Sexualita u osob s mentálním a kombinovaným postižením pohledem jejich opatrovníků

Bc. Anna Hostašová

Diplomová práce
2022

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Bc. Anna Hostašová**
Osobní číslo:	**H200053**
Studijní program:	**N0111A190013 Sociální pedagogika**
Forma studia:	**Prezenční**
Téma práce:	**Sexualita u osob s mentálním a kombinovaným postižením pohledem jejich opatrovníků**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sexuality, opatrovnictví, mentálního a kombinovaného postižení.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753263.
JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA, 2014. Opatrovnictví osob s duševní poruchou. Praha: Grada. ISBN 9788024747866.
MANDZÁKOVÁ, Stanislava, 2013. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál. ISBN 9788026205029.
VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024738291.
VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER, 2013. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál. ISBN 9788026203735.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **9. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **22. dubna 2022**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 9. prosince 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 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 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 práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 19.4.2022

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

(1) Vysoká škola nevýdělečně 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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). 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

Text přináší odpovědi na otázku, jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením. Práce se skládá z části teoretické a části praktické. První část se zabývá zodpovězením teoretických východisek tak, že nám definuje pojmy mentální a kombinované postižení, také nám uvádí klasifikaci obou druhů postižení, dále nám vysvětluje sexualitu u lidí s mentálním a kombinovaným postižením, zmiňuje sexuální násilí a zneužívání u těchto osob, a nakonec se dostává k systému opatrovnictví a specifikaci výkonu veřejného opatrovnictví. Pro zodpovězení otázky bylo využito kvantitativního výzkumu, který byl zrealizován dotazníkovým šetřením, a to nás dovedlo ke zjištění výsledných hodnot na základě přisuzované důležitosti jednotlivým výrokům respondenty. Zjistili jsme, že u opatrovníků převažují kladné postoje k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením. Naše zjištění lze využít například při zavádění práce se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením do zařízeních sociálních služeb.

Klíčová slova: sexualita, mentální postižení, kombinované postižení, opatrovník, Q-metodologie

ABSTRACT

The text provides answers to the question what is the attitude of guardians towards sexuality of persons with intellectual and combined disabilities. The work consists of a theoretical part and a practical part. The first part deals with answering the theoretical background by defining the terms mental and combined disabilities, it also gives us the classification of both types of disabilities, then explains sexuality in people with mental and combined disabilities, mentions sexual violence and abuse in these people, and finally it gets to the guardianship system and the specification of the exercise of public guardianship. Quantitative research was used to answer the question, which was implemented through a questionnaire survey, and this led us to determine the resulting values based on the importance attributed to each statement by the respondents. We found that positive attitudes towards sexuality of persons with intellectual and combined disabilities prevail among caregivers. Our findings can be used, for example, when introducing work on the sexuality of people with intellectual and combined disabilities into social service settings.

Keywords: sexuality, intellectual disability, combined disability, guardian, Q-methodology

Mé největší poděkování patří paní Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D. za její ochotu, trpělivost, vstřícné jednání, cenné rady a odborné vedení diplomové práce, dále bych také ráda poděkovala Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D. za cenné rady z oblasti metodologie. Zvláštní poděkování patří celé mojí rodině a příteli za velkou podporu po dobu psaní diplomové práce a především po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 MENTÁLNÍ A KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ **12**
1.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ 14
1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ 16
1.2.1 Lehká mentální retardace 17
1.2.2 Středně těžká mentální retardace 18
1.2.3 Těžká mentální retardace 19
1.2.4 Hluboká mentální retardace 19
1.2.5 Jiná mentální retardace 20
1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace 20
1.3 ETIOLOGIE KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ 21
1.4 KLASIFIKACE KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ 22
2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM **23**
2.1 VYMEZENÍ POJMU SEXUALITA 25
2.2 VÝZNAM SEXUALITY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM 26
2.3 SEXUÁLNÍ NÁSILÍ A ZNEUŽÍVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM 28
3 OPATROVNICTVÍ **35**
3.1 SYSTÉM OPATROVNICTVÍ 36
3.1.1 Dvojí soudní řízení 37
3.1.2 Navrhovatelé 39
3.1.3 Soudní znalci z oboru psychiatrie 40
3.1.4 Soudci v soudním řízení 40
3.1.5 Opatrovanci jako osoby s duševní poruchou 41
3.1.6 Opatrovníci 41
3.2 VEŘEJNÝ OPATROVNÍK 43
3.2.1 Legislativní rámec 44
3.2.2 Práva a povinnosti 44
II PRAKTICKÁ ČÁST **46**
4 METODOLOGIE VÝZKUMU **47**
4.1 CÍLE VÝZKUMU 47
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 48
4.3 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ 50
4.3.1 Q sample a tvorba Q typů 52
4.3.2 Q třídení 56

4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR 57
4.4.1 Základní soubor 57
4.4.2 Výběrový soubor 59
4.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT 60
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE 63
5.1 POSTOJ OPATROVNÍKŮ K SEXUALITĚ 66
5.2 KONZULTACE OTÁZEK SEXUALITY 69
5.3 PROSTŘEDÍ PRO SEXUALITU 71
5.4 VYUŽÍVANÉ MOŽNOSTI USPOKOJENÍ SEXUÁLNÍCH POTŘEB 73
6 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 76
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 78
ZÁVĚR 79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 81
SEZNAM OBRÁZKŮ 85
SEZNAM TABULEK 86
SEZNAM PŘÍLOH 87

ÚVOD

Sexualita je přirozenou součástí života každé lidské bytosti. Je považována za jednu z nejdůležitějších lidských potřeb, a proto by se člověk bez ní dokázal obejít jen velmi stěží. Každá osoba bez rozdílu má své sexuální a vztahové potřeby, ty vznikají na základě našich přirozených lidských pudů. Zde se právě odkrývá problematika, která souvisí s tím, jak běžná lidská populace hodnotí a vnímá sexualitu ve vztahu k osobám s mentálním či kombinovaným postižením. Problematika sexuality osob s mentálním postižením s sebou přináší mnohé mýty a předsudky. Jak uvádí Eisner (2013), je sexuální život i sexualita osob lidí s mentálním postižením ještě stále pro společnost tabu. Ačkoliv se sexualita v dnešní společnosti rozebírá mnohem více než kdy dříve, témata zmiňující sexualitu a partnerské vztahy osob s postižením, nejsou příliš akceptována.

Když si vezmeme sexualitu jako takovou, tak i ona sama o sobě není všemi vnímána stejně, jako celek, naopak každý člověk ji vnímá i hodnotí zcela individuálně. Někteří o sexualitě a všech jejich oblastech dokáží mluvit na veřejnosti mnohem otevřeněji než jiní. A každý člověk pociťuje její potřebnost v jiných mírách intenzity. Faktem však zůstává, že její potřebnost máme všichni.

Cílem diplomové práce bude zjistit, jak na sexualitu a práci s ní nahlížejí opatrovníci osob s mentálním a kombinovaným postižením, půjde o jejich hodnocení na škále důležitosti, tedy jinými slovy, budou přisuzovat důležitost jednotlivým výrokům realizovaného šetření. Hlavním cílem výzkumného šetření bude zjištění, jaký je postoj veřejných a soukromých opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část se bude zabývat tématy sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením, definicí osob s mentálním a kombinovaným postižením, a také tématem opatrovnictví, specificky rozsahem jejich práce ve vztahu ke svému opatrovanci s mentálním či kombinovaným postižením. Část praktická bude zaměřena na výzkum kvantitativní formou, kde bude designem výzkumu Q metoda a data budou sbírána technikou dotazníkového šetření.

Výsledky realizovaného výzkumu mohou sloužit poskytovatelům sociálních služeb, ale také sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách, kteří jsou zaměstnáni v nějakém zařízení sociálních služeb, aby získali další či úplně nové znalosti v oblasti práce se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením. Také samozřejmě mohou sloužit jako pomocné materiály do odborných publikací a vědeckých článků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ A KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“ (Adrian D. Ward)

Nejprve je na místě si správně teoreticky vymezit pojmosloví, které se vztahuje k aktuální kapitole. V odborné literatuře vztahující se k problematice se často setkává s tím, že jsou zde příliš nejasné definice základních termínů, což vyplývá z celkového charakteru pojmu mentální retardace či mentální postižení. Podíváme-li se na to, jak jsou ve společnosti chápány termíny z oblasti mentálního postižení, velmi často se setkáme s tím, že nejsou společností příliš přijímány, především proto, že zatím nejsou dostatečně chápány. Stále je zde velká část populace lidí, která na osobu s mentálním postižením nahlíží jako na osobu „divnou“, „zvláštní“ a mnohdy ji vnímá za osobu „směšnou“. Nyní si uvedeme názory především sociálních pedagogů, jak oni sami vnímají správnost v oslovování jedinců s mentálním postižením. Černá (2008, s. 76) vnímá za důležité používat označení „osoba s mentálním postižením“ místo „mentálně postižený“, také uvádí, že jedinec s mentálním postižením je na prvním místě především lidská bytost a až poté se hovoří o postižení. Štěrbová (2007, s. 19) se přiklání k tomu, aby oslovování jedince bylo co nejvíce etické a za příliš neetické považuje oslovení jedince jako mentálně postiženého či mentálně retardovaného. Proto uvádí oslovení „osoba s mentálním postižením“.

S dalším vysvětlením pojmu mentální postižení přichází Pipeková (2006, s. 54-55), která uvádí, že „mentální retardace je interdisciplinární termín vystihující medicínské, psychologické a sociální aspekty osob s mentálním postižením v jednotlivých životních obdobích“. Pipeková ve své publikaci sděluje, že termín mentální retardace představuje opožděnost rozumového vývoje a celý termín pochází z latinského mens, 2. p. mentis – mysl, rozum a retardace, jež je odvozeno z latinského retardatio, což představuje české slovo zdržet či zaostávat.

K termínu mentální postižení či mentální retardace se vztahuje velké množství definic, můžeme si zde uvést například vysvětlení Franioka (2008, s. 20), který definuje mentální postižení jako vývojovou poruchu psychických funkcí, jež postihuje naprosto všechny složky osobnosti. Patří sem tedy stránka duševní, tělesná i sociální. Největším poznávacím rysem mentálního postižení je úrovňové snížení rozumových schopností,

jehož projevy se nám promítají ve kvalitě myšlení, vnímání, pozornosti, řeči, paměti, vizuomotoriky, ale také v oblasti citové a volní.

Defektologický slovník (2000, s. 302) nám definuje termín mentální retardace jako skupinu jedinců u kterých je patrný nerovnoměrný či zpomalený duševní vývoj. Termín mentální retardace se používá především v americké odborné literatuře. U nás má termín více významů, kdy všechny zmíněné termíny nemusejí být zcela přesné, může jít například o termín oligofrenie, mentální deficience, mentální postižení či subnorma.

Výstižná definice mentální retardace pochází od Dolejšího (In Pipeková, 2006, s. 55) a říká nám, že „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatcích genetických vloh; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učením; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“.

Mluvíme-li o mentálním postižení, tak jej chápeme jako druh postižení, který je ve společnosti vnímán za nejvíce odlišný. Osobu s mentálním postižením dokážeme během chvíle oddělit od osoby patřící k běžné populaci lidí, rozhodujícím kritériem je jednoznačně inteligence, dále rozhodně způsob uvažování, vnímání a rozhodování. Valenta a Müller (2013, s. 16) vysvětlují pojem mentální postižení jako vývojovou duševní poruchu, která se stanovuje sníženou inteligencí člověka a vyznačuje se tak především snížením kognitivních, sociálních, pohybových a řečových schopností, přičemž příčina vzniká v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Každá osoba s mentálním postižením je svým způsobem ojedinělá. Nelze je tedy vnímat jako bytosti, které jsou naprosto stejné. I u těchto osob je mnoho rozdílů, které osoby s mentálním postižením dostatečně odlišují mezi sebou, jedná se především o rozdíly ve stupni mentálního postižení, jež je určován podle posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptačního chování.

Matoušek (2013, s. 393) chápe mentální postižení jako komplexní označení vrozeného deficitu inteligence. Přičemž inteligenci považuje za schopnost, která pro člověka představuje pomoc při uvědomování si důležitých vztahů mezi věcmi, a také jako schopnost, se kterou může člověk vztahy efektivně využít k řešení nově vznikajících

problémů. S vysvětlením pojmu mentální postižení chápeme, že se jedná o neschopnost dosáhnout jistého stupně inteligence, jež by byl v normě, tedy méně než 70 %, což bývá uváděno.

Při definování kombinovaného postižení rozumíme, že se jedná o kombinované vady, které obsahují velmi rozrůzněné množství nedostatků. Vady bývají také často označovány za vícečetné, případně sdružené. V různé míře pak vady zasahují do oblasti duševní, tělesné, a také společenské, přičemž se vše vzájemně prolíná a mísí (Monatová, 1994, s. 170).

V případě kombinovaných vad je rozhodujícím hlediskem primární postižení, které může být pohybové, duševní, smyslové apod., a k němu poté připadají pak další nedostatky, jedná se o další přidružené vady (Franiok, 2008, s. 43). Pokud tedy hovoříme o kombinovaných vadách, je nám již známo, že osoba s kombinovaným postižením je osobou, která je postižena současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení (Vítková, 2003, s. 157).

Další vymezení pojmu kombinované postižení přináší Sovák (In Franiok, s. 43), přičemž termín kombinovaná vada chápe v tom smyslu, že jde o takového jedince, který je postižen několika vadami najednou a s tím kritériem, že spolu vady nijak cíleně nesouvisejí. Kombinovanými vadami nenazýváme ty, které vznikly druhotně, tedy působením primárních vad, ale označujeme tak spojení více vad z různých oblastí.

1.1 Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentálního postižení je do jisté míry velmi komplikovaná a variabilní záležitost. Na jejím vzniku, jakožto specifickém stavu psychiky, se podílí velké množství nejrůznějších faktorů. Poznávacím znamením tohoto specifického psychického stavu je natolik snížená inteligence, že je vyžadována společenská podpora (Valenta a kol., 2018, s. 63).

Faktorů, jinak také příčin, které vedou k závažnému organickému nebo funkčnímu poškození mozku je tedy celá řada. Ovšem jsou také příčiny, které zde nespadají, a to může být například nepodnětné sociální prostředí, také různé dysfunkce rodiny (například emoční a vztahová deprivace). Jednoduché je určit příčiny vzniku mentálního postižení u těch syndromů, které byly způsobeny genetickými poruchami (chromozomální odchylky), patří sem nejznámější syndrom trizomie 21, jinak Downův syndrom. Také může jít o další genetické odchylky jako je Klinefelterův syndrom, Turnerův syndrom a

podobně. Stejně je tomu tak také u metabolických poruch, například u fenylketonurie a u intoxikací (například fetální alkoholový syndrom) nebo v případě následků traumat jako je hypoxie či asfyxie, ke kterým dochází při nedostatečném přísunu kyslíku během porodu. V těchto případech je však velmi obtížné příčinu přesně stanovit, buď protože to zatím nezvládneme anebo protože je příčin současně více, tady hovoříme o multifaktoriální etiologii (Machová, 1994, in Slowík, 2016, s. 121). Mimo jiné může snížení mentální úrovně také souviset s různými nemocemi, jako například encefalitida, nebo s případnými nutnými operačními zákroky (např. odstranění nádorů) nebo také souvisí s následky úrazů, například úraz hlavy. Velmi výrazné měřítko se objevuje v případě lidí s demencí, což je spojeno s degenerativním onemocněním mozku, a to hlavně u starších osob, mluvíme například o velmi časté Alzheimerově chorobě (Slowík, 2016, s. 121).

Faktory mentálního postižení jsou rozlišeny do mnoha kategorií, jedná se o **faktory endogenní** (vnitřní) a **exogenní** (vnější). **Endogenní faktory** jsou součástí systémů pohlavních buněk (spermie a vajíčka) a když dojde k jejich spojení, tak vzniká nový jedinec, hovoříme tedy o příčinách genetických. Postižení v tomto případě vzniká na základě poruchy ve struktuře či funkci genetického aparátu. Řadíme zde tedy postižení genové nebo chromozomální. Nejznámější chromozomovou aberací je už výše zmíněný Downův syndrom a ten vniká v okamžiku, kdy je nadbytečný 21. chromozom, a také velmi častou příčinou je vyšší věk matky (nad 35 let). **Exogenní faktory**, způsobující mentální postižení, působí již od početí, přes graviditu, porod, poporodní období, a také v raném dětství i v dospělosti. Tyto faktory mohou být, ale také nemusejí být příčinou poškození mozku (Franiok, 2008, s. 32-33). Exogenní příčiny rozlišujeme v závislosti na časovém hledisku na prenatální (působení od početí po narození), perinatální (období během porodu a krátký čas po něm) a postnatální (po narození do věku 2 let). Bližší rozdělení jednotlivých období uvádí Valenta a kol., 2018, s. 64-70), jedná se tedy o období:

Prenatální (období od početí po narození) – jinak také období působení tzv. hereditárních faktorů, do kterých řadíme předně geneticky podmíněné poruchy, a to metabolické (fenylketonurie apod.). Také však může jít o specifické genetické poruchy (Downův syndrom).

Perinatální (období těsně před, během a těsně po porodu) – období by se dalo charakterizovat, jako takové, kdy může být vývoj centrální nervové soustavy jedince

poškozen nějakou neobvyklou zátěží, ku příkladu může jít o mechanické poškození mozku a nedostatečné množství kyslíku, nebo také například nízká porodní váha.

Postnatální období (období, které nastane po porodu a pokračuje v průběhu života) – může být charakterizováno jako období, ve kterém je možný vliv více různých negativních faktorů zároveň. Řadíme zde například náhlé zevní události, jako jsou traumata, která zasahují CNS, také záněty mozku a konkrétní infekce, krvácení do mozku, také nádorová onemocnění, která způsobují mozkové léze, můžeme zde zahrnout i sociální faktory, například deprivace.

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Klasifikovat mentální postižení či mentální retardaci můžeme v mnoha formách. Franiok (2008, s. 36) klasifikaci mentální retardace rozlišuje **podle typu mentální retardace**. Ve své publikaci uvádí typy mentální retardace, jako:

Oligofrenie – mentální retardace je zde způsobena organickým poškozením mozku, a to v prenatálním, perinatálním a postnatálním období (Wyczesany, 2004, s. 35). Obecně se vnímá jako opoždění duševního vývoje na určité vrozené a dědičné platformě.

Demence – typ, který může vzniknout kdykoli po druhém roce věku (dříve označováno za sekundární intelektový defekt). Hovoříme o celkovém rozpadu či postupném úpadku nabytých intelektových schopností, jež mají možnost i nerovnoměrného rozpadu. Dnes známe mnoho druhů demence, například demence posttraumatická po těžkých úrazech hlavy, demence epileptické, demence při nádorových onemocnění mozku, stařecká demence a další (Franiok, 2008, s. 36).

