentálně postižených na sexuální život a také si myslí, že mentálně postižení lidé by měli mít možnost žít v partnerském vztahu. Problém sexuality těchto lidí považují za normální, není to pro ně žádné tabu.

Podle těchto paní by měl sexuální výchovu těmto lidem poskytovat člověk kterému důvěřují a jedna z nich si myslí, že by výchova měla probíhat ve spolupráci jak vychovatelů, rodičů, tak odborníků na sexualitu. Vychovatelkám nečiní problém se s klienty na toto téma bavit a pro řešení problémů spojených se sexualitou se cítí připraveny. Za nejčastější problém v této oblasti považují masturbaci a nedodržování soukromí. Pokud se s nějakým problémem u svých klientů setkají, řeší vše individuálními rozhovory. Lze říci, že pro respondentky není problémem hovořit s klienty o jakémkoliv tématu. Pro lepší sexuální výchovu mentálně postižených by podle vychovatelek bylo potřeba více vzdělávat vychovatele a rodiče, také by uvítaly nějaké názorné pomůcky či film.

Obě paní považují mentálně postižené za více ohroženou skupinu, co se sexuálního zneužívání týče. A to proto, že mentálně postižení jsou více důvěřiví a často si ani nemusí uvědomit, že se jedná o zneužívání. Obě ženy se setkaly se sexuálním zneužíváním svých klientů a to ze strany rodičů.

Obě dámy vítají možnost vzdělávacích kurzů, jedna z nich se jich i účastnila a druhá to plánuje v budoucnu.

Masturbaci u svých klientů, berou jako normální věc. Co se týče antikoncepce, její užívání vítají, protože řeší i problémy klientek spojené s menstruací. Ale určitě by ji nepodávaly povinně všem, jen těm, kteří mají stálého partnera.

Respondentky se shodly na tom, že znalosti a zkušenosti klientů jsou velmi individuální a jejich představy o partnerství spíše romantické.

6.2.3 Výzkum klientky

6.2.3.1 Klientka 1

Věk 24 let.

Klientka má základní znalosti v oblasti partnerství a sexuality, ví co je to mít rád, má představu o tom, jak přicházejí děti na svět. Neví však, co je to sex a ani antikoncepce. Co je velmi důležité, že ví, které části jejího těla jsou intimní. Informace a znalosti, které má získala z televize a od vychovatelů.

Klientka by chtěla mít přítele, považuje za důležité, aby byl hodný a pomáhal jí. Chtěla by s přítelem bydlet. V současné době přítele má, ale jejich komunikace probíhá jen formou dopisování.

Sexuální zkušenosti dívky zahrnují polibek a masturbaci, kterou bere zcela normálně a považuje za přirozenou věc.

V ústavu by uvítala více soukromí a také by chtěla mít více příležitostí k setkávání s druhým pohlavím.

Osvětu v oblasti sexuality od vychovatelů považuje za nedostatečnou a uvítala by, kdyby měla možnost popovídat si o těchto tématech ještě s někým jiným.

Klientka by chtěla mít dítě, myslí si, že by se o ně zvládla postarat.

Podle výpovědi respondentky nebyla nikdy sexuálně zneužívána.

6.2.3.2 Klientka 2

Věk 34 let.

Tato klientka má dobré znalosti v oblasti sexuality. Ví, co je to mít rád, jak přicházejí děti na svět, zná i více druhů antikoncepce. Ví také, které části jejího těla jsou intimní i co je to masturbace. Znalosti získala od kamarádů a z televize.

Respondentka má stálého partnera a nejdůležitějším požadavkem na něj je, aby nepil. Čas společně tráví v přírodě na procházkách a drží se za ruce.

Klientčiny sexuální zkušenosti jsou již trochu větší než u předchozích respondentů, s partnerem se líbali a hladili. Klientka občas masturbuje, ale myslí si, že je to špatné.