Výchovná zanedbanost – zde jde o problematiku výchovy a vzdělávání jedinců ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Tento typ je nazýván v literárních zdrojích jako pseudooligofrenie a ve starší literatuře může být ještě uváděno označení sociální debilita. V tomto případě nemusí jít o mentální retardaci, která je způsobena poškozením centrálního nervového systému, ale příčina může vzniknout vlivem vnějších faktorů, což může být především nedostatečně podnětné prostředí, které dítě v tak brzkém věku obklopuje. Všechny projevy spočívají v dlouhodobé sociální a výchovné zanedbanosti, přičemž nedochází k potřebnému rozvoji psychických funkcí u dítěte (Franiok, 2008, s. 36).

Další existující způsob, jak můžeme mentální retardaci klasifikovat je klasifikace mentální retardace **podle stupně postižení**. Při klasifikaci pak vycházíme z několika zdrojů, ale za ten nejznámější a nejpoužívanější se považuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (jinak také MKN), která v České republice přišla v platnost roku 1993 (Švarcová, 2006, s. 33). Mezinárodní označení je ICD-10, v současné době je však ve světě nahrazena aktuální verzí ICD-11, jež vstoupila v platnost 1. ledna 2022 po schválení na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 a její platnost bude součástí pětiletého přechodného období. Aktuálně se v České republice pracuje na překladu MKN-11 a předpokládaný termín dokončení je zatím plánován na konec roku 2022 (ÚZIS, 2022). Stupeň mentální retardace určujeme podle toho, jak je posouzena struktura inteligence, a také jak je posouzena schopnost adaptačního chování. Někdy se také stupeň mentální retardace může určovat podle inteligenčního kvocientu (IQ), ale tento způsob je hodně obecný. Podle MKN-10 tedy třídíme mentální retardaci do šesti základních kategorií, jež si blíže charakterizujeme (Švarcová, 2006, s. 33):

1.2.1 Lehká mentální retardace

Jedná se o nejlehčí stupeň mentální retardace. Osoby dosahují v inteligenčních testech výsledků na škále 50-69 IQ. Dospělé osoby v této kategorii dosahují mentálního věku kolem 9-12 let. Dříve se tento stupeň označoval jako debilita. V rámci neuropsychického vývoje je na počátku téměř jisté, že jedinec bude opožděný a v jistých mezích omezen, i přesto nelze nikdy přesně postižení určit. Všechna omezení rozumového vývoje se začínají přesněji projevovat až v předškolním věku jedince a úplně nejjasněji po nástupu jedince do školy (Franiok, 2008, s. 38). V prvních letech povinné školní docházky začínají přicházet největší obtíže, je tomu tak při učení, kdy se u jedinců projevuje snížená kapacita, také v souvislosti s nácvikem běžných dovedností, dále zasahuje oblast myšlení, přičemž je velmi jednoduché, stereotypní a rigidní, nepřesné, také pozornost je krátkodobá, povrchnější a paměť je příliš mechanická. Velký problém nastává v oblasti řeči, která může být zasažena ve všech svých složkách, v oblasti porozumění i ve slovní zásobě a v gramatické stavbě, včetně výslovnosti. Další poruchy se objevují při pohybové koordinaci, jemná a hrubá motorika je opožděna, ale během dospívání je pravděpodobnost dosáhnutí normy. V emocionální oblasti se setkává s citovou nezralostí, nízkou sebekontrolou, přičemž emocionální oblast je závislá na temperamentu, ne všichni jedinci se jeví stejně, někteří mohou být plačtiví, jiní naopak zase sebevědomí. Vzdělávání jedinců probíhá ve speciálních školských zařízeních, to je základní škola

praktická nebo základní škola speciální. Celkový výskyt jedinců v populaci mentálně postižených umístěných v této kategorii je 2,5 % (Pipeková, 2006, s. 65).

1.2.2 Středně těžká mentální retardace

Kategorie středně těžké mentální retardace se vyznačuje omezením v neuropsychickém vývoji. U jedince již v batolecím období dochází k různým zpožděním, později začne sedět, chodit, pohybově je neobratný kvůli výrazné nekoordinovanosti svých pohybů. Osoby dosahují v inteligenčních testech výsledky na škále 35-49 IQ. Dospělé osoby v této kategorii dosahují přibližně kolem 6-9 let mentálního věku (Franiok, 2008, s. 39). Výrazně je u jedince opožděn raný psychomotorický vývoj, přičemž v šesti letech jedinec dosahuje schopností na úrovni tříletého dítěte. Zpomalen je vývoj jemné a hrubé motoriky, to se projevuje také celkovou neschopností jemných úkonů, včetně právě nekoordinovanosti pohybů. Jedinci mají problém v sebeobsluze, a tedy celkové samostatnosti v základních úkonech, proto je zde nutný částečný dohled a pomoc od jiné osoby po celý život. Další podstatné zpoždění přichází v oblasti rozvoje myšlení a řeči, přičemž tato potíž proniká až do stádia dospělosti. Myšlení je u jedinců stereotypní a nepřesné, paměť má velmi malou kapacitu a je mechanická. Co se týká řeči, ta je velmi jednoduchá, případně zůstává jen nonverbální, s tím, že jedinec zvládá porozumět jednoduchým slovům od okolí (Pipeková, 2006, s. 66). Po citové stránce jsou jedinci citově nevyrovnaní, často jejich chování a jednání doplněno afektivními projevy (Franiok, 2008, s. 39). Pro jedince se středně těžkou mentální retardací hrají významnou roli možné příležitosti, které jsou jim nabízeny, aby mohli rozvíjet svůj omezený potenciál, ale také získávat potřebné dovednosti a vědomosti. Podle Pipekové (2006, s. 66) se nabízí příležitosti v podobě speciálně vzdělávacích programů, například rehabilitační program pomocné školy. V období dospělosti jsou pak někteří z jedinců schopni zvládat jednoduchou manuální práci, k tomuto účelu se nabízejí služby chráněných dílen a chráněných pracovišť, kde je samozřejmě zajištěn potřebný dohled (Švarcová, 2006, s. 34). Celkový výskyt jedinců této kategorie v populaci mentálně postižených činí asi 12 % (Pipeková, 2006, s. 67).

1.2.3 Těžká mentální retardace

U jedinců v kategorii těžké mentální retardace dochází k celkovému omezení neuropsychického vývoje. Příčiny vzniku těžké mentální retardace jsou dvojího typu, tedy genetické a negenetické. V případě příčin negenetických, jde o poškození zárodečné buňky embrya, plodu a novorozence, kdy se často vyskytují malformace CNS (př. makrocefalie a mikrocefalie), nebo dojde k infekci (př. syfilis), která způsobí poruchu funkce a struktury činnosti mozku (Pipeková, 2006, s. 67). Výsledky inteligenčních testů u jedinců této kategorie spadají do škály v rozmezí 20-34 IQ. Mluvíme-li o tom, jakého mentálního věku dospělé osoby dosahují, nacházíme se někde na úrovni 3-6 let. V této kategorii jsou také velmi výrazná omezení v motorickém vývoji, která souvisejí s pohybovou neobratností (Franiok, 2008, s. 40). K velkému omezení dochází v oblasti psychických procesů, také v koncentraci paměti a komunikační dovednosti jsou zcela minimální, z čehož vyplývá, že úroveň řeči je příliš omezená, jedinci zvládnou použít jen pár slov, často používají převážně skřeky a komunikace je tedy často na nonverbální úrovni. Pro jedince jsou typické časté změny nálad, impulzivita. Problém představuje oblast sebeobsluhy, přičemž jsou jedinci, kteří si dokáží osvojit základní hygienické návyky i běžné denní činnosti formou dlouhodobého procvičování, naopak jiní nezvládnou udržet svoji tělesnou čistotu v normě ani v dospělosti, při obou případech jde samozřejmě o potřebu pomoci a péče jiné osoby, na které jsou jedinci závislí po celý svůj život. V populaci mentálně postižených představují jedinci této kategorie kolem 7 % své existence (Pipeková, 2006, s. 67).

1.2.4 Hluboká mentální retardace

Kategorii pro hlubokou mentální retardaci představují jedinci, u nichž je po celý život výrazně omezen jejich neuropsychický vývoj. Na výsledné škále při posuzování inteligenčních testů představují rozmezí v pásmu 0-19 IQ, přičemž je nutno zmínit, že se zde pracuje pouze s neverbálními testy. Mentální věk těchto osob s hlubokou mentální retardací se uvádí na úrovni věku pod 3 roky (Franiok, 2008, s. 41). Pro jedince spadající do kategorie hluboké mentální retardace je velmi náročné porozumět požadavkům okolí, protože jsou v této oblasti příliš omezeni. Komunikují pouze na úrovni rudimentární neverbální komunikace (neartikulované výkřiky, opakování jednotlivých slov), zvládají reagovat pouze na příliš jednoduché požadavky okolí. Mnoho jedinců má značný problém v pohybu, proto jsou velmi často spíše osoby imobilní. Co se týká sebeobsluhy, v této oblasti jsou omezeni v plné míře, jsou tedy téměř bez schopnosti o sebe pečovat,

osvojovat si jakékoli základní hygienické návyky či úkony běžných denních činností, jsou inkontinentní a určitě potřebují maximální pomoc a podporu od jiné osoby a stálý dohled. Pro jedince je běžné, že trpí neurologickými či jinými tělesnými nedostatky, které ve značné míře zasahují do hybnosti, dalším běžným pro osobu s hlubokou mentální retardací může být poškození sluchového či zrakového vnímání, dále onemocnění epilepsie nebo ještě u některých, převážně mobilních osob se může vyskytovat atypický autismus (Švarcová, 2006, s. 36). Všechny případné pokusy v oblasti výchovy a vzdělávání jsou velmi limitovány, využívají se převážně takové způsoby, které jedinci poskytnou návrat do vývojového stádia, které odpovídá jeho mentálnímu věku. V populaci mentálně postižených se vyskytuje tato kategorie v případě přibližně 1 % osob (Pipeková, 2006, s. 67).

1.2.5 Jiná mentální retardace

Kategorie jiná mentální retardace se používá pouze v případech, pokud je nesnadné či nemožné stanovit stupeň intelektové retardace dle obvyklých metod, a to pouze pro specifikovanou oblast přidruženého senzorického či somatického poškození například u osob nevidomých, neslyšících, u osob neverbálně komunikujících, také u osob s těžkými poruchami chování, dále osob těžce mentálně postižených či osob s autismem a podobně (MKN-10, WHO, 2006 in Slowík, 2016, s. 118). V mezinárodní klasifikaci podle ICDH-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů, MKN-10, WHO, 2006) je jiná mentální retardace rozlišena číselným označením F78.

1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Kategorie nespecifikovaná mentální retardace se využívá při diagnostice případů, při kterých je osvědčena mentální retardace, ale není zde takové množství informací, aby mohl být pacient zařazen do některé, z předchozích kategorií (MKN-10, WHO, 2006 in Slowík, 2016, s. 118). V tomto případě je snížená úroveň rozumových schopností, ale nijak to nesouvisí s organickým poškozením mozku, přičemž by se nemohla normálně rozvíjet psychika mentálně postižených osob. Naopak uvedený případ vzniká na základě jiných faktorů, a to sociálních, genetických i dalších. Proto tedy jedince s opožděným rozumovým vývojem, u kterých k opoždění vývoje došlo jiným způsobem než, že by byl poškozen mozek, nenazýváme osoby s mentálním postižením. Jinými způsoby, které vedou k opoždění rozumového vývoje, mohou být například smyslové vady, sociální

zanedbanost a například výchovné prostředí, které je nepodnětné. Nespecifikovaná mentální retardace se označuje číselným kódem F79 (Švarcová, 2006, s. 37).

1.3 Etiologie kombinovaného postižení

V případě kombinovaného postižení je nám již známo, že ačkoliv si všemi možnými způsoby definujeme a klasifikujeme jednotlivé druhy postižení zvlášť, tak v samotné praxi se stejně můžeme setkat s tím, že dojde na kombinaci dvou či více různých vad nebo poruch u jednoho jedince. Proto zde využíváme terminologii postižení více vadami, kombinované postižení nebo vícenásobné postižení (Ludíková, 2005, s. 9).

Obecně je velmi složité odhadnout příčinu vzniku kombinovaného postižení. Běžně se dle Vítkové (2006, s. 132) za příčinu uvádí příčina chromozomální, genetická, metabolická, traumatická či neurologická. Nejtěžší formy postižení vznikají v případě, kdy dojde k problému v prenatálním období, tedy v těhotenství, ještě dříve, než dojde k porodu jedince. Problémy se mohou objevit i v období perinatálním a postnatálním (Vančová, 2010, s. 5).

Slowík (2016, s. 149-150) za viníka těchto kombinací několika druhů postižení považuje genetické anomálie, které se často mohou projevovat systémem několika souborů s mnoha příznaky, zde se tedy jedná o syndromy jako je Turnerův syndrom, Pataův syndrom, Downův syndrom, Tourettův syndrom a další. Samozřejmě jak už bylo výše zmíněno, v mnoha situacích je velmi obtížné rozpoznat a stanovit primární onemocnění. Je tomu tak i především protože není opomenuta žádná kombinace nejrůznějších vad, přičemž jsou takové, které se vyskytují méně častěji či dokonce se téměř vůbec nevyskytují, než jiné jejichž výskyt je výrazně častý. Za velmi časté případy můžeme považovat kombinaci mentálního postižení se smyslovými nebo tělesnými vadami. U jedinců s mentálním postižením bylo vypozorováno, že vždy mají narušenou komunikační schopnost, která je způsobena vadami řeči symptomatického charakteru. Mezi nejčastější kombinace v praxi patří spojení mentálního postižení s tělesným postižením u jedinců s dětskou mozkovou obrnou (DMO), v tomto případě je možné uvést i další vady, které mohou tuto kombinaci také náležitě doplnit, jde o poruchy jako je dysartrie (porucha řeči), dále může jít o obdobné spojení v případě jedinců s poruchou autistického spektra. Jak již bylo zmíněno, mentální postižení lze v praxi zpozorovat také

v kombinaci se smyslovými vadami, k této kombinaci může docházet například u jedinců s Downovým syndromem (Janicki, Prasher, 2002 in Slowík, 2016, s. 150).

1.4 Klasifikace kombinovaného postižení

Zaměříme-li se na oblast klasifikace kombinovaného postižení, nabízejí se nám klasifikační řády různých autorů. Vítková (2003, s. 157) svoji klasifikaci specificky zaměřuje pro potřeby resortu školství, kde se žáci s více vadami rozlišují do **tří skupin**, tedy:

První skupinu představují ti jedinci, pro které je společné mentální postižení, což je velmi rozhodující ukazatel nejvyššího dosaženého stupně vzdělání a nejvyšší dosažené míry výchovy. Primární vadou je zde tedy mentální postižení.

Druhá skupina je reprezentována kombinací vad smyslových, tělesných a vad řeči. Zde spadají jedinci, kteří trpí hluchoslepotou.

O **třetí skupině** hovoříme jako o samostatné skupině, která se vyznačuje tím, že zde spadají jedinci s diagnózou autismu, a také s osobnostními autistickými rysy. V případě, že by se zde objevila kombinace s mentálním postižením, toto postižení bude vždy primární vadou.

Dalším způsobem klasifikace se zabývá Vančová (2001 in Jirásková, Harangová, 2015, s. 8), která uvádí **dvě skupiny kombinovaných vad**, jež vznikají z pohledu nutnosti opatřeních speciálně pedagogického rázu, a to:

Lehce vícenásobně postižení, jedná se o takové jedince, kteří získali vzdělání na základních nebo speciálních školách, a tak se u nich předpokládá, že nebudou zažívat výrazné obtíže při začleňování se do společnosti, a tak celkově při vedení běžného života.

Těžce vícenásobně postižení, jsou to ti jedinci, kteří si zvládají osvojit primární situace běžného života, a to za podpory správné speciálně pedagogické péče, tudíž je u nich předpoklad nutné pomoci od jiné osoby, a také tito jedinci nedokáží správně komunikovat, proto se u nich k možné komunikaci využívá AAK, tedy alternativní a augmentativní komunikace.

2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Sexualitu lze definovat více způsoby. Je jednou z důležitých součástí našeho bytí. „Všichni lidé bez rozdílu se rodí se sexuálními potřebami, i když individuálními, různě intenzivními a různým způsobem prožívanými. Neexistuje žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou“ (Kozierová in Velemínský a kol., 2008, s. 15).

Sexuální chování člověka má různé funkce, může jít o podporu vlastní sebeúcty, rozvoj dominance či subdominant, prosazování generových aspektů, rozvoj společenských a intimních vztahů, zdroj potěšení, uvolnění napětí, projev agrese, zdroj vzrušení, nebo nástroj materiálního zisku (Spilková in Weiss a kol., 2010, s. 103). Člověk je prostě sexuální bytost bez ohledu na to, jestli má zdravotní postižení či nikoliv.

Dlouhou dobu byla sexualita u osob s mentálním a kombinovaným postižením, včetně partnerských vztahů těchto osob, u lidské populace tabuizována, což znamená, že se o této problematice výrazně nemluvilo a nebyla rozebírána. S tím souvisí velké množství mýtů a nejrůznějších předsudků, které ovlivňují postoje celé společnosti k sexualitě těchto osob. Hlavní roli zde představují společenské normy, předávány ústním projevem, které pronikají do hodnotového systému skupin i jedinců a stávají se tak spouštěčem nedorozumění v manželských či partnerských vztazích. Mimo jiné k tomu přispívají výrazně i média a často pornografický průmysl. Výsledek toho všeho se pak promítá do života jedinců a způsobuje tak jejich vlastní porovnávání, což vrcholí v pocity nedostatečnosti ve svém vlastním sexuálním životě. Dalším předpokladem pro vznik nejrůznějších mýtů je jednoznačně i všeobecný tlak na mládí, výkon a krásu, čemuž jsme denně běžně vystaveni. Proto osoby s postižením, ale i jejich partneři, rodiče i pracovníci v sociálních službách narážejí na překážky, které jsou na mýtech vystaveny (Drábek, 2013, s. 60). Avšak přístupy a postoje k osobám s mentálním a kombinovaným postižením prošly výraznými změnami, které souvisí s celkovým chápáním vývoje sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením. Odkážeme-li se do minulosti, dříve byla pro osoby s mentálním postižením zřizována velká ústavní zařízení, kde bydlelo společně velké množství lidí v obrovských místnostech, které měly připomínat ložnice. Všichni lidé byli rozdělováni v závislosti na pohlaví, přičemž se využíval způsob odděleného života, a to se vztahovalo na bydlení i práci. Osobám s mentálním postižením tak chyběly životní zkušenosti z běžného života, kdy spolu žijí lidé obou pohlaví, a to

mělo výrazně negativní dopad na utváření jejich pohlavní identity. V podmínkách, ve kterých žili si jen velmi stěží mohli dokázat představit, jaké to je, když lidé mají soukromí a mohou mít plnohodnotný partnerský a sexuální život. Vinu za to, proč tomu takhle bylo dříve nesou i z velké části zaměstnanci těchto velkých ústavních zařízení, protože na osoby s mentálním postižením nebrali sebemenší ohledy, nezajímalo je, že by lidé s mentálním postižením mohli mít také nějaké sexuální potřeby, a tudíž by měli mít také skutečný nárok na své vlastní soukromí. Lidé s mentálním postižením u personálu nenacházeli výraznou podporu, byli odmítáni, opovrhováni, jejich potřeby v sexuální oblasti se nebraly nijak vážně. Snahou bylo, co nejvíce eliminovat sexuální potřeby u osob s mentálním postižením, a na tento způsob účinně zabírala medikace či ergoterapie, tedy najít pro osoby jakékoliv pracovní úkony (např. úklid ložnice, příprava jídla apod.). Dříve byly osoby s mentálním postižením vnímány jako zcela asexuální, bez veškerých potřeb v oblasti sexuality a partnerských vztahů. To vše se mohlo velmi negativně a závažně podepsat na jejich psychické stránce osobnosti. Velká většina z nich byla trvale citově deprimována a sexuálně frustrována, a tak tedy vycházely napovrch jejich sexuální potřeby a touhy v podobě pseudohomosexuálních a autoerotických praktik. Postupem času se s těmito postupy a přístupy k sexualitě lidí s mentálním postižením začalo více pracovat, což nyní přetrvává i v současném pojetí sexuality u osob s mentálním postižením. Pro člověka s mentálním postižením je velmi těžké navazovat kontakty v přirozeném prostředí a za normálních podmínek. Je tomu tak především proto, protože jeho možnosti setkávání se s jinými lidmi mohou být velmi omezené. Prvním důvodem může být, pokud například nenavštěvuje žádné zařízení pro osoby s mentálním postižením v podobě denních, týdenních, ročních stacionářů, chráněných bydlení, chráněných dílen a podobně, kde by měl možnost se střetávat s osobami na stejné mentální úrovni opačného či stejného pohlaví, a tudíž by pro něho bylo mnohem jednodušší se seznamovat a navazovat tak partnerské vztahy. Další důvod jednoznačně vychází z rodinného zázemí. V mnoha případech, pokud tomu okolnosti dovolí, je jeden z rodičů osoby s mentálním postižením zvolen soudem jako jeho opatrovník, a tedy odpovídá za osobu ve všech právních úkonech, přičemž za své „dítě“ rozhoduje, často v plné míře, nebo se dostatečně podílí na jeho rozhodnutích. Každý opatrovník může se sexualitou u osoby s mentálním postižením nakládat podle svého nejlepšího uvážení. Někteří hledají východisko v náboženství, jež vyzdvihuje ideál sexuální čistoty až do svazku manželského, ke kterému se jejich „dítě“ samozřejmě nikdy nedostane. Další možnosti spočívají ve spolupráci s psychiatrem, který na jejich přání utlumí účinnou

medikací sexuální funkce jejich „dítěte“ a tím se i výrazně utlumí většina sexuálních projevů, které vedou k sexuálnímu uspokojení. A také jsou zde ti rodiče, kteří respektují sexualitu svého „dítěte“ v takové míře, v jaké je to jen maximálně možné, nabídnou mu svoji podporu a vysvětlí mu všechny důležité okolnosti a limity, často jde především o takovou podporu, že mu poskytnou úplné soukromí a zajistí potřebné sexuální pomůcky, vedoucí k jeho sexuálnímu uspokojení (Valenta a kol., 2018, s. 172-174).

2.1 Vymezení pojmu sexualita

Samostatný pojem sexualita je odvozen od latinského slova sexus, secare, což v překladu znamená dělit, krájet a sexus je odloučený, rozdělený, tímto pojmem se v minulosti označovala především pohlavnost (Lištiak Mandzáková, 2013, s. 19).

Sexualita je jednoznačně součástí základních lidských potřeb člověka. Nezahrnuje pouze pohlavní styk, tedy fyzický sex osoby s jinou osobou, ale mnohé další součásti, hovoříme o potřebě intimního kontaktu s blízkou osobou, dále uspokojení, pocit radosti, sounáležitosti, opory, pocit potřebnosti pro jiné, prožitek silného citu, vášně, ale také sex a sexuální uspokojení, a také rodičovství a s tím i potřebu pokračování rodu (Venglářová a kol., 2013, s. 17-18).

„Pojem sexualita bývá nadřazen pojmu pohlavnost (tělesná stránka sexuality) a pojmu erotika a zabývá se pochody, v nichž stojí v popředí duševní stránka sexuálních jevů“ (Štěrbová, 2007, s. 25).

Burdová (In Štěrbová, 2007, s. 25) uvádí, „že sexualita je spjata se sexuálním zdravím jako souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti“ a tento soubor osobnost člověka obohacuje, také zlepšuje jeho vztahy k jiným lidem, a především rozvíjí u člověka schopnost lásky. Nutno dodat, že je naprosto stejně hodnotnou součástí života i u lidí s mentálním postižením. Sexualita je také jednou z nejintimnějších forem jedincova prožívání a důležitou potřebou k emočnímu naplnění při soužití s druhou osobou.

Hartl (2004, s. 240) ve své publikaci definuje sexualitu jako souhrn jistých projevů lidského chování a cítění, které vyplývají z psychických i tělesných rozdílů mezi pohlavími. Sexualita tedy přináší fyziologické uspokojení a po psychické stránce slast, což je spojeno se sbližováním a sexuální aktivitou.

Světová zdravotnická organizace lidskou sexualitu vysvětluje, jako součást vývoje člověka, jež je přirozená, je v každém životním období člověka a zahrnuje psychickou, fyzickou i sociální stranu věci (WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010, s. 17).

Sexualita je hlavním aspektem lidského bytí a zastřešuje v sobě pojmosloví, jako je sex, sexuální orientace, sexuální role a sexuální identita, intimita, potěšení, erotika a reprodukce. Přičemž může být vyjádřena, a také současně prožívána v myšlenkách, touhách, snech, v lidských postojích, hodnotách člověka anebo třeba ve vzájemných vztazích. Pojem sexualita v sobě zahrnuje všechny tyto zmíněné aspekty, ale to samozřejmě neznamená, že by všechny tyto aspekty musely být prožívány či jakkoliv vyjádřeny (WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010, s. 17).

Sexualitu vnímáme jako souhrn našich postojů, představ a vztahů k druhým lidem. Můžeme zde zahrnout všechny představy o sobě, o mužích a ženách, ale také naše sexuální chování, veškerá očekávání i úspěchy a neúspěchy, které se promítají do našeho sebevědomí (Štěrbová, 2007, s. 26). Je důležité rozlišovat mezi sexualitou, sexuální touhou a sexuálním chováním. Sexuální chování obsahuje verbální a neverbální vyjádření sexuality. Zmíněná vyjádření, včetně genitálních a negenitálních aktivit, se mohou objevovat jednak v aktivitě s jinými lidmi nebo také zcela samostatně. V sexuálním chováním jsou lidé zainteresováni přímo, ale také zahrnuje vzdělávání, výchovu a námluvy (Sharpe in Štěrbová, 2007, s. 26).

„Lidská sexualita, to je systém sestávající z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkujíce sexuální vzrušení nebo orgasmus, a které, ač nikoli nutně, jsou spjaty s reprodukcí“ (Vrhel in Weiss a kol., 2010, s. 669).

2.2 Význam sexuality pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením

V současné době již naštěstí dochází ke zvýšené informovanosti veřejnosti o této problematice, aby témata sexuality a partnerských vztahů nebyla nadále tabu, ale naopak se jimi začalo více a do hloubky zabývat, a také s nimi lépe pracovat a nijak je už dále nebagatelizovat nebo je různými způsoby obcházet. Také se objevuje snaha o zapojení do

společnosti a o zkvalitňování poskytované podpory a péče. Dříve byly přístupy populace na sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením směřovány k eliminaci těchto potřeb a dnes se postoje posouvají od způsobů eliminace k přístupům přijetí, kultivace a tolerance sexuality a partnerských vztahů. Osoby s mentálním a kombinovaným postižením často netouží mít zcela plnohodnotný pohlavní styk, ale často nezažijí ani jiné sexuální slasti, či obyčejný polibek nebo pohlazení od partnera a tyto nedostatky pak vedou k jejich psychické nepohodě, kterou si nějak potřebují ventilovat z těla ven, například mají špatnou náladu, jsou mrzutí, odmítají nabízené aktivity a podobně (Valenta a kol., 2018, s. 172-174).

Zabýváme-li se sexualitou jako takovou, je důležité znát její obecný přínos. V intimní oblasti autorka Baštecká (In Vodáčková a kol., 2007, s. 249) rozlišuje **tři základní funkce sexuality**:

Individuální funkce – pohlavnost člověku může přinášet rozkoš i v situaci, kdy je sám se sebou (v případě zdravotního postižení je jednou z mála radostí pro člověka, která mu může přinášet uvolnění).

Párová funkce – sexuální styk jako velmi důvěrný rozhovor jisté dvojice osob.

Druhová funkce – pohlavním stykem mají lidé děti.

Intimní kontakt s partnerem dodává osobě s mentálním a kombinovaným postižením pocit potřebnosti a sounáležitosti. Důležitá je i autoerotika, která může představovat jistý druh terapie, protože se při ní uvolňuje sexuální napětí, odstraňují se tak psychické bloky a člověk s postižením se tak může osobnostně rozvíjet. Pokud je osoba správně intimně uspokojena má to velmi pozitivní vliv na její psychický stav, může se pak správně intimně realizovat a tento psychický stav úzce souvisí se stavem fyzickým, který je jím také ovlivňován. Z pohledu psychického uspokojení pro nás hrají významnou roli sexuální sny, fantazie a vzpomínky (Pastor in Weiss a kol., 2010, s. 222-223).

Sexualita není spojena pouze s pohlavním stykem, zahrnuje v sobě také socializaci rolí souvisejících s pohlavím, sociální vztahy a nadcházející sociální aspirace, a také fyzický růst a tělesný vzhled (Štěrbová in Velemínský a kol., 2008, s. 15).

2.3 Sexuální násilí a zneužívání u lidí s mentálním a kombinovaným postižením

Velká problematika v oblasti sexuality, které je nutné čelit, je spojena s hrozbou sexuálního násilí, jinak zneužívání u osob s mentálním a kombinovaným postižením. K této hrozbě dochází zejména v závislosti s integrací osob s mentálním postižením do běžného života. Na základě toho je nutné mnohem více dbát na prevenci v oblasti ochrany před sexuálním násilím, jinak tedy také sexuální zneužívání (Venglářová a kol., 2013, s. 157).

Následně si představíme pohled jednotlivých autorů na problematiku **sexuálního zneužívání.** Zmíněné definice vycházejí ze sexuálního zneužívání dětí, ale i u dospělé osoby může jít o sexuální zneužití, v případě, kdy tato osoba byla zbavena svéprávnosti, může se tedy jednat o osobu s mentálním či kombinovaným postižením. Autorka Vágnerová (2004, s. 174) definuje sexuální zneužívání jako určitý projev, kdy dospělá osoba zneužije svoji moc nad slabším a závislým dítětem, a vybírá si k tomu takové aktivity, které nejsou chápány a podporovány a se kterými k cíli k vlastnímu sexuálnímu uspokojení. Novosad (In Lištiak Mandzáková, 2013, s. 79) chápe sexuálním zneužíváním velkou škálu nevhodných a nežádoucích způsobů určitých sexuálních aktivit, může jít o mazlení, líbání, ale také pohlavní styk, přičemž v případě 5 % skutečně dochází k pohlavnímu styku se svou obětí. Při sexuálním zneužívání dětí nebo osob zbavených svéprávností může být projevem násilí jakékoli chování nebo činnost, jež je závislé na sexuálním uspokojování prostřednictvím dítěte či osoby zbavené svéprávností (Pothe a kol. in Lištiak Mandzáková, 2013, s. 80).

Důležité je objasnit si základní pojmy, které souvisí s právem každého člověka na svobodu v oblasti projevů sexuality a s tím dále související právo na zachování jeho lidské důstojnosti v oblasti sexuality. V případě nerespektování těchto práv, přecházíme k trestněprávním následkům, které jsou vymezeny a zformovány v hlavě III. trestního zákoníku (zákon č. 40/2009 Sb., v platném znění). Dále si uvedeme **konkrétní trestné činy**:

Znásilnění (§ 185 trestního zákoníku) „je takový čin, kdy pachatel násilím či pohrůžkou násilí nebo jiné těžké újmy přinutí jinou osobu k pohlavnímu styku. Za znásilnění se považuje také zneužití bezbrannosti obětí, tj. jakýkoli sexuální styk pachatele s obětí,

která pro svůj psychický či fyzický stav nedokáže klást odpor, a to, i když jí tento stav nepřivodil pachatel“.

Sexuální nátlak (§ 186 trestního zákoníku) „je takové chování, kdy pachatel násilím nebo pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy přinutí jinou osobu k sebeukájení, obnažování či jinému srovnatelnému chování. Stejně jako u předchozího ustanovení je i zde trestné spáchání takového jednání vůči osobě bezbranné bez ohledu na to, zda pachatel oběti stav bezbrannosti přivodil, či nikoli. Pachatelem tohoto trestného činu se však stane i osoba, která jiného přiměje k pohlavnímu styku, k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo k jinému srovnatelnému chování zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu“.

Pohlavní zneužití (§ 187 trestního zákoníku) „spáchá ten, kdo vykoná soulož s dítětem mladším 15 let či takové dítě jiným způsobem pohlavně zneužije“. Osoby s mentálním či jiným zdravotním postižením se stávají oběťmi těchto sexuálních zločinů (deliktů) velmi často. Důvodem je zejména snížená schopnost či možnost se jakkoli ubránit před agresí, uniknout do bezpečí, a také dalším důvodem může být, že jsou tyto osoby s postižením sociálně izolovány, a tak je u nich snížena komunikační schopnost, a to vede především k tomu, že tyto osoby nejsou schopny se dovolat ochrany, nebo je to pro ně velmi náročné. Také je na místě zde objasnit dva podstatné termíny, a to, **viktimizace**, v naší souvislosti primární viktimizací chápeme přímý vliv trestného činu člověka, který se následně stává obětí, jež je nutné každý tento vliv posuzovat zcela individuálně, přičemž velmi záleží na celkovém vnímání oběti, situaci i jejím psychickém rozpoložení. Poté přichází sekundární viktimizace, která je způsobena reakcí blízkých osob, také vyšetřováním a soudním líčením. Poslední přichází terciární viktimizace, tady se jedná o následné pocity oběti, po uplynutí delší doby od trestného činu. Druhým pojmem je **vysoká latence**, kterou můžeme chápat jako ostýchavost osob, které byly nebo jsou sexuálně obtěžovány o této skutečnosti hovořit. U těchto osob dochází ke zkresleným představám toho, že incidentu nějak ony samotné napomohly, či se ve svých myšlenkách stávají pachateli nebo i viníky události (Venglářová a kol., 2013, s. 152-155).

Štěrbová (2007, s. 82-83) doplňuje další formy sexuálního násilí, jako například:

Exhibicionismus – jedná se o bezkontaktní formu při níž dospělý ukazuje své genitálie okolí

Obtěžování – jedná se o dotykovou formu při níž je oběť sexuálně obtěžována (př. líbáním, osaháváním apod.)

Sexuální útok – také dotyková forma, agresor použije svoji sílu proti oběti, ta se brání
Incest – sexuální obtěžování ke kterému dochází mezi členy rodiny
Pedofilní obtěžování – jedná se o kontaktní formu, kdy pachatel sexuálně obtěžuje dítě
A také **mnohé další formy** jako například – skupinové zneužívání, sexuální turistika, sexuální útok s následkem smrti apod.

Pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením je situace, kdy může docházet k nějakému sexuálnímu násilí (zneužívání) velmi složitá na rozlišení a bez dostatečné podpory či vědomí, jak tyto situace řešit, osoby nedokáží situacím čelit, nedokáží rozpoznat míru hrozícího nebezpečí, a tedy také přijít na způsoby, jak se v těchto situacích správně bránit. S tím je spojena i velká bezmoc, kdy osoby situaci sexuálního násilí nerozeznají, netuší, jak při ní mohou správně reagovat a jak tyto situace vlastně probíhají. Nevědí, na koho se mohou v těchto situacích obrátit, kdo jim může pomoci. Mají představu, že nemají právo odmítnout takový způsob zacházení, při kterém dochází k sexuálnímu násilí, a tudíž jsou nuceni se mu podvolit, ze strachu a obav. Zažívají pocit, že potřebují být přijati člověkem, který je zneužívá, protože jsou na něm skutečně závislí. Velmi často se dostávají do momentů, kdy mají velký strach o svých prožitcích mluvit, jsou tak traumatizováni a poškozeni, že nedokáží být zcela otevřeni, a také mají obavy z toho, že je druzí nebudou brát příliš vážně a že jim neuvěří (Valenta a kol., 2018, s. 186).

Nyní se budeme zabývat důvody či rizikovými faktory sexuálního zneužívání u osob s mentálním a kombinovaným postižením, varovnými signály sexuálního zneužívání na straně pachatele i na straně oběti, pachateli sexuálního zneužívání u osob s mentálním postižením a prevencí sexuálního násilí (zneužívání) u osob s mentálním postižením.
Problematika sexuálního zneužívání se týká celé populace lidí, především však dětí a osob nějak zdravotně znevýhodněných. Zde také řadíme osoby s mentálním a kombinovaným postižením, u kterých se tato nebezpečná rizika samozřejmě zvyšují. Je tomu tak především kvůli tomu, že tyto osoby mohou mít chabý sociální úsudek, je pro ně velmi obtížné předvídat následky svého jednání a chování, velmi lehce se s těmito osobami manipuluje, jsou velmi důvěřiví, a také jsou vnímáni jako osoby, které tento incident pravděpodobně nebudou schopné ohlásit, jelikož nedokážou podat přesvědčivou výpověď, také mohou mít strach, že jim nikdo neuvěří, nebo neví na koho se mohou obrátit s žádostí o pomoc (Sobsey in Štěrbová, 1994). Další problém může nastat při jejich

snížené komunikační schopnosti, snížené schopnosti porozumění okolí, a také při jejich horší orientaci v méně známém prostředí. Poté se stává také velmi obtížným úkolem nalézt pro tyto osoby vhodného kvalifikovaného terapeuta, který by se zvládl orientovat jednak v oblasti mentálního postižení a sexuality, ale také v oblasti sexuálního zneužívání. Také se velmi často zpochybňuje přínos psychoterapie pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením stejně jako to, že se u těchto osob bagatelizuje dopad sexuálního násilí na jejich prožívání (Valenta a kol., 2018, s. 186).

Pokud chceme hovořit o **signálech sexuálního zneužívání** u osob s mentálním a kombinovaným postižením, musí nám zůstat na paměti, že je jejich vyhledávání velmi obtížné. Především už jen proto, protože se tyto signály u osob s mentálním a kombinovaným postižením velmi různí od signálů běžné jinak tedy zdravé populace osob, v závislosti na jejich specifickém způsobu chování, jednání a komunikace. Z pohledu pečujících osob se rozhodně nedoporučuje, aby přebírali role vyšetřovatelů a pídili se po nějakém jasném objasnění situace. Naopak by vůči osobám s mentálním a kombinovaným postižením, svým klientům, měli být vnímaví a primárně zajistit především jejich ochranu, aby už k žádnému dalšímu pokračování sexuálního zneužívání nedocházelo. Další kroky poté přenecháváme policii (Venglářová a kol., 2013, s. 157-158).