S podmínkami života v ústavu je spokojena. Využila by přítomnosti odborníka na sexualitu, ale vychovatelé se s ní o těchto věcech také baví, což jí i stačí.

Respondentka by chtěla mít dítě, ale ví, že by se o něj nezvládla sama postarat.

Podle výpovědi slečny, nebyla nikdy sexuálně zneužívána.

6.2.3.3 Klientka 3

Věk 35 let.

Klientka má základní znalosti v oblasti sexuality. Ví, že jedním z druhů antikoncepce je kondom, ale myslí si, že jej používá žena. Ví, které části jejího těla jsou intimní. Znalosti získala od vychovatelů.

Tato slečna by chtěla mít partnera, který by ji měl rád, byl by hodný a nepil alkohol. Čas s ním by chtěla trávit v přírodě, kde by si povídali.

Klientka jednou měla pohlavní styk, tento zážitek však považuje za negativní, nelíbilo se jí to. K sexu došlo u klientky velmi brzy, bylo jí 13 let, nepoužila tehdy žádnou antikoncepci. Bohužel jsem nezjistila bližší informace.

Klientka nemasturbuje, myslí si, že je to špatné. Myslím, že toto je ovlivněno negativním sexuálním zážitkem z dětství.

Respondentka by uvítala více soukromí v ústavu a také více společenských akcí, kde by se mohla setkávat s vrstevníky.

Vychovatelé si s klientkou o problémech povídají vždy když chce a nemyslí si, že by tu měl být ještě někdo další, komu by se mohla svěřovat.

Jako všichni ostatní respondenti i ona by chtěla mít dítě, myslí si, že ví jaká péče o ně je potřeba a také si myslí, že by se o ně zvládla postarat.

Klientka podle výpovědi pravděpodobně nebyla sexuálně zneužita, ale negativní zážitky v ní zanechala sexuální zkušenost z dětství. Svým způsobem se dá říci, že se jednalo o sexuální zneužití, protože to klientce bylo nepříjemné, ale na druhé straně zřejmě neřekla ne. Bohužel přesné informace nevím, jde o starší záležitost, takže ani vychovatelky neví o co se jedná.

6.2.3.4 Klientka 4

Věk 28 let.

Respondentka má velmi dobré znalosti v oblasti sexuality. Na všechny mé otázky dokázala rozumně odpovědět. Poznatky které má, získala od rodičů a přátel.

Klientka by chtěla mít partnera, který by nepil a byl by hodný. Čas s ním by chtěla trávit na procházkách.

Respondentčiny sexuální zkušenosti jsou líbání a masturbace, masturbaci považuje za normální věc.

S podmínkami svého života je slečna spokojena. O sexuálním životě si s ní povídají vychovatelé, což jí stačí, nemá zájem o odborníka, kterému by se mohla svěřit.

Slečna by chtěla mít dítě, ale ví, že nemůže. Zvládla by jej jen pohlídat.

Podle výpovědi respondentky u ní nedošlo k sexuálnímu zneužívání.

6.2.3.5 Dílčí shrnutí klientky

Dvě klientky mají velmi dobré znalosti v oblasti sexuality, všechny dívky znají intimní části svého těla, což považují za velmi důležité. Poznatky, které klientky mají získaly z televize od přátel a dvě z nich od vychovatelů.

Dvě z respondentek mají v současné době stálého partnera a zbylé dvě by si jej přály mít. Svého ideálního muže si slečny představují velmi podobně, chtěly by muže hodného, který nepije alkohol. Pro mě je toto velmi zajímavý poznatek, protože již při výzkumu, který jsou prováděla ve své bakalářské práci, jsem zjistila, že dívky s mentálním postižením si přejí za partnera mít muže, který nepije alkohol a je to pro ně velmi důležité. Spo-

lečný čas by chtěli všechny dívky s partnerem trávit procházkami v přírodě a maximálně se držet za ruce, žádná z dívek se nezmínila o sexu či líbání. Toto je pro většinu mentálně postižených lidí velmi specifické, v partnerském vztahu vůbec netouží po sexu a intimnostech, ale především po blízkosti druhého člověka. Jen jedna z dívek projevila přání s partnerem žít.