Mezi všeobecné **rizikové faktory** ze strany pachatele zahrnuje Mellan (In Lištiak Mandzáková, 2013, s. 81) mentální postižení oběti, vysokou pudovou výbavu, frustraci z abstinence, sexuální nabuzenost z přecházející interakce, pocit převahy nad závislou a bezmocnou obětí, vliv alkoholu či drog. Na straně oběti poté vyzdvihuje rizikové faktory jako podcenění nebezpečí (například pokud je osoba v noci osamocená), neúmyslná provokace vyzývavým chováním nebo oblečením osoby, nedostatek zkušeností (oběť je překvapená, není v obraze, co se děje), oběť očekává, že jí slovo NE bude při střetu s pachatelem stačit jako obrana, dále bezmoc při postižení, v opilosti, nebo příbuzenská či služební závislost.

Pachatelem sexuálního násilí může být osoba ve dvou rovinách. Může jít o osobu, která je pro oběť zcela neznámá, zneužije bezbrannosti člověka s postižením, a to buď náhodně, nebo si tuto oběť cíleně vyhlédne. Anebo může jít o osobu, která je pro člověka s postižením známá (rodinný příslušník, pečovatel apod.). Kromě těchto dvou již výše uvedených rovin rozlišujeme také další dva typy pachatel, jednak může jít o **osobu „zdravou“ v roli pachatele** anebo také může být pachatelem sexuálního násilí **osoba s postižením**. Člověkem s postižením v roli pachatele může být klient v blízkosti oběti,

to je nejčastější situace. Autoři Lindsay a Lees (In Lištiak Mandzáková, 2013, s. 83) uvádějí, že potenciálními rizikovými faktory, proč se osoba s postižením stává pachatelem může být i to, že již má osobní zkušenost se sexuálním zneužíváním z pozice oběti, nízká anxieta či impulzivnost. V těchto situacích autoři Eisner a Venglářová (2013, s. 160-161) uvádějí **tři okruhy příčin vzniku incidentu**:

1. **Osoba s mentálním postižením nemá dostatečné dovednosti k uspokojení svých sexuálních potřeb vhodným způsobem**. Nerozumí situaci a nerespektuje přání druhých osob. Neví, jak se má postavit k odmítnutí ze strany oběti.
2. **V převaze jsou biologické aspekty sexuality**, což znamená, že osoba s mentálním postižením nezvládá ovládat své potřeby, neumí je nijak odsunout, potlačit, projevit nějaké zábrany, či se rozhodnout pro vhodný způsob, jak tyto potřeby uspokojit.
3. Existují také případy, v malém měřítku, kdy **je osoba s mentálním postižením deviantní a tato sexuální aktivita jej může do jisté míry přitahovat**. Případně jej může přitahovat objekt zájmu, a to samozřejmě mimo rámec normálního sexuálního chování a jednání.

Druhý typ představuje pachatel, kterým je „zdravý“ člověk. Pojem zdravý člověk chápeme jako osobu, která je mentálně i právně plně odpovědná za své činy. Pachatel v tomto případě vnímá člověka s postižením, jako snadnější oběť, která je lehce zmanipulovatelná tedy dostatečně ovlivnitelná, pro policii a ostatní je méně věrohodná při svých výpovědích v roli svědka, další výhodou může být také, že tato osoba je ideální pro jedince (pachatele), který má příliš nízké sebevědomí, kvůli jeho potřebě nad partnerem dominovat. Avšak obecně se v praxi s těmito případy sexuálního zneužívání od osob zdravých na osobách s mentálním postižením příliš nesetkáváme. Incidenty, jež jsou nejhůře řešitelné v této oblasti se týkají převážně ze strany pečovatelů osoby s mentálním postižením či jeho rodinných příslušníků. Velmi výjimečné jsou incidenty, kdy by sexuální násilí prováděla osoba pro oběť neznámá, k těmto incidentům sexuálního zneužívání dochází například při pohybu ve městě nebo v dopravě (Venglářová a kol., 2013, s. 160-162). Podle Kováře (In Lištiak Mandzáková, 2013, s. 82) můžeme usuzovat, že převážná část případů sexuální agrese a sexuálního znásilnění na osobách se zdravotním postižením se uskutečňuje uvnitř rodiny, tedy pachateli jsou rodinní příslušníci oběti. Osoba s postižením má se svou rodinou velmi hluboké citové vazby, dále je na své rodině ekonomicky závislá i jinak závislá, a to jí brání v tom, aby tento

incident ohlásila nebo se pokusila nalézt pomoc od jiných osob, její důvěra se vůči okolí může tak snadno vytratit, má strach, že by zůstala osamocená. Sobsey (In Lištiak Mandzáková, 2013, s. 82) provedl výzkum, ve kterém došlo k zjištění, že 97-99 % pachatelů jsou pro oběť osoby důvěryhodné a tyto osoby poškozený dobře zná.

Poslední částí, kterou se budeme zabývat v problematice sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením bude část věnovaná **prevenci** tohoto **sexuálního zneužívání**. Valenta a kol. (2018, s. 188-189) ve své publikaci uvádějí jistá doporučení pro omezení výskytu sexuálního zneužívání. V případě sexuálního zneužívání u osob s mentálním postižením by první krok měl představovat rozpoznání velikosti a také závažnosti problému, uvědomit si tak veškerá rizika zneužitelnosti u osob s mentálním postižením, ale také přijmout fakt, že k tomuto zneužívání skutečně dochází. Dále je na místě dostatečná informovanost, pro veškeré okolí, takže nejen pro osoby s mentálním postižením, ale také pro odborníky a celou širokou veřejnost lidí. Tady hraje velmi podstatnou roli vzájemná spolupráce odborníků nad touto problematikou. Odborníky míníme sociální pracovníky, pedagogy, pracovníky v dalších profesích, kde je nutné se touto problematikou důkladněji zabývat, a tito pracovníci se dostávají do kontaktu s osobami s mentálním postižením. Další krok představující správné řešení situace je hlášení veškerých případů sexuálního zneužívání. Pro osoby s mentálním postižením je velmi významná podpora v oblasti sexuality, potřebují mít kolem sebe ty osoby, které jim vysvětlí, jak mohou správně se svým tělem zacházet a jak si neublíží, také je podpoří v tom, že mají právo říci NE na cokoliv, co by jim nebylo příjemné, že mohou odmítnout veškerou nechtěnou manipulaci se svým tělem, také jim dají povědomí o tom, že na jejich těle existují jistá intimní místa, kterých se například může dotýkat jen lékař. V této oblasti je pro ně velmi podstatná edukace o správném sexuálním chování a jednání, nácviky vhodné komunikace, sociálních dovedností a celkového povědomí o této oblasti. Osoba by také měla být seznámena o tom, jak sexuální zneužívání může rozpoznat a být informována o tom, komu tuto skutečnost může sdělit, a tedy na koho se bude moci obrátit v případě, že se stane obětí sexuálního násilí.

Velemínský a kol. (2008, s. 35-36) nám přinášejí **přehled preventivních opatření**, které by mohly pomoci při snížení sexuálního násilí u osob s postižením. Uvedeme si z každé oblasti pár příkladů:

Opatření na úrovni rodičů – vést dítě k tomu, že může říci NE, poskytovat svému dítěti dostatečné informace o lidské sexualitě, vést své dítě k samostatnému rozhodování, v rodině vytvářet příjemnou atmosféru důvěry, dát svému dítěti najevo, že má ve své rodině vždy maximální podporu a lásku.
Opatření na úrovni pracovníků a organizací poskytujících podporu – důkladný výběr pracovníků a jejich kontrola, zavádění jasných pravidel při řešení krizových situací, systematická kontrola kvality poskytované péče a podpory, aktivně sledovat co se mezi lidmi s mentálním postižením odehrává, sledovat fyzický a psychický stav svých klientů.
Opatření na úrovni státu – kvalitně budovat systém kontroly a podpory služeb, zajišťovat lidské a materiální zdroje pro kvalifikovanou práci, prosazovat podporu osob s mentálním postižením v oblasti sexuality, také zvětšovat povědomí celé veřejnosti o potřebách osob s mentálním postižením.

Strategii prevence vymezují Eisner, Venglářová a kol. (2013, s. 168-169). **Primární prevence** má snižovat možnost vzniku sexuálního zneužívání u osob s mentálním postižením a zahrnuje: výchovu ke zdravému sebevědomí a zdravému životnímu stylu, dále přinášení vhodných informací o sexualitě a zajištění dostatečného soukromí pro realizaci sexuálních aktivit (u jednotlivce i u páru). **Sekundární prevence** v podstatě znamená působení na ty situace, které jsou přítomné, nebo také může jít o působení na rizikové faktory či osoby. Osoby s mentálním postižením jsou lidé se sníženou schopností sebekontroly, a tak jsou současně i potenciálně rizikoví pro vznik sexuálního násilí. **Terciární prevence** představuje reakci na situaci, při níž došlo ke zneužívání. Označujeme tak práci s pachatelem, obětí i veškerými svědky incidentů. Cílem terciární prevence je snížit negativní vliv násilí, a také je zaměřená na prevenci rozvoje posttraumatické poruchy.

3 OPATROVNICTVÍ

Fenoménem opatrovnictví chápeme jednání za druhého se souhlasem společnosti. Opatrovnictví tedy můžeme definovat jako společenskou instituci, jejíž působení spočívá v ochraně, konkrétně v podpoře osob, které byly touto společností označeny za nezpůsobilé v oblasti rozhodování a jednání ve svých záležitostech. V systémovém hledisku instituce opatrovnictví dochází k úzkému propojení zdravotních a sociálních aspektů. Ovšem u nás v České republice jsou tyto systémy sociální a zdravotní péče odděleny, ačkoliv mezi nimi existuje nějaké propojení a návaznost (Juríčková, 2012 in Ivanová a kol., 2014).

Opatrovnictví vychází z přesvědčení, že dospělé osoby (tady hovoříme v našem kontextu o osobách s mentálním a kombinovaným postižením), které jsou nezpůsobilé k právnímu jednání, potřebují v případě tohoto rozhodování pomoc od jiných fyzických či právnických osob, které jsou samozřejmě k ochraně osob na základě právního usnesení zcela vhodné (Juríčková, Ivanová, Kliment, 2011 in Ivanová a kol., 2014). Jak už bylo zmíněno výše, jde o osoby, které označila společnost (rozhodnutí soudu) za nezpůsobilé, a proto jsou tak omezeny v rozhodování o svých záležitostech.

Instituce opatrovnictví samozřejmě nevzniká pouze v případě osob s mentálním a kombinovaným postižením. Vymezení opatrovnictví nejen u osob s mentálním postižením nalezneme v novém občanském zákoníku v Obecné části, a to konkrétně v Hlavě II: Osoby (§ 61-65) a v Hlavě III: Zastoupení (§ 436-440 a § 457-485). Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv (2018) uvádějí, že základní cíl opatrovnictví spočívá především v ochraně zájmů a v naplňování práv opatrovance (pojem opatrovanec bude vysvětlen níže). V novém pojetí opatrovnictví se dozvídáme základní premisy, které nás informují o tom, že opatrovnictví je umožněno pro osobu, která byla omezena ve svéprávnosti, v případě, pokud je to potřeba k ochraně jejího zájmu nebo pokud to vyžaduje veřejný zájem. Je nutné taky rozlišovat dvě situace, přičemž ta první vykresluje případ, kdy je opatrovník ustanoven osobě, u níž neproběhlo řízení o svéprávnosti, o kterém se možná ani neuvažuje, nebo druhá situace, která naopak interpretuje to, že řízení o svéprávnosti proběhlo a osoba je ve svéprávnosti omezena. Opatrovník je vždy ustanoven osobě, které její nepříznivý zdravotní stav způsobuje obtíže v oblasti správy jejího jmění nebo při hájení lidských práv. Vždy by měl opatrovník jednat společně se

svým opatrovancem, to znamená, že by ho nijak neměl obcházet, se vším podstatným by ho měl seznámit, a také by určitě neměl rozhodovat za opatrovancovými zády. Pokud by však opatrovník jednal samostatně, vždy to musí být s opatrovancovou vůlí (§ 469 odst. 2, NOZ).

Základní podmínka opatrovnictví spočívá v tom, že každá osoba, která byla rozsudkem soudu omezena ve svéprávnosti, musí mít v okamžiku tohoto rozhodnutí soudu rovněž zajištěného opatrovníka v oblasti ochrany svých zájmů a v naplňování svých práv. Podle § 61 NOZ soud již v momentě, kdy rozhodne o omezení svéprávnosti osoby má současně povinnost ustanovit osobě, jež se soudní řízení týká, opatrovníka, aby se tak vyhnul dřívějšímu příliš zdlouhavému procesu hledání vhodného opatrovníka. Soud je vždy povinen při stanovení opatrovníka dbát na vyjádření budoucího opatrovance, tedy osoby, jehož svéprávnost je nebo bude omezena. Klíčová je znalost opatrovancova stanoviska a k tomuto stanovisku také při rozhodování přihlédnout. Rozhodování soudu musí probíhat vždy za podmínky osobního setkání s opatrovancem, pokud tomu samozřejmě nebrání žádná nepřekonatelná překážka podle § 471 odst. 1 NOZ. Za nepřekonatelnou překážku se může považovat například hluboká mentální retardace opatrovance, přičemž by opatrovanec nedokázal ani za použití alternativní a augmentativní komunikace vyjádřit svá přání a potřeby. Podle § 62 NOZ musí soud dbát především na tu skutečnost, aby výběrem opatrovníka nevytvořil nedůvěru opatrovance vůči opatrovníkovi, vychází tak proto z opatrovancových přání, ale také z výpovědí blízkých osob, které sledují jeho prospěch (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

3.1 Systém opatrovnictví

Do systému opatrovnictví v České republice vstupují různí aktéři, mezi ty nejvíce klíčové zahrnujeme osoby, které často trpí duševní poruchou, a tedy bývají obvykle omezováni ve způsobilosti k právním úkonům, anebo ti, kteří jsou způsobilosti k právním úkonům zbaveni úplně, těmto osobám bývá soudem stanoven opatrovník. **Aktéry, kteří vstupují do systému opatrovnictví** v České republice nám uvádí Juríčková, Ivanová a Kliment (2011 in Ivanová a kol., 2014) a jsou to tedy:

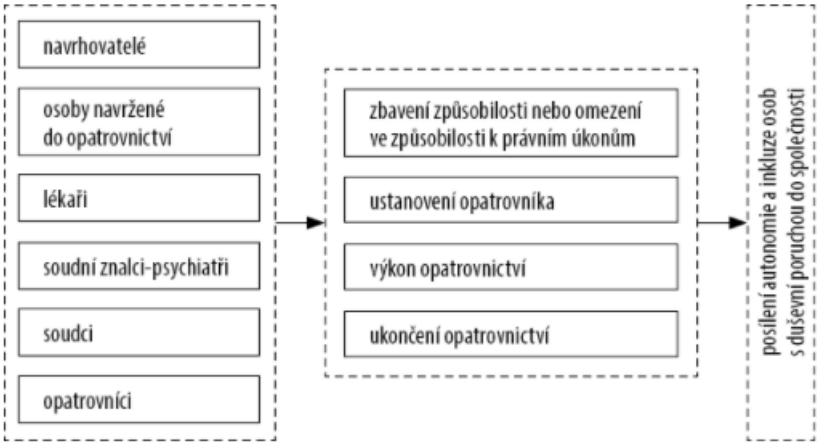
Navrhovatelé, jedná se o fyzické či právnické osoby, jež podaly návrh nebo podnět, který by vedl ke zbavení způsobilosti k právním úkonům. Důležité je znát podrobné údaje o navrhovatelích.

Fyzické osoby (nejčastěji osoby s duševní poruchou), které byly navrhovateli označeny za ty, které potřebují pomoc a podporu od jiných osob, a to v oblasti rozhodování a uplatňování práv. Důležité je znát podrobné informace o těchto osobách, tedy osobách navržených do opatrovnictví.

Odborníci, zde hovoříme o zástupcích z řad společenských institucí, kteří v soudním řízení budou rozhodovat o tom, zda bude poskytnuto opatrovnictví pro vyšetřovanou osobu (navržená osoba). Řadíme zde soudní znalce z oboru psychiatrie, lékaře, soudce. Zde je potřebné znát názor těchto odborníků na systém opatrovnictví.

Opatrovníci, jedná se o fyzické či právnické osoby, o kterých víme, že budou poskytovat podporu a pomoc osobám omezeným ve způsobilosti k právním úkonům či osobám zbavených způsobilosti k právním úkonům a při právním jednání (tedy opatrovanci). A je nutné znát o opatrovnících potřebné údaje.

Celkové schéma systému opatrovnictví v České republice je zobrazeno na obrázku níže.



Obrázek 1: Schéma systému opatrovnictví (Juríčková, 2012)

3.1.1 Dvojí soudní řízení

Rozhodnutí, které vyplývá pro proces opatrovnictví je zbavení osoby v oblasti způsobilosti k právním úkonům, nebo její omezení ke způsobilosti dle § 10 starého OZ. V České republice dochází ke dvojímu soudnímu řízení (řízení o způsobilosti k právním

úkonům a řízení opatrovnické). Soudy a účastníci v soudním řízení postupují dle zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.

U každého člověka vzniká **způsobilost k právním úkonům**, konkrétně řečeno jde o způsobilost člověka, kdy vlastními právními úkony nabývá práv a také na sebe bere povinnosti. Každá osoba začíná mít práva a povinnosti již při svém narození. V plném rozsahu vzniká u člověka způsobilost k právním úkonům v okamžiku, kdy se stane osobou zletilou, tedy přesněji dovrší osmnácti let dle § 8, odst. 1-2 starého OZ. Soud může člověka, který dovršil zletilosti, omezit ve způsobilosti k právním úkonům částečně anebo ho může zbavit této způsobilosti k právním úkonům úplně. K omezení způsobilosti soudem dochází ve dvou případech, první případ představuje situaci, kdy fyzická osoba trpí duševní poruchou, která není pouze na přechodnou dobu a na základě toho může osoba činit pouze některé právní úkony, které zvládá, ve druhém případě se jedná o situaci, kdy fyzická osoba ve velkém množství požívá omamné látky, alkohol či jedy a z tohoto hlediska zvládá činit jen některé právní úkony. Pokud se soud rozhodne zbavit osobu způsobilosti k právním úkonům, tak pouze v případě, kdy tato osoba trpí duševní poruchou, které není na přechodnou dobu a osoba kvůli ní nezvládá činit žádné právní úkony, § 10 odst. 2 starého OZ. Občanský soudní řád ve svých paragrafech č. 186-191 upravuje řízení o způsobilosti k právním úkonům, ať se jedná o omezení, zbavení či vrácení této způsobilosti. V každém případě je závěrečným výstupem tzv. rozsudek. Juríčková (In Ivanová a kol., 2014) proces řízení ke způsobilosti k právním úkonům popisuje v jednotlivých krocích, zahájen může být soudem, pokud se dozvěděl o určitých okolnostech, které by utvrzovaly skutečnost, že je potřebné člověka zbavit způsobilosti k právním úkonům nebo alespoň jeho způsobilost omezit, nebo může soud řízení zahájit v den, kdy mu přišel návrh na jeho zahájení a navrhovatel se domnívá, že je potřebné u osoby její způsobilost k právním úkonům omezit či ji způsobilosti zcela zbavit. Následně dochází k přípravě jednání, kdy soud shromažďuje důkazy pro řízení, přičemž je podstatný znalecký posudek, a také se stanoví zástupce pro toto řízení. Poté dochází k jednání v řízení, kdy jsou předvoláni a vyslyšeni všichni účastníci řízení. A nakonec dochází k závěru jednání, jehož výstup spočívá, jak už bylo zmíněno výše, ve stanovení výsledného rozsudku, buď je osoba zbavena nebo omezena ve způsobilosti k právním úkonům.