Všechny dívky se již s někým líbaly. Jedna z dívek se s chlapcem hladila a jedna měla velmi mladá sexuální styk, který jí byl nepříjemný. Všechny dívky, až na tu, která měla pohlavní styk, masturbují. Dvě z dívek berou masturbaci jako normální věc a druhé dvě si myslí, že je to špatné.

Dvě dívky jsou s životem v ústavu spokojené a dvě by uvítaly více soukromí a příležitostí pro seznamování s vrstevníky. S klientkami si o problematice vychovatelky povídají, ale dvě z nich by ocenily přítomnost odborníka, kterému by se mohli svěřit.

Všechny klientky by si přály mít dítě, dvě jsou si vědomy toho, že ho mít nemohou a druhé dvě si naopak myslí, že by se o něj zvládly bez problémů postarat.

Podle výpovědí klientek u nich nikdy nedošlo k sexuálnímu zneužívání, ikdyž u jedné si nejsem naprosto jistá.

7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

První poznatek, o kterém bych se chtěla zmínit, je, že situace ve výchově mentálně postižených v ústavní péči se velmi zlepšila, čemuž jsem opravdu ráda a doufám, že to tak půjde i dál.

Při plánování výzkumu jsem si vytyčila určité otázky, na které jsem hledala odpovědi. První z nich byla. Jaké mají mentálně postižení lidé znalosti o partnerství a sexualitě? V rodinné péči jsou děti svými rodiči více chráněny a opečovávány než v péči ústavní, znalosti dvou ze tří respondentů byla malé a u dívky dokonce velmi malé. Toto zjištění považuji jako jakýsi vykřičník pro rodiče, protože neznalost by mohla vést ke snadné zneužitelnosti jejich dětí. V ústavní péči měli hendikepovaní znalosti dobré, někteří více a jiní méně.

Další otázkou bylo, jakou roli hraje sexualita v životě mentálně postižených a jaké s ní mají zkušenosti? Sexualita je pro mentálně postižené lidi stejně důležitá jako pro lidi bez hendikepu. Ne každý člověk je stejný a tak také ne pro každého je sexualita stejně důležitou součástí života. Velmi důležitou roli zde hraje výchova. Pokud budeme dítěti sexualitu prezentovat jako přirozenou součást života a budeme se s ním o ní otevřeně bavit, pak se pro dítě stane nedílnou součástí života. Pokud však dítěti o sexualitě nic nepovíme, budeme mu vštěpovat, že masturbace, sex a vše s ním spojené je špatné, pak se tento člověk vyvine buď v člověka „frigidního“, kterému sex nic neříká, nebo se také může stát, že dospěje v člověka sexem posedlého, případně sexuálního devianta. V rodinách zkoumaných respondentů je sexualita brána jako přirozená část života, ale rodiče se svými dětmi o ní raději moc nemluví, aby v dětech neprobouzeli větší zájem o ni. Pro hendikepované v rodinách tedy sexualita není příliš důležitá a kromě masturbace nemají žádné sexuální zkušenosti. V ústavu sociální péče je situace výchovy podobná, ale jak již jsem zmínila, vychovatelé berou klienty jako dospělé lidi a tak je sexuální výchova otevřenější. I hendikepovaní vyrůstající v ústavní péči však nepovažují sexualitu za jednu z nejdůležitějších součástí svého života, spíše je pro důležité partnerství, chtějí mít někoho o koho se můžou opřít, stejně jako my všichni. Zkušenosti mentálně postižených lidí v ústavu jsou větší než u postižených v rodinné péči. Jedna z klientek měla pohlavní styk, ostatní se již s někým líbaly.

Jaké jsou potřeby a problémy mentálně postižených v této oblasti? Předpokládala jsem, že hendikepovaným vyrůstajícím v rodině bude chybět sociální kontakt s vrstevníky. Toto

se mi potvrdilo jen u jednoho respondenta, tento problém však pocítují dvě respondentky vyrůstající v ústavní péči. Dvěma z klientek ústavu také chybí soukromí.

Další mou otázkou bylo. Jaká je poskytována mentálně postiženým výchova a osvěta v této oblasti? Jak v ústavu, tak v rodinách poskytují osvětu hendikepovaným formou individuálních rozhovorů. Jeden z respondentů v rodinné péči navíc s matkou navštěvoval sexuologa a sexuální výchova je mu poskytována také ve speciální škole. Všechny matky i vychovatelky by uvítaly existenci vzdělávacích kurzů či seminářů pro ně. Tři ze sedmi hendikepovaných by využili možnosti promluvit si o tomto tématu s někým jiným než s rodiči, či vychovateli.

Mým cílem dále bylo zjistit, jaký mají rodiče a vychovatelé těchto lidí názor na partnerství a sexualitu u jejich dětí a mentálně postižených vůbec. Všichni respondenti uznávají právo na partnerství a sexualitu mentálně postižených lidí i jejich právo žít v partnerském vztahu. Rodiče si však nemyslí, že právě jejich děti by byly partnerského života schopny. Jinak se respondentky shodly, že je to záležitost individuální, někteří mentálně postižení lidé jsou života s partnerem schopni a jiní ne, jako my lidé nepostižení.

Poslední otázka, kterou jsem si položila bylo, zda mají rodiče a vychovatelé povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě svých dětí. Odpověď na ni je velmi potěšující. Jak rodiče, tak vychovatelé vědí o sexualitě svých svěřenců téměř vše a mají o ní i celkem reálné představy. Proč je to pro mne potěšující? Protože ve své bakalářské práci jsem při výzkumu zjistila pravý opak, jednalo se tehdy však o jiné respondenty a jak jsem již zmínila, situace v této problematice se velmi zlepšila. Je skvělé, že existují ústavy sociální péče a rodiny, ve kterých mají pečovatelé o svých svěřencích naprosto jasné informace a neporušují jejich práva. Problémem však stále zůstává rodinná výchova, kde jsou dospělí mentálně postižení bráni po sexuální stránce jako děti. Věřím, že i v této oblasti se brzy dočkáme změny, je potřeba především osvěta rodičů.

7.1 Srovnání znalostí, zkušeností a názorů mentálně postižených vyrůstajících v rodině a v ústavní péči

Svým výzkumem jsem si potvrdila mé domněnky i hypotézu. Mentálně postižení lidé vyrůstající v rodinné péči mají mnohem méně znalostí v oblasti sexuality, než postižení vyrůstající v ústavu sociální péče. Tato skutečnost je podle mého názoru způsobena přede-

vším celkovým postojem rodičů k nim. Rodiče své potomky velmi chrání a mají je stále za malé děti. O sexualitě si s dětmi sice povídají, ale jen když chtějí znát děti nějakou odpověď nebo udělají něco nepatřičného. V ústavech sociální péče hendikepovaní vyrůstají v péči vychovatelů, kteří v nich většinou nevidí děti ale dospělé lidi, takže se o otázkách sexuality baví otevřeněji. Dalším důvodem této skutečnosti je to, že mentálně postižení v rodinné péči nemají takové možnosti promluvit si se svými vrstevníky, s kamarády. Každý z nás jistě spoustu znalostí v oblasti partnerství a sexuality získal od svých přátel, s přáteli se mnohem méně stydíme o těchto věcech mluvit než s rodiči. V ústavech se mezi sebou hendikepovaní svěřují, mluví o těchto věcech, čímž si své znalosti předávají.