K **opatrovnickému řízení** dochází, pokud soud nějakým způsobem zasáhl do způsobilosti k právním úkonům dle platného občanského zákoníku, tudíž se rozhodl osobu zbavit či omezit ve způsobilosti k právním úkonům na základě určitých kritérií, které vyplynuly v předchozím řízení a na jejich základě byl stanoven výsledný rozsudek. Soud je povinen osobě, kterou zbavil či omezil ve způsobilosti k právním úkonům ustanovit opatrovníka, pro ustanovení slouží řízení opatrovnické, které je upraveno v § 192–193 Občanského soudního řádu. Jednotlivé kroky opatrovnického řízení uvádí Juríčková (In Ivanová a kol., 2014) přičemž zahájení řízení spočívá právě v nabytí právní moci rozsudku o omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům, soud již nepotřebuje návrh. Dále dochází k přípravě jednání, kdy se začnou vyhledávat osoby, které by byly vhodné pro výkon opatrovnictví, následně přichází jednání v řízení, kdy jsou opět předvoláni a vyslyšeni všichni účastníci řízení. Nakonec přichází závěrečná část jednání, kdy je vyhlášeno usnesení, ve kterém soud pro osobu zbavenou či omezenou ve způsobilosti k právním úkonům ustanoví opatrovníka. Osoba opatrovníka složí slib a vytvoří se listina o ustanovení opatrovníka. Mezi oběma řízeními běžně vzniká časová prodleva, jež má trvání kolem pár měsíců, Marečková a Matiaško (In Ivanová a kol., 2014) ji nazývají tzv. právní vakuum, dospělá osoba v něm nemůže nijak právně jednat a nikdo nemůže jednat za ni.

3.1.2 Navrhovatelé

Navrhovatelem je osoba, která podává návrh na zbavení, omezení či vrácení způsobilosti k právním úkonům. Může to být fyzická osoba, jako například jeden z manželů, soused, nebo jiné blízké osoby, ale také může jít o právnickou osobu, kdy návrh soudu podává obec, zdravotnické zařízení a jiné subjekty (§ 186, odst. 1, OSŘ). Navrhovatel podává návrh k místně příslušnému soudu, kdy se jedná o soud okresní, který se nachází v místě trvalého bydliště osoby, pro kterou byl podán návrh a bude se tak o její způsobilosti jednat, v případě, kdy osoba nemá žádnou adresu trvalého bydliště, vychází se z adresy místa, kde osoba aktuálně pobývá (§ 85, odst. 3, OSŘ). Návrh musí jasně vymezovat, kterému konkrétnímu soudu je určen, musí obsahovat základní informace o osobě, která jej vytvořila, dále musí uvádět konkrétně čeho se týká (vylíčení rozhodujících skutečností, označení důkazů, kterých se navrhovatel dovolává, a také závěrečné hledisko, čeho chce navrhovatel dosáhnout), a také musí být datován a podepsán (Ivanová a kol., 2014).

3.1.3 Soudní znalci z oboru psychiatrie

Za velmi podstatný proces se považuje proces posuzování způsobilosti, jež pochází z lidského úsilí a je tedy vystavěn na znaleckém dokazování, a také v závěrečném důsledku na soudním rozhodování (Juríčková, Ivanová a Kliment, 2011, in Ivanová a kol., 2014). Celkově dokazování představuje velmi náročnou činnost, ale také mimořádně potřebnou, protože by justice bez tohoto věrohodného a efektivního dokazování nemohla vůbec plnit své poslání ve společnosti lidí (Musil, 2010, in Ivanová a kol., 2014). Během celkového dokazování soud přihlíží ke množství nejrůznějších důkazů, přičemž ten nejpodstatnější představuje znalecký posudek, který je vypracováván soudními znalci ze zdravotnického oboru v odvětví psychiatrie. Soudní znalci z oboru psychiatrie mohou velmi podstatným způsobem ovlivnit životy lidí, když stanovují diagnózu člověka, mohou tak zajistit jeho zbavení způsobilosti k právním úkonům (Liga lidských práv, MDAC, 2008). Již zmíněný znalecký posudek se nejčastěji skládá z úvodní části, výpisu ze spisu, výpisu ze zdravotnické dokumentace, z části vlastního vyšetření, a také nakonec obsahuje část věnovanou odpovědím na otázky dotázány soudem (Pavlovský a kol., 2009 in Ivanová a kol., 2014). Soudní znalec poté na základě lékařského vyšetření a testů stanovuje (nebo samozřejmě nestanovuje) osobě platnou diagnózu dle MKN-10, konkrétně z kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. V závěrečném shrnutí pak soudní znalec uvede rozbor těch nejvíce závažných skutečností, které vedly k celkové diagnostice osoby, a také ke stanovení odpovědí na otázky dané soudem (Ivanová a kol., 2014).

3.1.4 Soudci v soudním řízení

Jednání v řízení o způsobilosti k právním úkonům je zahájeno na popud předsedy senátu, který toto řízení také vede, uděluje a odebírá slovo, a také provádí dokazování, a nakonec je ten, který vyhlásí rozhodnutí (§ 117, odst. 1, OSŘ). Celkové jednání pak probíhá tak, že si předseda senátu nechá předvolat všechny účastníky řízení, které si následně vyslechne a také všechny ty, jejichž výpovědi hrají velmi významnou roli při závěrečném ustanovení, to jsou především soudní znalci (§ 187, odst. 3, OSŘ), také si může vyslechnout navrhovatele. Poté co předseda senátu zahájí jednání, tak nejprve vyslechne návrh na zahájení řízení podaný navrhovatelem (§ 118, odst. 1, OSŘ). Nejvíce podstatnou roli hraje důkaz představující znalecký posudek, tedy posudek soudního znalce z oboru

psychiatrie, který samozřejmě ne vždy musí být automaticky bezchybným, bohužel i na jeho základě může dojít k omylům justice, které pak mohou mít fatální následky (Musil, 2010, in Ivanová a kol., 2014). Také si vyslechne dospělou osobu, pokud je to možné, o jejichž právní způsobilosti se jedná (§ 187, odst. 1–2, OSŘ). Tato dospělá osoba má právo si zvolit svého zástupce v řízení, pokud si ho sama nezvolí, tak je jí ustanoven zástupce pro řízení, a to někdo z rodiny, osob blízkých, pokud by tomu nebránily zvláštní důvody, jako jsou protichůdné zájmy (§ 187, odst. 1, OSŘ). Pokud však nemůže být ustanoven nikdo z rodiny či blízkých osob, tak ustanoví soud advokáta jako zástupce pro řízení. Na závěr soud vyhlašuje veřejně rozsudek, který obsahuje veškeré odůvodnění a poučení s lhůtou na podání opravných prostředků, která má trvání 15 dní ode dne doručení (Marečková, Matiaško, 2009 in Ivanová a kol., 2014).

3.1.5 Opatrovanci jako osoby s duševní poruchou

Opatrovance chápeme jako osobu, která byla omezena ve způsobilosti k právním úkonům nebo zbavena způsobilosti k právním úkonům, a to v souvislosti s tím, že jí byla diagnostikována duševní porucha. Mezi nejčastější psychiatrické diagnózy, u osob, jež byly zbaveny či omezeny ve způsobilosti k právním úkonům, patří mentální retardace, demence u Alzheimerovy choroby a schizofrenie (Ivanová a kol., 2014).

Dle Nového občanského zákoníku má opatrovanec také určitá práva. Jeho právo přísluší tomu, že se může podílet na kontrole opatrovníka, což spočívá v tom, že má právo od opatrovníka dostávat veškerá vyúčtování svého majetku, která opatrovník povinně předložil soudu, také může navrhnout, aby opatrovník měl povinnost předkládat vyúčtování mimořádně, a také může samozřejmě žádat o ustanovení opatrovnické rady § 472 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku (Borovská, 2018, s. 31). Opatrovanec má právo volit si do opatrovnické rady členy, kteří současně kontrolují a doplňují činnost opatrovníka, a také se může účastnit jejich společných setkání, nebo dokonce může soudu podat odvolání, která slouží proti rozhodnutí opatrovnické rady.

3.1.6 Opatrovníci

Vždy je preferováno, aby byl za opatrovníka jmenován rodinný příslušník či jiná blízká osoba. Hledá se tedy nejprve mezi příbuznými v rodině, aby se jednalo o soukromého opatrovníka. V případě, že je tato skutečnost příliš obtížná a nepodaří se nalézt nikoho,

kdo by byl vhodným opatrovníkem z řad rodinných příslušníků nebo osob známých, poté přichází varianta, kdy se ustanovuje opatrovník veřejný. Ve fázi hledání opatrovníka je velmi důležité dát prostor osobě omezené ve svéprávnosti, umožnit jí, aby byla vyslechnuta, a také aby sama navrhla osobu opatrovníka, až v případě, že se tak nestane, soud začíná hledat vhodného kandidáta. Samozřejmě se vždy preferuje rodinný příslušník jako soukromý opatrovník, protože by mezi opatrovníkem a jeho svěřencem, tedy opatrovancem, měla být vzájemná důvěra. Ačkoliv pokud by mělo docházet k takovým situacím, kdy rodinný příslušník nežije v blízkosti opatrovance a nebyl by tudíž s ním v přímé blízkosti, nebo by šlo o osobu, která by nehájila opatrovancovy nejlepší zájmy a hrozil by pak střet zájmů, v tomto případě se soud přiklání k ustanovení veřejného opatrovníka (Marečková, Matiaško, 2010, s. 144). Nejpřesnější definice, která stanovuje, kým přesně opatrovník může být, vychází z NOZ a je ukotvena v § 63 tohoto zákona, sděluje nám tedy, že: „opatrovníkem nelze jmenovat osobu nezpůsobilou právně jednat nebo osobu, jejíž zájmy jsou v rozporu se zájmy opatrovance, ani provozovatele zařízení, kde opatrovanec pobývá nebo které mu poskytuje služby, nebo osobu závislou na takovém zařízení“ (§ 63, NOZ).

Opatrovníky si můžeme rozdělit do jednotlivých typů. V současné době se opatrovníci rozlišují v závislosti na účelu jejich výkonu opatrovnictví. Rozlišujeme tedy **opatrovníky**:

Pro osobu s omezenou svéprávností – v rozsudku se přesně uvádí rozsah, kdy není člověk způsobilý samostatně jednat a do jaké míry.

Bez omezení svéprávnosti – zde jsou veškerá práva člověka zachována bez omezení, ale v konkrétních situacích může za osobu jednat opatrovník, pokud to tak stanovil soud v rozsudku, ale samozřejmě to musí být se společnou vůlí osoby.

Pro správu jmění – nejedná se o zvláštní typ opatrovnictví, ale o vymezení pravomoci určitého opatrovníka, předmětem jeho činnosti je tedy správa majetku osoby.

Procesní opatrovník – jde o ustanovení opatrovníka pro jedno konkrétní řízení, na základě pravomocného rozhodnutí. Osoba nemá stanoveného opatrovníka soudem z takového důvodu, že sama není schopná chránit a uplatňovat svá práva (Metodika výkonu opatrovnictví, 2015).

Funkci opatrovníka mohou vykonávat **tři typy**, jedná se o typ:
Soukromý opatrovník (jinak fyzický) – jedná se o fyzickou osobu, která vykonává opatrovnictví a je to rodinný příslušník či osoba blízká osoby, která byla zbavena či omezena ve svéprávnosti. Výkon své činnosti provádí zdarma.
Profesionální opatrovník – osoba, která vykonává opatrovnictví z vlastní vůle. Jedná se o typ, který je typický pro zahraničí. Osoba má na výkon opatrovnictví dostatek času, tak jej vykonává efektivně a s chutí. Tento typ dostává za výkon své činnosti odměnu.
Veřejný opatrovník – třetí typ, který je vykonáván obcí, kde má osoba bydliště, nebo obcí pověřenou organizací (Metodika výkonu opatrovnictví, 2015).

3.2 Veřejný opatrovník

Pokud tedy soud nenalezne při hledání vhodnou osobu pro výkon opatrovnictví, která by byla rodinným příslušníkem či osobou blízkou osoby omezené ve svéprávnosti nebo zbavené svéprávnosti. Pak přichází varianta, kdy soud jmenuje opatrovníkem obec, kde má opatrovanec své bydliště, jakožto veřejného opatrovníka.

Veřejné opatrovnictví vhodně vymezuje Machová (In Zpravodaj sociální práce, 4/2019, s. 12), která jej chápe jako: „druh právního vztahu mezi opatrovníkem a opatrovancem, kdy opatrovník zastupuje opatrovance, je tedy oprávněn za něj právně jednat. Opatrovnictví není, jak by mohl naznačovat název, opatrování ve smyslu poskytování osobní péče opatrovanci. Opatrovnictví nespočívá ani ve výkonu sociální práce, byť je právě s ní úzce spojeno. Opatrovníkem je ten, kdo za jiného právně jedná a případně spravuje jeho majetek, dle určení uvedeném v rozhodnutí soudu“.

Obec, jakožto veřejného opatrovníka, zastupuje navenek starosta, tak je tomu dle § 103 odst. 1 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení) ve znění pozdějších předpisů. Starosta má plnou moc a na jejím základě má možnost pověření osoby k výkonu opatrovnictví, která je zařazená do obecního úřadu. V publikaci autorek Durajové, Machové, Noskové, Rittichové a Vrabcové (2017, s. 10) je doplněno tvrzení, že „starosta obce je vždy oprávněn jednat jménem obce při výkonu veřejného opatrovnictví v případě, že žádná z pověřených osob není pro výkon opatrovnictví dostupná“. Obce jsou na základě své velikosti rozlišeny do typů, ty menší, jinak obce I. typu, zde vykonává opatrovnictví pouze starosta obce. A dále u obcí II. a III. typu, zde se jedná o pověřené

obecní úřady a obecní úřady s rozšířenou působností, pro které je typické výkon činností přenechávat sociálním pracovníkům a případně právníkům či tajemníkům úřadu.

3.2.1 Legislativní rámec

Mezi základní právní rámec opatrovnictví a taktéž samotného právního jednání osob s mentálním postižením v České republice řadíme jednoznačně Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, která byla přijata dne 13. prosince roku 2006 v New Yorku, přičemž na území ČR vstoupila v platnost dne 28. října roku 2009 jakožto Sdělení pod č. 10/2010 Sb. m. s. (dále jen Úmluva). Kromě Úmluvy je určitě také vhodné zmínit dokument s názvem Listina základních práv a svobod, která se společně s Úmluvou podílí na ochraně lidských zpráv. Dále by se dal zmínit NOZ, který také pochází z této oblasti cílené na lidská práva a jejich ochranu. Mimo jiné do této oblasti spadá i zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, jednoznačně zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, jež se zabývá právě jednotlivými postupy ve soudních řízeních v oblasti omezení svéprávnosti, jmenování opatrovníka a podobně. A také zde zahrneme zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje takové postupy, kterými se poté veřejní opatrovníci dále ve výkonu své činnosti řídí (Ministerstvo vnitra, 2016).

3.2.2 Práva a povinnosti

Všechna práva a povinnosti vztahující se k výkonu práce opatrovníka jsou ukotveny v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, společně s vymezením konkrétního rozsudku soudu o omezení. Obecné pravidlo vztahující se k výkonu práce opatrovníka spočívá v tom, že opatrovník sleduje ochranu práv zájmů opatrovance, a také naplňování jeho práv. Neexistuje zde žádný rozdíl mezi tím, zda je opatrovník vykonáván soukromou osobou či zda jde o veřejného opatrovníka (§ 466-467, NOZ).

Opatrovník vždy ve vztahu k opatrovanci musí být osobou aktivní při plnění svých povinností, vždy musí se svým opatrovancem jednat na takové úrovni, aby byl co nejvíce důsledným při zjišťování podstatných informací o opatrovanci, a také při zjišťování jeho názorů a přání. Dále zde jednoznačně patří vytvářet společnou vůli se svým opatrovancem, tedy aby byl opatrovník schopen jednat tak, aby naplnil očekávání svého opatrovance. Pokud toto jednání není z nějakého závažného důvodu možné,

pravděpodobně kvůli tomu, že opatrovanec trpí závažnou duševní poruchou, poté postupuje opatrovník dle svého nejlepšího uvážení a rovněž preferencí opatrovance, přičemž má povinnost vždy opatrovance informovat o následcích právního jednání (Švestka a kol., 2014, s. 1122).

Další povinnost opatrovníka spočívá v pravidelném vyhotovování zpráv o soupisu spravovaného jmění a jeho následné zasílání opatrovanci, opatrovnické radě a soudu, jež ukládá zákon (§ 485, NOZ). Zpráva musí být vždy vyhotovena do dvou měsíců od jmenování, a pak dále pravidelně k 30. červnu a závěrečná při ukončení funkce opatrovníka.

Činnost veřejného opatrovnictví z praktického pohledu se vždy odvíjí od rozsahu omezení svéprávnosti v rozsudku soudu. Opatrovník vždy jedná pouze v takových záležitostech, ve kterých je opatrovanec zcela nezpůsobilý, zde řadíme jednak správu jmění, ale také péče o vlastní osobu, zajištění bydlení, zajištění sociálních služeb, zmapování výdajů a příjmů, řešení exekucí a dluhů, zdravotní péče a mnoho dalších činností. Vždy také velmi záleží na tom, v jaké aktuální situaci se opatrovanec nachází, tedy zda bydlí ve vlastním bytě, nebo je například umístěn v péči pobytového zařízení sociálních služeb (Metodika výkonu veřejného opatrovnictví, 2017).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této části diplomové práce se zabýváme kvantitativním výzkumem, který se zaměřuje na zjištění postojů opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením. Výzkumné šetření bylo zrealizováno formou dotazníkového šetření za pomocí Q-metodologie, která nám umožňuje vytvořit jednotlivé oblasti dané k tématu, nazýváme je Q sample a na základě těchto oblastí dále vytvořit jednotlivé Q typy (výroky), které budeme dále třídit do kategorií dle preferencí jednotlivých respondentů. Smyslem výzkumu je kategorizace jednotlivých výroků, které byly vytvořeny na základě obecných tvrzení k problematice sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením, dle jejich důležitosti z pohledu soukromých a veřejných opatrovníků. Následující kapitoly nám důkladněji přiblíží design, který byl pro toto výzkumné šetření zvolen.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu:

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením.