Co se týče zkušeností s partnerstvím a sexualitou, opět mají více zkušeností postižení lidé vyrůstající v ústavní péči. Rozdíly mezi nimi však nejsou velké. Všichni postižení mají zkušenost s masturbací, o které si dva respondenti z ústavu a jeden z rodiny myslí, že je špatná, ostatní ji berou jako normální věc. Ze všech sedmi respondentů ani jeden nežije sexuálním životem. Jedna z dívek v ústavní péči měla pohlavní styk, ještě když byla velmi malá a tuto zkušenost bere jako negativní. Dva respondenti v ústavní péči mají partnerský vztah, jedná se o platonickou lásku. Oproti tomu ani jeden hendikepovaný žijící v rodině nemá partnera ani partnerku. Až na jednoho chlapce by všichni respondenti chtěli mít partnera, přítele. Důvod rozdílů mezi postiženými je podle mě opět zcela zřejmý. Mentálně postižení lidé vyrůstající v ústavní péči mají více možností setkávat se s vrstevníky, často navštěvují různé kulturní a sportovní akce a také v ústavu mají možnost potkat někoho sobě blízkého. V rodinné péči děti většinu času tráví jen s rodinou. Samozřejmě, že s nimi rodiče také navštěvují různé kulturní akce a snaží se, aby se jejich děti mohly setkávat se sobě blízkými, ale popravdě rodič nemá tolik možností.

Co se týče spokojenosti mentálně postižených se svým soukromím, je to vyrovnané. Polovina respondentů spokojena je a polovina by soukromí uvítala více. Totéž lze říci o možnostech setkávání s vrstevníky.

Jeden z respondentů žijící v rodinné péči by uvítal, kdyby si o problematice mohl promluvit s někým jiným než s rodiči a dvě klientky též.

Jak hendikepovaní vyrůstající v rodině, tak ti vyrůstající v ústavu sociální péče by si přáli mít dítě. Zhruba polovina z nich si je vědoma toho, že by péči o dítě nezvládla a druhá půlka si myslí, že by to dokázali.

Velmi mě potěšilo zjištění, že žádný z respondentů nebyl podle jejich výpovědi sexuálně zneužíván. Samozřejmě vím, že to nemusí být pravda, protože mnohdy postižení lidé sexuální zneužívání ani nerozpoznají.

Představy mentálně postižených o partnerství a sexualitě jsou u jedinců vyrůstajících v rodině ještě více naivní a romantické, než u klientů ústavu. Dá se však říci, že obě skupiny touží po tom mít někoho vedle sebe, držet se za ruce a povídat si s ním. Žádný z nich netouží po sexu, alespoň zatím ne.

ZÁVĚR

Když jsem začínala pracovat na této práci a především na výzkumné části práce, předpokládala jsem, že jako při práci bakalářské zjistím spoustu alarmujících nedostatků v péči o mentálně postižené lidi. Ano i takové poznatky jsem získala, ale především jsem zjistila velký pokrok, kterým se naše společnost při péči o své nejzranitelnější členy, může pochlubit. Nejen, že přibyla spousta literatury na toto téma, existuje také více vzdělávacích kurzů v této oblasti výchovy a především se mění přístup ústavních zařízení k této součásti života jejich klientů.

Mým hlavním cílem bylo zjistit, jak probíhá sexuální výchova mentálně postižených lidí v rodině. Na tuto otázku podrobně odpovídám v závěrech výzkumné části. Co je však důležitý poznatek, hodný opakování, že matky mentálně postižených lidí je stále považují za děti a tímto směrem je i směřována jejich výchova. Bohužel nevím, jestli je situace stejná i ze strany otců, ale předpokládám, že ano. Otcové se výzkumu nechtěli účastnit, z čehož vyplývá, že matky jsou více kontaktními a výchovu dětí zabezpečují z větší části ony.