Dílčí cíle výzkumu:

1) **Zjistit, jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením.**

   1.1 Zjistit, jak opatrovníci vnímají důležitost sexuality pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

   1.2 Zjistit, jak je důležité pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením o sexualitě hovořit a prožívat ji, z pohledu opatrovníků.

   1.3 Zjistit, jak je pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením důležité mít o sexualitě povědomí, z pohledu opatrovníků.

2) **Zjistit, jakou důležitost opatrovníci přisuzují konzultaci otázek sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením.**

2.1 Zjistit, jak je pro opatrovníky důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením zajímat.

2.2 Zjistit, jaké způsoby opatrovníci považují za důležité v případě konzultace otázek sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením.

3) **Zjistit, jak je pro opatrovníky důležitá připravenost prostředí pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením v zařízení sociálních služeb.**

3.1 Zjistit, jak je pro opatrovníky důležitá připravenost prostředí pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením.

3.2 Zjistit, jak je pro opatrovníky důležité proškolení pracovníků, v zařízení sociálních služeb, v oblasti sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením.

3.3 Zjistit, jak je pro opatrovníky důležitá dostupnost pomůcek při práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením, v zařízení sociálních služeb.

4) **Zjistit, jak je pro opatrovníky důležité využívat nabídku možností k uspokojovaní sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením.**

4.1 Zjistit, jak je pro opatrovníky důležitá nabídka služeb k uspokojování sexuálních potřeb u osob s mentálním a kombinovaným postižením.

4.2 Zjistit, jakým službám, k uspokojování sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením, opatrovníci přisuzují největší důležitost.

4.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Hlavní výzkumnou otázkou je **„Jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením?“**

Dílčí výzkumné otázky:

1) **Jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením?**

1.1 Jak opatrovníci vnímají důležitost sexuality pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením?

1.2 Jak je důležité pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením o sexualitě hovořit a prožívat ji, z pohledu opatrovníků?

1.3 Jak je důležité, aby měly osoby s mentálním a kombinovaným postižením o sexualitě povědomí, z pohledu opatrovníků?

2) **Jak je pro opatrovníky důležité konzultovat otázky sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením?**

2.1 Jak je pro opatrovníky důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením zajímat?

2.2 Jaké způsoby opatrovníci považují za důležité v případě konzultace otázek sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením?

3) **Jak je pro opatrovníky důležitá připravenost prostředí pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením v zařízení sociálních služeb?**

3.1 Jak je pro opatrovníky důležitá připravenost prostředí pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením?

3.2 Jak je pro opatrovníky důležité proškolení pracovníků, v zařízení sociálních služeb, v oblasti sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením?

3.3 Jak je pro opatrovníky důležitá dostupnost pomůcek při práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením, v zařízení sociálních služeb?

4) **Jak je pro opatrovníky důležité využívat nabídku možností k uspokojování sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením?**

4.1 Jak je pro opatrovníky důležitá nabídka služeb k uspokojování sexuálních potřeb u osob s mentálním a kombinovaným postižením?

4.2 Jakým službám, k uspokojování sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením, opatrovníci přisuzují největší důležitost?

4.3 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl zvolen vlastní polostrukturovaný dotazník, jehož obsah tvoří položky, které vznikly na základě vybraných výroků, jinak tyto výroky budeme označovat za Q typy. Položky v dotazníku jsou uzavřené a některé také otevřené. Výhoda tohoto dotazníku spočívá v tom, že je zde možné vybírat možnosti odpovědí, které jsou již předem dané, a také mít možnost odpovídat na takové otázky, kde nás bude především zajímat vlastní odpověď respondenta. V práci se zabýváme již zmíněnou Q-metodologií, kde využíváme pro tvorbu vlastního dotazovacího nástroje prvky Q metody.

Hovoříme-li o Q metodě, je o ní nutné zmínit, že tato metoda představuje několik výzkumných kroků. V první řadě nám pomáhá v současném diskurzu vybrat vhodné výroky, které interpretují subjektivní popisy zkoumaného objektu nebo vztahu k němu. Vybrané výroky pak hodnotí skupina respondentů a při hodnocení je nutné dodržet předepsané rozdělení. Q metoda není izolovaný nástroj a představuje tak propojený a ucelený komplex sběru a analýzy dat (Nekola, 2012). Největší klad metody spočívá v tom, že nabízí možnost uchopit a utřídit subjektivní pohledy na nějaký zkoumaný problém, opakovatelným a rigorózním způsobem (McKeown a Thomas, 2013). Dále metoda umožňuje zjistit, v čem se nalezené pohledy shodují a v čem se různí (Nekola, 2012). Obecně tato metoda nutí své respondenty více přemýšlet nad jejich odpověďmi, je to dané způsobem hodnocení, kdy se musí držet předepsaného rozdělení. Naopak slabina Q metody spočívá v tom, že byla vyvinuta pro zkoumání bohatých dat o subjektivitě menší skupiny jedinců (Nekola 2012 a Havlíková 2016). Považujeme ji také za vhodný nástroj pro tvorbu Likertových škál. Metoda je časově náročnější, především ve fázi sběru dat, a proto vytvořit dotazovací nástroj je mnohem složitější než příprava běžného dotazníku (Havlíková, 2016).

Rozhodli jsme se tedy, že vytvoříme vlastní polostrukturovaný dotazník, a to za pomoci Q metody. Prvním krokem Q metody je vybrat výroky z problémové oblasti, kterou chceme zkoumat, nazýváme ji jako Q sample. Výroky by měly představovat to nejpodstatnější, reprezentují pohledy respondentů na daný problém (Nekola in Kalvas, 2017). Pro vytvoření Q sample využíváme více postupů, můžeme využít nějaký seznam objektů např. zvířat, když budeme dělat studii o vztahu lidí k různým zvířatům, v tomto případě nemůžeme posuzovat subjektivní tvrzení, ale pouze subjektivní vztah k objektům

(př. respondenti by řadili zvířata podle užitku). Ve druhém případě se výběr vytváří úsudkem a představuje dvě základní varianty, nestrukturovaný Q sample a strukturovaný Q sample. U prvního případu se výzkumníci snaží co nejlépe shrnout názory na zkoumaný jev a ve druhém případě vybíráme jednotlivé položky do Q sample tak, aby co nejlépe vystihovaly jednotlivé oblasti teoreticky definovaného problému. Poté, co jsme si vybrali Q sample, přichází podstatná fáze, nazývaná Q sort. V této fázi jde o to, aby respondenti hodnotili jednotlivé položky Q sample. Veškeré hodnocení probíhá tak, že respondenti seřadí jednotlivé položky Q sample podle předem stanovených instrukcí. Většinou se jedná o instrukce typu, „seřaďte položky podle toho, jak moc s nimi souhlasíte“, „jak moc vyjadřují Vaše přesvědčení“ nebo „jak moc Vás vystihují“ apod. Nejčastěji používáme jeden pohled, ale lze i vytvářet kombinace pohledů. Autoři Bruce F. McKeown a Dan B. Thomas (2013) uvádějí, že u Q sample s velikostí do 40 položek je ideální zvolit škálu -4 do +4 (přičemž -4 představuje maximální nesouhlas, 0 je neutrální nebo nevím, +4 je maximální souhlas). V naší práci jsme si zvolili čtyři oblasti (Q sample) na základě již zvolených výzkumných otázek, přičemž každá oblast (Q sample) je tvořena 15 položkami (Q typy), tedy celkově jsme si v naší práci vytvořili 60 položek (Q typů). Následně se přechází k postupu třídění, kdy si respondent všechny položky prostuduje, a poté je začne třídit na hromádky podle toho, zda jsou pro něho důležité, nejsou pro něho důležité, nebo k nim zaujímá neutrální postoj. Nakonec přepisujeme čísla položek daného respondenta do záznamového archu.

V případě Q metodologie jsou respondentům předkládány Q typy, které je možné třídit podle určitých kritérií, v našem případě tedy dle důležitosti pro respondenta. Tyto Q typy si můžeme představit jako balení karet (většinou se doporučuje 60-120), my jich máme 60. Respondent má za úkol karty rozdělit do několika hromádek, ty jsou dány určitými kritérii, nejčastěji používané je normální rozdělení, nazývané kvazinormální distribuce, které jsme si k našemu třídění vybrali.
Schéma Q-třídění karet podle kvazinormální distribuce je zobrazeno níže.

Obrázek 2: Schéma Q-třídění podle kvazinormální distribuce (Chráska, 2016)

Výše je čísly znázorněn povolený počet karet v jednotlivých hromádkách. Někdy se využívá i pravoúhlá distribuce, přičemž je v každé hromádce povolen určitý počet jednotlivých karet (Chráska, 2016, s. 225-226).

4.3.1 Q sample a tvorba Q typů

Q sample je tvořeno 4 základními oblastmi, ve kterých je obsaženo vždy 15 vybraných výroků (Q typů), dohromady máme tedy 60 Q typů, k dané problémové oblasti, kterou chceme zkoumat:

1. **Postoj opatrovníků k sexualitě (osob s mentálním a kombinovaným postižením)**
2. **Konzultace otázek sexuality**
3. **Prostředí pro sexualitu (v zařízeních sociálních služeb)**
4. **Využívané možnosti uspokojení sexuálních potřeb**

Oblast Q sample	*Q položka*
1. Postoj opatrovníků k sexualitě	**Q1** Sexualita je podle mě důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q2 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením mají na sexualitu stejné právo jako my ostatní.
	Q3 Podle mého názoru je sexualita u lidí s mentálním a kombinovaným postižením vnímána jako běžná součást jejich života.
	Q4 Myslím si, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují o sexualitě hovořit.
	Q5 Podle mě pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením není sexualita tak důležitá jako pro nás.
	Q6 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují prožívat sexualitu.
	Q7 Podle mého názoru osoby s mentálním a kombinovaným postižením by měly mít povědomí o tom, co sexualita obnáší.
	Q8 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují prožívat sexualitu.
	Q9 Podle mě osoby s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují znát, co sexualita obnáší.
	Q10 Sexualita podle mě není důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q11 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením by neměly mít na sexualitu právo.
	Q12 Podle mého názoru by osoby s mentálním a kombinovaným postižením měly zažít rodičovství.
	Q13 Myslím si, že by osoby s mentálním a kombinovaným postižením neměly zažít rodičovství.
	Q14 Podle mě je normální, když osoba s mentálním a kombinovaným postižením bude mít pohlavní styk.
	Q15 Myslím si, že určitě není normální, aby osoba s mentálním a kombinovaným postižením měla pohlavní styk.

2. Konzultace otázek sexuality	**Q16** Myslím si, že je důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat.
	Q17 Podle mě je důležité si o sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením vyhledávat informace.
	Q18 Myslím si, že v oblasti sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením nemusím mít přehled.
	Q19 Domnívám se, že bych měl navštěvovat odbornou poradnu, kde mi mohou sdělit, jak sexualitu u osob s mentálním a kombinovaným postižením řešit.
	Q20 Myslím si, že sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením považuji za důležitou oblast zájmu. Ale zatím jsem ji s nikým neřešil a ani si nevyhledával žádné informace.
	Q21 Podle mě není důležité si o sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením vyhledávat podrobnější informace.
	Q22 Domnívám se, že oblast sexuality u syna/dcery (klienta) je podstatné řešit s lékařem.
	Q23 Podle mého názoru vše, co je pro mě potřebné v oblasti sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením, už znám.
	Q24 Myslím si, že není důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat.
	Q25 Myslím si, že určitě nepotřebuji navštěvovat odborné poradenství v oblasti sexuality.
	Q26 Myslím si, že oblast sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením nepovažuji za oblast svého zájmu.
	Q27 Domnívám se, že sexualitu svého syna/dcery (klienta) nemusím řešit s lékařem.
	Q28 Podle mého názoru všechny potřebné informace v oblasti sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením naleznu na Internetu.
	Q29 Potřebné informace z oblasti sexuality si podle mě nezvládnu vyhledat sám.
	Q30 Jsem názoru, že sexualitu svého syna/dcery (klienta) nechci s nikým řešit, včetně odborníka.

3. Prostředí pro sexualitu	**Q31** Je pro mě důležité, že je zařízení mého syna/dcery (klienta) dostatečně připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q32 Je pro mě důležité, že jsou prostory zařízení dobře připravené pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q33 Považuji za důležité, aby pracovníci v našem zařízení byli dobře proškoleni a připraveni na práci se sexualitou svých klientů.
	Q34 Není pro mě důležité, že pracovníci se sexualitou svých klientů nepracují natolik, kolik by bylo potřeba.
	Q35 Není pro mě důležité, že jsou v zařízení pracovníci, kteří mají strach pracovat se sexualitou svých klientů.
	Q36 Je pro mě důležité, aby do zařízení chodilo více externích odborníků, kteří zvládnou se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením vhodně pracovat.
	Q37 Je pro mě důležité, aby se v zařízení pro klienty nacházely vhodné pomůcky k práci s jejich sexualitou.
	Q38 Za důležité považuji, aby měl můj syn/dcera (klient) v zařízení dostatečné soukromí.
	Q39 Není pro mě důležité, když zařízení není dostatečně připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q40 Není pro mě důležité, když do zařízení nechodí více externích odborníků.
	Q41 Nepovažuji za důležité, když pracovníci v zařízení mého syna/dcery (klienta), nezvládají se sexualitou pracovat.
	Q42 Není pro mě důležité, když jsou v zařízení mého syna/dcery (klienta) pracovníci, kteří se sexualitou nechtějí vůbec pracovat.
	Q43 Není pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) v zařízení dostatečné soukromí.
	Q44 Není pro mě důležité, že zařízení není vůbec přizpůsobené pro práci se sexualitou.
	Q45 Nepovažuji za důležité, že v zařízení pracovníci nepracují s žádnými pomůckami pro práci se sexualitou svých klientů.

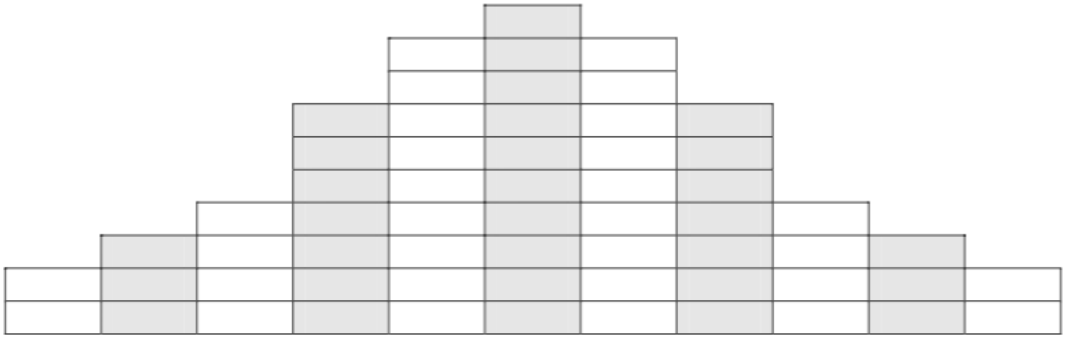
4. Využívané možnosti uspokojení sexuálních potřeb	**Q46** Myslím si, že pro mě není důležité využívat nabídku možností k uspokojení sexuálních potřeb u klientů s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q47 Je pro mě důležité nepodávat synovi/dceři (klientovi) léky na potlačení sexuality.
	Q48 Je pro mě důležité se svým synem/dcerou (klientem) navštěvovat sexuologa.
	Q49 Je pro mě důležité používat u klientů léky na potlačení sexuality.
	Q50 Za důležité považuji zajištění placené sexuální asistence pro syna/dceru (klienta).
	Q51 Podle mě je důležité se svým synem/dcerou (klientem) navštěvovat odbornou poradnu v oblasti sexuality.
	Q52 Je pro mě důležité, že má syn/dcera (klient) v domácím prostředí dostatek soukromí. O sexualitě spolu můžeme otevřeně mluvit.
	Q53 Není pro mě důležité navštěvovat sexuologa s osobou s mentálním a kombinovaným postižením.
	Q54 Nepovažuji za důležité zajistit synovi/dceři (klientovi) placenou sexuální asistenci.
	Q55 Myslím si, že není důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) ve svém domácím prostředí soukromí.
	Q56 Nepovažuji za důležité si se svým synem/dcerou (klientem) povídat o sexualitě.
	Q57 Podle mě není důležité navštěvovat se svým synem/dcerou (klientem) odbornou poradnu v oblasti sexuality.
	Q58 Je pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) své vlastní sexuální pomůcky.
	Q59 Myslím si, že není důležité pořídit synovi/dceři (klientovi) sexuální pomůcky.
	Q60 Za důležité považuji, že má můj syn/dcera (klient) svého intimního partnera.

Obrázek 3: Q sample (vlastní zdroj)

4.3.2 Q třídení

Nyní je nutné uvést, jak budeme provádět samotné Q-třídění. Existují dva způsoby třídění, z toho ten první, méně praktický spočívá ve skládání Q typů na hromádky, které zkoumaná osoba poté vkládá do speciálních obálek a na základě toho výzkumník provádí vyhodnocení. Poté se nabízí druhý způsob třídění, který je mnohem praktičtější a také se více využívá, v tomto případě používáme šablonu, do které se vybrané výroky pouze rozmístí a vypíší se zde jejich čísla. Pro naše výzkumné šetření jsme si vybrali druhý způsob třídění Q typů.

Níže je zobrazen Formulář pro výsledky Q třídění.



Obrázek 4: Formulář pro výsledky Q třídění (Polechová in Kubrický, 2011)

V tomto případě je možné odevzdat záznam v písemné i elektronické formě, přičemž autorka Polechová ve své práci elektronickou formu vyzdvihuje a konkrétně popisuje. K její realizaci se využívá program MS Excel. Výhody elektronické formy spočívají v její přehlednosti, přesnosti, a také se snižuje riziko zaznamenávání chybných údajů (Polechová in Kubrický, 2011).

4.4 Výzkumný soubor

Podkapitola se bude zabývat vymezením základního souboru doplněné o údaje z Ministerstva vnitra ohledně výkonu funkce veřejného opatrovnictví v České republice a údaji o počtu osob s mentálním postižením na území České republiky. Dále také výběrovým souborem, který představují soukromí a veřejní opatrovníci ze Zlínského a Olomouckého kraje.

4.4.1 Základní soubor

Do výzkumného souboru zahrnujeme osoby, které vykonávají opatrovnictví ve prospěch osoby, která je mentálně postižená, nebo s kombinovanou formou postižení, tedy základem je u ní mentální postižení, které může být doplněno ještě nějakou smyslovou či tělesnou vadou, na území České republiky. Mentální postižení chápeme jako snížení úrovně rozumových schopností, pro toto označení používáme termín mentální retardace (Štěrbová, 2007). Opatrovníci jsou osoby, které „chrání zájmy a naplňují práva zastoupeného“ (Zákon č. 89/2012 Sb., 2012). Opatrovník je určen osobě, která byla ve svéprávnosti omezena, pokud je to potřebné k ochraně jejího zájmu, a také pokud to vyžaduje veřejný zájem (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018). Z údajů Ministerstva

vnitra se dozvídáme, že k 31. 3. 2019 byla na území České republiky vykonávána funkce veřejného opatrovníka pro 12 289 tisíc osob (Deník veřejné správy, 2020).

Kraj	Počet opatrovanců	Počet obcí		Nejvíce v kraji (počet opatrovanců)
		Alespoň 1 opatrovanec	Více než 10 opatrovanců	
Jihočeský	631	110	10	České Budějovice (85)
Jihomoravský	929	133	15	Brno (209)
Královehradecký	764	107	25	Rychnov nad Kněžnou (79)
Liberecký	478	54	7	Liberec (109)
Moravskoslezský	1692	105	28	Ostrava (429)
Olomoucký	970	112	17	Šternberk (114)
Pardubický	637	81	14	Statiňany (90)
Plzeňský	799	108	13	Plzeň (159)
Praha	851			MČ Praha 8 (137)
Středočeský	1412	200	33	Kladno (97)
Ústecký	1569	99	33	Vejprty (169)
Vysočina	717	81	18	Černovice (84)
Zlínský	840	82	19	Kroměříž (113)
Celkem	12 289	1 272	232	

Obrázek 5: Funkce výkonu veřejného opatrovnictví na území České republiky v roce 2019 (Deník veřejné správy, 2020)

Ze stránek Českého statistického úřadu byl použit údaj o počtu osob s mentálním postižením v České republice v roce 2018. Podle získaných statistik se dozvídáme, že v roce 2018 bylo v ČR cca 172,3 tisíc osob s mentálním postižením, což je kolem 15 % z celkové struktury zdravotně postižených osob v České republice (ČSÚ, 2019).

2.4 Osoby se zdravotním postižením podle oblasti postižení, pohlaví a věku

oblast postižení	celkem	pohlaví		věková skupina				
		muži	ženy	15–34	35–49	50–64	65–79	80 a více
	absolutní počet v tis.							
celkem*	**1 151,9**	**510,9**	**641,0**	**64,6**	**136,6**	**313,6**	**415,9**	**221,2**
pohybová, tělesná	830,5	350,6	480,0	34,4	75,2	224,9	307,4	188,7
zraková	252,4	96,0	156,4	10,0	16,7	47,3	98,9	79,5
sluchová	134,9	54,3	80,6	4,6	6,8	13,3	41,0	69,1
mentální, duševní, poruchy chování	172,3	79,5	92,8	29,6	40,4	46,0	28,5	27,8
vnitřní orgány, kůže	468,0	207,4	260,6	18,0	46,2	122,9	196,6	84,3
hlasová, řečová	66,9	38,3	28,6	15,4	10,8	16,1	17,2	7,4
	struktura v %							
celkem*	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
pohybová, tělesná	72,1	68,6	74,9	53,3	55,1	71,7	73,9	85,3
zraková	21,9	18,8	24,4	15,5	12,2	15,1	23,8	35,9
sluchová	11,7	10,6	12,6	7,1	5,0	4,2	9,9	31,2
mentální, duševní, poruchy chování	15,0	15,6	14,5	45,8	29,6	14,7	6,9	12,6
vnitřní orgány, kůže	40,6	40,6	40,7	27,9	33,8	39,2	47,3	38,1
hlasová, řečová	5,8	7,5	4,5	23,8	7,9	5,1	4,1	3,3

* u jedné osoby se může postižení projevovat ve více oblastech zároveň, nejedná se tedy o součet za jednotlivé oblasti

Obrázek 6: Počet osob s mentálním postižením v na území České republiky v roce 2018 (ČSÚ, 2019)

4.4.2 Výběrový soubor

Výběrovým souborem byli zvoleni opatrovníci osob s mentálním a kombinovaným postižením ve Zlínském a Olomouckém kraji. Celkem jsme měli k dispozici tedy 40 respondentů. Způsobem výběru byl stanoven záměrný výběr, pro který je důležité si zvolit relevantní znaky základního souboru, které budou podstatné pro výzkum, a to na základě teorie (Gavora, 2000). Opatrovníci byli vybráni celkem ze 4 zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, se kterými spolupracují a mají zde uloženy své opatrovance.

4.5 Způsob zpracování dat

Našim výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný dotazník, který obsahoval 3 otázky uzavřené, zjišťující pohlaví, celkem náš výběrový soubor tvořilo 22 mužů a 18 žen, druhá uzavřená otázka zjišťovala, zda se jedná o veřejného či soukromého opatrovníka ve vztahu k osobě s mentálním a kombinovaným postižením, veřejných opatrovníků se zapojilo 6, soukromých opatrovníků 34 a třetí otázka zjišťovala odkud respondenti pocházejí, zda ze Zlínského kraje či z Olomouckého, respondentů ze Zlínského kraje bylo 26 a z Olomouckého kraje tedy 14. Všechny tři otázky byly zpracovány do jednotlivých tabulek uvádějících hodnoty absolutních a relativních četností.

Další dvě otázky v tomto dotazníku měly podobu otevřených otázek, přičemž respondenti odpovídali na otázku „Co si představíte pod pojmem sexualita?“. Výsledných odpovědí bylo mnoho, my si uvedeme příklady některých odpovědí v následující kapitole pod názvem Výsledky výzkumu a jejich interpretace. Druhá otevřená otázka byla položena „Pracujete se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením?“. Odpověď byla na výběr buď ano nebo ne, s tím, že v obou případech měl respondent ještě uvést, jaké metody práce při sexualitě využívá (v případě odpovědi ano), nebo jaké metody práce se sexualitou zná (v případě odpovědi ne).

Poslední a nejhlavnější část dotazníku spočívala ve Q-třídění předem zadaných 60 Q typů podle důležitosti, od naprosto není důležité po velmi důležité. Dotazník tvořily celkem 4 základní oblasti zájmu (Q sample): *Postoj opatrovníků k sexualitě*, *Konzultace otázek sexuality*, *Prostředí pro sexualitu a Využívané možnosti uspokojení sexuálních potřeb*. Každá oblast obsahovala celkem 15 Q typů, dohromady tedy bylo k dispozici 60 Q typů. Respondenti měli zadány instrukce, kterými se museli přesně řídit. Měli za úkol porovnat jednotlivé Q typy podle stupně důležitosti. S tím předpokladem, že bylo nutné dodržet pokyn, že respondent musí každou úroveň důležitosti obsadit jen určitým počtem Q typů.

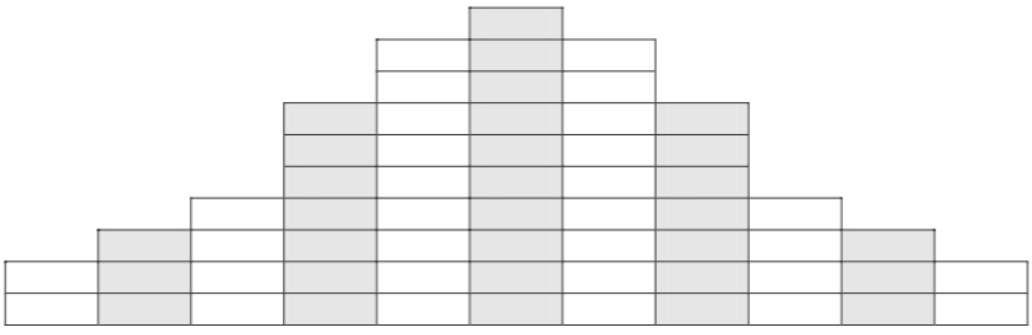
Respondenti měli k dispozici 60 Q typů, které měly podobu papírových karet. Na základě celkového počtu výroků jsme přistoupili na tzv. kvazinormální distribuci, jejíž princip spočívá v nejvyšším zastoupení středové hodnoty, a naopak v minimální četnosti hodnot krajních. Jednotlivé karty měly být respondentem umístěny na papírový karton, na kterém bylo vytvořeno schéma jedenácti obdélných oken, kdy každé z nich bylo popsáno, kolik

je zde nutné ukládat Q typů, tedy kolik je zde povolený počet ukládání jednotlivých výroků. Vše se odvíjelo hlavně podle zadané instrukce v podobě škály, kdy vlevo bylo zadáno, že zde ukládá respondent papírové karty, které jsou pro něho méně důležité až nejméně důležité, uprostřed byl největší prostor pro papírové karty, které jsou vnímány respondentem za neutrální a čím více se respondent při svém ukládání jednotlivých výroků blížit pravé straně, tím více byly pro něho výroky důležité až nejvíce důležité. Zmíněné schéma, jak respondenti umisťují jednotlivé výroky (papírové karty) na škále, máme znázorněno na obrázku níže.

	Povolený počet výroků											
	I. (2)	II. (3)	III. (4)	IV. (7)	V. (9)	VI. (10)	VII. (9)	VIII. (7)	IX. (4)	X. (3)	XI. (2)	
Naprosto není důležité												Velmi důležité
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Bodové hodnocení											

Obrázek 7: Povolený počet Q typů pro jednotlivá umístění na bodové škále (vlastní zdroj)

Po dokončení úkolu roztřídění jednotlivých výroků každým zúčastněným respondentem, jsme měli k dispozici Formulář Q-třídění, do kterého jsme zaznamenávali výsledné Q typy (výroky) podle toho, jak je jednotliví respondenti umístili na našem ilustračním schématu. Prázdný Formulář Q-třídění je zobrazen níže.



Obrázek 8: Prázdný Formulář Q-třídění

Následně jsme všechna sesbíraná data převedli do tabulky v programu Microsoft Office Excel, kvůli jejich celkové přehlednosti. Data jsme zapisovali tak, že jsme si vytvořili řádek 60 Q typů a sloupec pro čtyřicet respondentů, přičemž jsme zde zapisovali hodnoty pro jednotlivé Q typy dle odpovědí jednotlivých respondentů na základě bodové škály,

tak jak ukládali respondenti jednotlivé výroky do našeho papírového schématu a my je poté přepisovali do Formulářů určených pro výsledky Q třídění.

Níže je umístěn obrázek, který znázorňuje bodovou škálu, přičemž hodnoty bodů jsou pod čarou, nad čarou jsou počty Q typů, které museli respondenti umisťovat na naše papírové schéma. Od středu směrem vlevo se soustřeďujeme na hodnoty, které jsou pro respondenty co nejméně důležité, a naopak od středu směrem vpravo na hodnoty, které jsou pro respondenty co nejvíce důležité. A tyto výsledné body jsme poté zadávali do tabulky v programu Microsoft Office Excel.

1	2	3	3	4	6	4	3	3	2	1
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obrázek 9: Škála bodového hodnocení pro jednotlivé umístěné Q typy (vlastní zdroj)

Získaná data jsme dále v programu Microsoft Office Excel použili pro vytvoření popisné statistiky, přičemž jsme zde spočítali průměrné hodnoty přisuzované důležitosti každého jednotlivého Q typu, a také směrodatnou odchylku pro každý jednotlivý Q typ. Směrodatnou odchylku jsme spočítali tak, že jsme si nejprve spočítali rozptyl jednotlivých hodnot pomocí funkce VAR.P, a poté jsme z tohoto rozptylu jednotlivých hodnot spočítali druhou odmocninu a tím jsme zjistili hodnoty jednotlivých směrodatných odchylek každého Q typu. Analýzou těchto hodnot vytvoříme základní pořadí přisuzované důležitosti jednotlivým Q typům, tím tedy zjistíme důležitost jednotlivých výroků, a to v pořadí od nejdůležitějších po nejméně důležité. Přičemž jsme se rozhodli, že v interpretaci výsledků si práci rozdělíme na čtyři podkapitoly, které budou značit výsledné průměrné hodnoty a směrodatné odchylky jednotlivých Q typů, seřazené od těch nejvíce důležitých po nejméně důležité dle 4 oblastí, do kterých Q typy spadají.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Sběr dat probíhal v měsíci březnu roku 2022, kdy bylo osloveno pro vyplnění dotazníku celkem 54 respondentů celkem z pěti organizací služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením ve Zlínském a Olomouckém kraji. Návratnost kladných odpovědí se souhlasem k vyplnění papírového dotazníku přišla celkem ze čtyř organizací, v zastoupení celkem 40 respondentů. Celkem tedy návratnost činila 74,1 %, což je odpovídající potřebný počet pro využití dotazníkového šetření sestaveného na základě Q-metodologie (Chráska, 2007).

V první části našeho dotazníku jsme se zaměřili na tři položky informačního charakteru, které měly podobu uzavřených otázek. První otázka zjišťovala pohlaví jednotlivých respondentů, kdy jsme dosáhli zjištění, že mezi našimi respondenty se nachází více mužů v celkovém počtu 22, v procentech se jedná o 55,0 % mužů, a naopak žen je méně v celkovém počtu 18, tedy 45,0 %. V případě otázky druhé nás zajímalo, v jakém výkonu opatrovnictví jsou naši jednotliví respondenti, načež jsme dosáhli výsledků, že se našeho výzkumného šetření zúčastnilo více soukromých opatrovníků, a tedy 34, což je 85,0 % a veřejných opatrovníků bylo poměrně méně, a to 6, s procentuální hodnotou 15,0 %. Třetí otázka informačního charakteru zjišťovala, z jakého kraje respondenti pocházejí, ze Zlínského kraje se nám přihlásilo respondentů více a tedy 26, v procentech 65,0 % a z Olomouckého kraje pochází zbylých 14 respondentů, což je 35,0 %. Pro lepší přehlednost jsme použili následující tabulky.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
muž	22	55,0 %
žena	18	45,0 %
Celkem	40	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2: Výkon funkce opatrovnictví

Výkon opatrovnictví	Absolutní četnost	Relativní četnost
soukromý	34	85,0 %
veřejný	6	15,0 %
Celkem	40	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3: Jednotlivé zastoupení krajů v poměru k celkovému počtu respondentů

Zastoupení krajů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlínský	26	65,0 %
Olomoucký	14	35,0 %
Celkem	40	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V další části dotazníku byly respondentům položeny dvě otevřené otázky. První z nich byla přesně položená ve znění: „Co si představíte pod pojmem sexualita?“. Zde bylo získáno opravdu velké množství různorodých odpovědí. Mnohé z nich byly opravdu velmi zajímavé, a to v kladné i v záporné rovině. Pro naši interpretaci výsledků zde uvedeme ty, které jsme vyhodnotili za kladná vyjádření, ale také ty, které byly vnímány za odpovědi takového rázu, že někteří respondenti toto téma nevnímají zcela pozitivně, a také došlo na odpovědi, které značily odmítavý postoj vyjádřit se k tématu. Mezi kladné odpovědi můžeme uvést příklady, jako: „Sexuální činnost, líbání, potřeba intimity“. „Úplné souznění dvou lidí, psychické i fyzické, které nic neznamená bez lásky, milování, polibků a hlazení“. „Sexualita je intimno, spojení mezi párem, porozumění v sexu, hrátky a pomůcky“. Líbání, sex, hlazení, povídání si o sexu, zamilování“. „Rozmanitost pohlaví, sexuální styk“. „Láska, sex, něžnosti“. „Sex, orientace, náhlé změny v chování, dospívání“. „Intimita, hygiena, vztahy“. „Sexuální vzrušení, změny chování“. „Náhlé změny nálad, orientace pohlaví, masturbace, pohlavní styk, partnerství, seznamování se s opačným pohlavím“. „Představím si lásku, milování, polibky, spojení, porozumění, orgasmus“. „Rozmnožování, LGBT+“. A mnohé další podobné odpovědi. Respondenti,

kteří téma sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením vnímají spíše negativně, tak jejich odpovědi zněly, například: „Nutnost v manželství, není nutné provozovat, jen pro plození dětí“. Já si představím sex, ale to osoby s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují, neměly by se rozmnožovat“. „Je to sprosté slovo, hřích“. A také příklady odpovědí s odmítavým postojem k odpovědi: „Nechci se vyjadřovat, příliš osobní téma“. „Nechci odpovídat, je to příliš osobní“. O tom nechci mluvit, jsem věřící, děkuji“. Druhá otevřená otázka zjišťovala, zda respondent se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením pracuje, v případě odpovědi ano, jsme se dále respondenta dotazovali, jaké metody práce využívá, anebo pokud respondent odpověděl, že se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením nepracuje, tedy jeho odpověď byla ne, poté jsme se ho dále dotázali, zda by ho alespoň napadly nějaké metody práce se sexualitou. Více převládalo respondentů, kteří se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením nepracují, těch bylo 21, tedy 52,5 % a respondentů se sexualitou nějakým způsobem pracujících bylo zbylých 19, což je 47,5 % z celkového počtu respondentů. Respondenti, kteří odpověděli, že se sexualitou pracují, uvedly ve svých odpovědí, že používají metody práce se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením, například: „Placené sexuální asistence“. „Rozhovory, diskuze, spolupráce se sexuologem, edukační videa“. „Pozorování, rozhovory“. „Dotazníky, rozhovory, odborné knihy, naučná videa, školení, stáže“. „Odborné poradenství, naučné semináře, školicí akce“. „Konzultace se sexuologem“. „Rozhovory, filmy, mediace, knihy, projekty, odborná poradna“. Na straně druhé odpovídali ti, kteří se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením přímo nepracují, ale mohli se vyjádřit, jestli je nějaké metody při práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením napadnou. A ti odpověděli, například: „Vyhledat odborníka“. „Dotazníky, rozhovory, projekty“. „Informační brožury, knihy, filmy“. „Videa, komunitní kruhy, rozhovory“. „Odborné poradenství, společenské hry, naučné knihy, prospekty, školení“. „Lékařské metody“. A mnohé další tipy.

V následujících čtyřech podkapitolách, se zaměříme na interpretaci výsledků výzkumného šetření, které se týkají druhé a hlavní části našeho dotazníku, kde jsme zjišťovali odpověď na naši zadanou hlavní výzkumnou otázku, která zní: „**„Jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením?“**

Druhá a hlavní část našeho dotazníkového šetření spočívala ve zjištění důležitosti sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením z pohledu jejich opatrovníků, ať už šlo o opatrovníky veřejné či soukromé. Dotazník měl dvě podoby, dle preferencí respondentů. V prvním případě měli respondenti k dispozici 60 Q typů, které přemisťovali do sloupce vpravo, kde byly jednotlivá okna pod sebou a v každém z nich byl vyjádřený počet (vpravo nahoře) kolik zde musejí uložit Q typů. Poté, co tímto způsobem proběhlo pár dotazníkových šetření, zjistilo se, že je způsob více časově náročný, jak pro respondenty, tak i pro výzkumníka při zapisování výsledků do Formuláře pro výsledky Q třídění. Proto přišla varianta druhá, v podobě schématu na papírovém kartonu, kdy zde bylo přesně graficky zaznamenáno, pomocí jednotlivých 11 obdélných oken, kolik je kam nutno uložit Q typů, kdy pod okny byla ještě znázorněna bodová škála, zleva od 0 do 10 bodů vpravo. Druhá varianta byla mnohem přehlednější pro respondenta, když ukládal jednotlivé Q typy, ale také pro výzkumníka, když poté zapisoval výsledné body pro jednotlivé uložené Q typy do Formuláře pro výsledky Q třídění, protože již na kartonovém schématu po dokončení třídění Q typů respondentem měl výsledný obraz podobu pyramidy, stejně tak, jak je tomu u Formuláře pro výsledky Q třídění.