Cílů své práce jsem dosáhla. Zjistila jsem, jaké mají mentálně postižení žijící v rodině znalosti a zkušenosti se sexualitou, jaké mají představy o partnersví a sexuálním životě. Dále jsem také zodpověděla otázku jak se od sebe liší znalosti, zkušenosti, představy, přání a možnosti navazování partnerských vztahů mentálně postižených lidí vyrůstajících v rodině a v ústavní péči i jaké mají postoje a znalosti v sexuální oblasti právě rodiče mentálně postižených lidí.

Myslím, že je nutné se sexuálním životem postižených osob i nadále zabývat. Nabízí se však otázka, kdo by se měl touto problematikou zabývat? V každém případě se celý problém dostává do popředí zájmu speciální pedagogiky. Odtabuizování sexuálního života u mentálně postižených jedinců může být důležitým krokem k prevenci společensky a sociálně patologických jevů, čím konkrétně mám na mysli sexuální zneužívání takto postižených lidí, ke kterému bohužel v naší společnosti dochází. Právě snížená obranyschopnost a také snížená možnost sociální kontroly u takto postižených jedinců je jedním z důvodů, proč se stávají častými oběťmi tohoto jevu. Velkým ohrožením pro ně je právě jejich nevědomost a jejich velmi obtížná komunikace a problémy v hledání pomoci. Sexuální výchova od dětství u takto postiženého člověka může také pomoci při jeho integraci do normální společnosti. Co je tedy podle mě do budoucna nejdůležitější? Vychovávat a vzdělávat vychovate-

le a rodiče tak, aby věděli, jakým způsobem své znalosti a zkušenosti předat dětem. Doufám, že má práce bude příkladem pro další studenty nejen speciální ale i sociální pedagogiky a pro všechny, kteří jsou s mentálně postiženými lidmi v kontaktu a mohou pomoci vyřešit ještě nedořešené problémy a otázky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AUGUSTYN, J. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998.
- [2] EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, 1. vydání, Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-390-1
- [3] DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*, 1. vydání, Praha: Avicem, 1973, ISBN 08-051-73
- [4] GRIMOVÁ, B. *Právo a lidé s postižením*, (dostupné [on-line] na WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>).
- [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: Avicem, 1990, ISBN 80-201-0019-9.
- [7] LEWINGSTON, R. *Světové dějiny sexuality*, 1. vydání, Praha: Horizont, 1969
- [8] MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, SPN 0-72-23/1
- [9] *Ochrana zdravotně postižených před sexuální zneužitím: zdravotně výchovná publikace*, Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2002.
- [10] PERNEROVÁ, R. *Tabu v rodinné komunikaci: O čem se v rodinách nemluví, ač by to bylo užitečné*. 1. vydání, Praha: Portál 2000, ISBN 80-7178-363-3
- [11] RUBINŠTEJNOVÁ, S. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*, 3. vydání, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, SPN 06-40-17/3.
- [12] ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexu*, 1. vydání, Praha: Grada, 2003, ISBN: 80-247-0291-6
- [13] ŠIMONOVÁ, P. *Osobní život mentálně postižených (partnerství a sexualita)*, Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, 2007
- [14] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, Praha: Portál, 2006, ISBN: 80-7367-060-7

- [15] 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
- [16] TRUHLÁŘOVÁ, Z., VANICKÝ, J. (ed.) *Sexualita mentálně postižených – II.: Sborník materiálů z celostátní konference organizované o.s. Orfeus(et al.)*, Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2009, ISBN 978-80-903519-7-4
- [17] VANICKÝ, J.(ed.)*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.
- [18] 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 – mentálně postižení.

P II Otázky k rozhovoru – rodiče.

P III Otázky k rozhovoru – klienti.

P IV Otázky k rozhovoru – vychovatelé.

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU – MENTÁLNĚ POSTIŽENÍ

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, které části tvého těla jsou intimní ?
10. Víš, co je to masturbace (sebeukájení) ?
11. 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 klukama/holkama ?

12. Řekl ti někdo o možnostech vašeho sexuálního života a jeho problémech ?

13. Baví se s tebou rodiče o tomto tématu ?

14. Myslíš si, že by bylo dobré, kdybys měl/a někoho kromě rodičů, s kým by jsi o tomto tématu mohli mluvit a kdo by ti 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 – RODIČE

1. Myslíte si, že lidé s mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život ?
2. Myslíte si, že vaše děti 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 + usp, někdo jiný)
5. Setkali jste se někdy u svých dětí 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 dítětem mluvit ?
8. Poskytujete vašim dětem 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 dětí ?
12. Myslíte si, že by měl existovat nějaký vzdělávací kurz pro rodiče (vychovatele), kde by se problematika sexuality mentálně postižených lidí řešil/a ?
Měl/a by jste zájem se účastnit těchto kurzů ?
13. Jaký je váš postoj k masturbaci mentálně postižených lidí ? (škodlivá, zbytečně stimuluje jejich sexualitu, zlovyk, prospěšná, jeden z projevů normální sexuality, užitečný ventil sexuálního napětí)

14. Co by přispělo ke zlepšení podmínek dalšího sexuálního vývoje vašich dětí ?
15. Cítíte se připraven/a 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) ? Jak by jste tuto problematiku řešil/a?
17. Jakou si myslíte, že mají mentálně postižení představu o sexuálním životě a partnerství ? Jaké mají zkušenosti a znalosti ?
18. Jakým způsobem tráví vaše dítě volný čas? Jaké má možnosti setkávání se svými vrstevníky.

PŘÍLOHA P III: 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)
8. Kolik ti bylo let ?
9. Bylo to vícekrát ve tvém životě ?
10. Bylo to vždy se stejným partnerem nebo jich bylo více ?
11. Používal/a jsi antikoncepci ?
12. Hladíš se někdy sama na intimních místech ?

13. Co si myslíš o tom, když to někdo dělá ? Proč máš tento názor ?
14. Jaké si myslíš, že máš podmínky pro partnerství a sexuální život ?
15. Máš dostatek soukromí ?
16. Máš dostatek příležitostí k seznámení s kluky/holkami ?
17. Řekl vám někdo o možnostech vašeho sexuálního života a jeho problémech ?
18. Baví se s vámi vychovatelé o tomto tématu ?
19. 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 ?
20. Využil/a bys toho ?
21. Chtěl/a by jsi mít děťátko ?
22. Víš, co obnáší se dítě starat ?
23. Myslíš si, že by jsi to zvládl/a ?
24. Dotýkal se tě někdo na intimních místech, když jsi to nechtěl/a ?
25. Chtěl po tobě někdo, abys dělala intimní věci, které ti byly nepříjemné ?

PŘÍLOHA P IV: 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 ?
6. S jakým ?
7. Jak jste problém řešili ?
8. Jaké problémy jsou u mentálně postižených lidí v oblasti sexuality podle vašeho názoru nejčastější ?
9. O jakých tématech je pro vás obtížné s klientem mluvit ?
10. Poskytujete vašim klientům osvětu v této oblasti ?
11. Jakými způsoby, formami by podle vás měla být vedena osvěta v sexuální výchově a příprava na sexuální život mentálně postižených lidí ?
12. Jak to děláte vy ?
13. Co by jste zlepšil/a ?
14. Co je podle vás k lepší sexuální výchově mentálně postižených lidí potřeba ?
15. Myslíte si, že mentálně postižení lidé jsou vystaveni riziku sexuálního zneužívání více, stejně, nebo méně než ostatní populace ?
16. Vysvětlíte proč.
17. Máte nějakou osobní zkušenost se sexuálním zneužíváním, nebo obtěžováním vašich klientů ?
18. Myslíte si, že by měl existovat nějaký vzdělávací kurz pro rodiče (vychovatele), kde by se problematika sexuality mentálně postižených lidí řešila ?
19. Měl/a by jste zájem se účastnit těchto kurzů ?
20. 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)

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