V následujících kapitolách si uvedeme výsledné průměrné hodnoty a směrodatné odchylky přisuzované důležitosti jednotlivých Q typů, v pořadí od těch nejdůležitějších po ty nejméně důležité. Výsledky budou interpretovány v podobě tabulek, přičemž každá tabulka bude obsahovat výsledné hodnoty vždy pro 15 Q typů, jelikož se v každé základní zkoumané oblasti nachází právě 15 Q typů, tudíž celkem 60 Q typů pro všechny čtyři zkoumané oblasti, přičemž oblasti odrážejí odpovědi na DVO1, DVO2, DVO3 a DVO4. Také je důležité zmínit a připomenout, že respondenti třídili a umisťovali Q typy na škále (vytvářeli vizuální pyramidu) všechny dohromady (všech 60 Q typů) a nebyly tedy nijak vyčleněny pro jednotlivé oblasti zvlášť.

5.1 Postoj opatrovníků k sexualitě

První oblast našeho zájmu zkoumala postoje opatrovníků, veřejných i soukromých, k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením. Oblast vychází z první dílčí výzkumné otázky DVO1, která přesně zní: **Jaký je postoj opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením?** Již na základě svého názvu nejpřesněji odráží hlavní výzkumnou otázku.

Výsledné průměrné hodnoty a hodnoty směrodatných odchylek pro jednotlivé Q typy znázorňuje tabulka níže. Výsledné hodnoty jsou zde seřazeny od těch s největší průměrnou hodnotou, které byly respondenty řazeny na místa s nejvyšším bodovým významem, na škále směrem vpravo, tedy ty, co jsou pro ně nejvíce důležité. Až po ty, které zobrazují nejmenší průměrnou hodnotu, tedy zde se jednalo o Q typy, které jsou pro respondenty nejméně důležité a umisťovali je na škále směrem vlevo.

Kromě výpočtů průměrných hodnot přisuzovaných důležitosti jednotlivých Q typů, nás také zajímaly výsledky hodnot **směrodatné odchylky**, které značí, jak daleko nebo naopak blízko respondenti umisťovali Q typy na škále od středních hodnot, které jsou tedy uprostřed naší škály. Tyto prostřední hodnoty na škále pro respondenta představují neutrální důležitost, tedy není to pro něho nejdůležitější, ale také ani nejméně důležité. Do středu schématu škály (pyramidy) také respondenti umisťovali nejvíce Q typů a to přesně 10. Výsledné směrodatné odchylky si můžeme rozlišit do **třech kategorií: 1. do hodnoty 1,50 nejméně vzdálené od středu, 2. nad 1,50 do 2,50 na více vzdálené od středu a 3. nad hodnotu 2,50 na nejvíce vzdálené od středu.**

Tabulka 4: Pořadí Q typů dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (první oblast)

Q typy	Průměr	Směrodatná odchylka
Q6	7,83	2,16
Q1	7,78	2,72
Q2	7,18	3,04
Q3	6,55	0,84
Q13	6,15	1,49
Q4	5,38	1,61
Q7	5,20	2,20
Q14	4,40	1,70
Q9	4,23	1,90
Q12	3,98	1,49
Q15	3,55	2,09
Q8	3,25	3,02
Q5	3,00	2,51
Q10	2,65	2,25
Q11	2,25	1,62

Na základě získaných výsledných výpočtů jsme se dozvěděli pořadí přisuzované důležitosti jednotlivých Q typu, patřících do oblasti první, pod názvem „Postoj opatrovníků k sexualitě“, která tedy odráží výsledky pro první dílčí výzkumnou otázku. Jak můžeme vidět v tabulce výše, tak nejvyšší průměrnou hodnotu obsadil Q typ Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují prožívat sexualitu (Q6) s průměrnou hodnotou 7,83. Druhou nejvyšší průměrnou hodnotu pro danou oblast představuje Q typ Sexualita je podle mě důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q1) s průměrnou hodnotou 7,78 a třetí nejvyšší hodnotu v našem pořadí průměrných hodnot přisuzovaných důležitosti představuje Q typ Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením mají na sexualitu stejné právo jako my ostatní (Q2) s průměrnou hodnotou 7,18. Na základě těchto vybraných Q typů o nejvyšší průměrné hodnotě můžeme usoudit, že se opatrovníci shodují na tom, že je pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením důležité prožívat sexualitu, zároveň se shodují, že je pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením sexualita důležitou součástí života a stejně tak jsou společného názoru, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením mají na sexualitu stejné právo jako my ostatní. Další Q typy, které byly dále v pořadí umisťovány jsou Q typ Podle mého názoru je sexualita u lidí s mentálním a kombinovaným postižením vnímána jako běžná součást jejich života (Q3) s průměrnou hodnotou 6,55. Dále Q typ Myslím si, že by osoby s mentálním a kombinovaným postižením neměly zažít rodičovství (Q13) s průměrnou hodnotou 6,15 a Q typ Myslím si, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují o sexualitě hovořit (Q4) s průměrnou hodnotou 5,38.

Pokud se na výsledné průměrné hodnoty podíváme ze strany druhé, tak se dozvídáme, že nejmenší průměrnou hodnotu v této oblasti získal Q typ Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením by neměly mít na sexualitu právo (Q11) s průměrnou hodnotou 2,25. Dále Q typ Sexualita podle mě není důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q10) s průměrnou hodnotou 2,65. A také s nízkou hodnotou Q typ Podle mě pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením není sexualita tak důležitá jako pro nás (Q5) s průměrnou hodnotou 3,00. V případě těchto umístěných výroků vidíme, že se jedná téměř o opak oproti těm, které respondenti označili za ty, jež jsou pro ně nejvíce důležité.

Podíváme-li se na výsledné hodnoty směrodatných odchylek, tak zjistíme, že do naší první vybrané kategorie hodnot do 1,50 a nejméně vzdálené od středu spadá především Q typ Podle mého názoru je sexualita u lidí s mentálním a kombinovaným postižením vnímána jako běžná součást jejich života (Q3), tudíž tato varianta byla nejblíže středu na pravou nebo levou stranu, a tedy se na ní všichni respondenti téměř shodli. Do druhé kategorie reprezentující hodnoty nad 1,50 a do 2,50 na více vzdálené od středu patří například Q typ Podle mě je normální, když osoba s mentálním a kombinovaným postižením bude mít pohlavní styk (Q14), zde se respondenti již více různili ve svých odpovědích. Ve třetí kategorii nad hodnotou 2,50 těch nejvíce vzdálených od středu si můžeme uvést příklad Q typu Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují prožívat sexualitu (Q8), zde se respondenti ve svých odpovědích nejvíce lišili, někteří s výrokem souhlasili více a druzí méně.

5.2 Konzultace otázek sexuality

Druhá oblast našeho zájmu zkoumala, jak velkou důležitost přisuzují opatrovníci konzultaci otázek sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením. Oblast vychází z druhé dílčí výzkumné otázky DVO2, která přesně zní: **Jak je pro opatrovníky důležité konzultovat otázky sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením?**

Výsledné průměrné hodnoty a hodnoty směrodatných odchylek pro jednotlivé Q typy znázorňuje tabulka níže. Hodnoty jsou seřazeny dle stupně důležitosti, od Q typů, které jsou pro respondenty nejvíce důležité a Q typy, které jsou pro respondenty důležité nejméně.

Tabulka 5: Pořadí Q typů dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (druhá oblast)

Q typy	Průměr	Směrodatná odchylka
Q22	7,30	1,69
Q26	6,05	2,00
Q16	5,93	1,84
Q28	5,80	2,78
Q19	5,70	1,73
Q17	5,65	1,17
Q23	5,40	1,51
Q27	5,20	1,31
Q18	5,05	2,24
Q25	4,83	1,14
Q20	4,78	0,96
Q21	4,20	1,44
Q29	4,18	1,72
Q30	3,23	0,96
Q24	3,08	1,78

Na základě získaných výsledných hodnot pro danou oblast jsme se dozvěděli, že největší důležitost je přisuzována Q typu Domnívám se, že oblast sexuality u syna/dcery (klienta) je podstatné řešit s lékařem (Q22) s průměrnou hodnotou 7,30. Druhá nejvyšší průměrná hodnota byla přisuzována Q typu Myslím si, že oblast sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením nepovažuji za oblast svého zájmu s průměrnou hodnotou 6,05. A třetí nejvyšší průměrná hodnota se týkala Q typu Myslím si, že je důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat (Q16) s průměrnou hodnotou 5,93. V případě umístěných výroků na škále si můžeme povšimnout již prvního rozporu, kdy velká část respondentů se přiklání k variantě, že je důležité otázky sexuality konzultovat s lékařem, jiní naopak uvádějí, že sexualitu u osob s mentálním a kombinovaným postižením nepovažují za oblast svého zájmu. Naopak v pořadí třetím se již zase velká část respondentů shoduje, že je důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat.

Ze strany druhé se zase dozvídáme, že nejmenší průměrná hodnota odpovídá Q typu Myslím si, že není důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat (Q24) s průměrnou hodnotou 3,08. Další nízkou hodnotu představuje Q typ

Jsem názoru, že sexualitu svého syna/dcery (klienta) nechci s nikým řešit, včetně odborníka (Q30) s průměrnou hodnotou 3,23. A poslední nízká hodnota, kterou si uvedeme, představuje Q typ Potřebné informace z oblasti sexuality si podle mě nezvládnu vyhledat sám (Q29) s průměrnou hodnotou 4,18. Zde se dozvídáme, že menší část respondentů je názoru, že sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují řešit ani s odborníkem, a také že není důležité se o sexualitu těchto osob více zajímat.

Výsledné hodnoty směrodatných odchylek nám zjišťují, že do první kategorie hodnot do 1,50, které jsou nejméně vzdálené od středních hodnot, si můžeme uvést například Q typ Myslím si, že určitě nepotřebuji navštěvovat odborné poradenství v oblasti sexuality (Q25), zde se respondenti tedy téměř nejvíce shodují. Do druhé kategorie hodnot mezi 1,50 a 2,50, které jsou více vzdálené od středu si uvedeme příklad Q typu Domnívám se, že bych měl navštěvovat odbornou poradnu, kde mi mohou sdělit, jak sexualitu u osob s mentálním a kombinovaným postižením řešit (Q19) a nakonec příklad pro třetí kategorii hodnot nad 2,50, které jsou nejvíce vzdáleny od středu si uvedeme Q typ Podle mého názoru všechny potřebné informace v oblasti sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením naleznu na Internetu (Q28), v tomto případě se respondenti ve svých odpovědí různili nejvíce.

5.3 Prostředí pro sexualitu

Třetí oblast našeho zájmu zkoumala, jakou přisuzují opatrovníci důležitost připravenosti prostředí v zařízení sociálních služeb pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením. Oblast vychází ze třetí dílčí výzkumné otázky DVO3, která přesněji zní: **Jak je pro opatrovníky důležitá připravenost prostředí pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením v zařízení sociálních služeb?**

Výsledné průměrné hodnoty a hodnoty směrodatných odchylek pro jednotlivé Q typy znázorňuje tabulka níže. Všechny hodnoty jsou opět seřazeny dle stupně důležitosti, od

těch Q typů, kterým respondenti přisuzují největší důležitost, až po ty Q typy, kterým naopak přisuzují respondenti důležitost nejmenší.

Tabulka 6: Pořadí Q typů dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (třetí oblast)

Q typy	Průměr	Směrodatná odchylka
Q32	6,90	1,96
Q31	6,83	1,88
Q33	6,40	2,62
Q37	6,15	1,48
Q38	5,48	1,91
Q36	5,18	2,11
Q40	4,55	1,16
Q43	4,55	2,02
Q45	4,18	1,22
Q35	3,88	2,64
Q34	3,80	2,22
Q42	3,43	2,46
Q41	3,25	1,95
Q39	2,93	1,78
Q44	2,78	1,01

Získáním výsledných hodnot jsme se dozvěděli, že nejvyšší průměrnou hodnotu představuje Q typ Je pro mě důležité, že jsou prostory zařízení dobře připravené pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q32) s průměrnou hodnotou 6,90. Druhý v pořadí je Q typ Je pro mě důležité, že je zařízení mého syna/dcery (klienta) dostatečně připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q31) s průměrnou hodnotou 6,83 a třetí nejvyšší průměrnou hodnotu respondenti přisoudili Q typu Považuji za důležité, aby pracovníci v našem zařízení byli dobře proškoleni a připraveni na práci se sexualitou svých klientů (Q33) s průměrnou hodnotou 6,40. Z těchto výsledků můžeme usoudit, že je pro nejvíce respondentů důležité připravení prostor zařízení sociálních služeb pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením, a také za velmi důležité respondenti považují připravenost zařízení na práci se sexualitou svých klientů a proškolení zaměstnanců zařízení sociálních služeb v oblasti sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením.

Na druhé straně v případě nejnižších průměrných hodnot zde můžeme zařadit Q typ Není pro mě důležité, že zařízení není vůbec přizpůsobené pro práci se sexualitou (Q44) s průměrnou hodnotou 2,78, další nízkou hodnotu představuje Q typ Není pro mě důležité, když zařízení není dostatečně připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q39) s průměrnou hodnotou 2,93. A třetí Q typ, kterému byla přisuzována nejmenší důležitost nám vyšel Q typ Nepovažuji za důležité, když pracovníci v zařízení mého syna/dcery (klienta), nezvládají se sexualitou pracovat (Q41) s průměrnou hodnotou 3,25, na základě těchto zjištění se potvrdilo, že respondenti přizpůsobení a připravenost zařízení pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením opravdu považují za velmi důležité a stejně tak je pro ně důležité, aby pracovníci v zařízení byli schopni se sexualitou svých klientů opravdu pracovat, tudíž ji zvládali.

Podíváme-li se na výsledné hodnoty směrodatných odchylek tak pro první kategorii hodnot do 1,50, které jsou nejméně vzdálené od středu si můžeme uvést příklad Q typu Není pro mě důležité, když do zařízení nechodí více externích odborníků (Q40) zde se respondenti příliš nelišili ve svých odpovědích. Ve druhé kategorii s hodnotami nad 1,50 do 2,50, které jsou více vzdálené od středu zmíníme Q typ Není pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) v zařízení dostatečné soukromí (Q43) zde se respondenti již více lišili ve svých odpovědí a pro třetí kategorii hodnot, které jsou nad 2,50, tedy nejvíce vzdálené od středu, zde si můžeme uvést Q typ Není pro mě důležité, že jsou v zařízení pracovníci, kteří mají strach pracovat se sexualitou svých klientů (Q35).

5.4 Využívané možnosti uspokojení sexuálních potřeb

Čtvrtá oblast našeho zájmu zkoumala, jakou důležitost přisuzují opatrovníci k využívání nabídky možností sloužících k uspokojování sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením. Oblast zájmu vychází ze čtvrté dílčí výzkumné otázky DVO4 a ta konkrétně zní: **Jak je pro opatrovníky důležité využívat nabídku možností k uspokojování sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením?**

Výsledné průměrné hodnoty a hodnoty směrodatných odchylek pro jednotlivé Q typy jsou znázorněny v tabulce níže. Všechny hodnoty v tabulce jsou seřazeny dle stupně

přisuzovaného důležitosti, od Q typů, které jsou respondenty vnímány za nejvíce důležité, až po Q typy, které jsou naopak respondenty vnímány za nejméně důležité.

Tabulka 7: Pořadí Q typů, dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (čtvrtá oblast)

Q typy	Průměr	Směrodatná odchylka
Q58	7,35	2,19
Q52	7,18	1,34
Q51	6,88	1,72
Q48	6,85	2,13
Q47	5,93	2,73
Q56	5,93	0,57
Q50	5,43	1,64
Q57	5,30	0,87
Q49	5,20	2,11
Q60	5,05	0,59
Q54	4,95	1,96
Q59	4,13	2,55
Q55	3,85	1,59
Q46	3,33	1,72
Q53	2,58	1,97

Při výpočtu průměrných hodnot jsme se dozvěděli, že nejvyšší průměr představuje Q typ Je pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) své vlastní sexuální pomůcky (Q58) s průměrnou hodnotou 7,35. Druhý v pořadí s nejvyšším průměrem je Q typ Je pro mě důležité, že má syn/dcera (klient) v domácím prostředí dostatek soukromí. O sexualitě spolu můžeme otevřeně mluvit (Q52) s průměrnou hodnotou 7,18. Třetí v pořadí s nejvyšším průměrem skončil Q typ Podle mě je důležité se svým synem/dcerou (klientem) navštěvovat odbornou poradnu v oblasti sexuality (Q51) s průměrnou hodnotou 6,88. Na základě těchto zjištění se dozvídáme, že respondenti považují za důležité, aby měli jejich děti či klienti vlastní sexuální pomůcky a stejně tak, aby měli v domácím prostředí dostatek soukromí a mohli společně otevřeně o sexualitě hovořit s osobami s mentálním a kombinovaným postižením. A také svoji míru důležitosti přisuzovali k tomu, že je důležité navštěvovat se svým synem/dcerou či klientem odbornou poradnu v oblasti sexuality.

Na straně druhé jsme zjistili, že nejnižší průměrná hodnota připadla Q typu Není pro mě důležité navštěvovat sexuologa s osobou s mentálním a kombinovaným postižením (Q53) s nejnižší průměrnou hodnotou 2,58. Další nízkou průměrnou hodnotu představuje Q typ Myslím si, že pro mě není důležité využívat nabídku možností k uspokojení sexuálních potřeb u klientů s mentálním a kombinovaným postižením (Q46) s průměrnou hodnotou 3,33 a třetí nejnižší průměrnou hodnotu představuje Q typ Myslím si, že není důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) ve svém domácím prostředí soukromí (Q55) s průměrnou hodnotou 3,85. Respondenti tedy nejméně souhlasí s tím, že není důležité s osobou s mentálním a kombinovaným postižením navštěvovat společně sexuologa, také nejméně souhlasí s výrokem, který se týká nedůležitosti využívat nabídku možností k uspokojování sexuálních potřeb klientů a poslední výrok se, kterým souhlasili nejméně vypovídá o tom, že je pro respondenty důležité, aby jejich děti či klienti měli v domácím prostředí dostatek soukromí.

Soustředíme-li se na směrodatné odchylky, tak zjistíme, který Q typ můžeme zařadit do první kategorie hodnot do 1,50, tedy těch nejméně vzdálených od středu. Může se jednat například o Q typ Nepovažuji za důležité si se svým synem/dcerou (klientem) povídat o sexualitě (Q56), zde se respondenti ve svých odpovědích vzdalovali nejméně, větší míra vzdálení přišla u Q typu patřícího do druhé kategorie hodnot nad 1,50 a do 2,50, kde si můžeme uvést Q typ Je pro mě důležité používat u klientů léky na potlačení sexuality (Q49), tady se respondenti ve svých odpovědích více vzdalovali a nakonec největší vzdálení přišlo u třetí kategorie hodnot nad 2,50, přičemž si zde můžeme uvést příklad Q typu Je pro mě důležité nepodávat synovi/dceři (klientovi) léky na potlačení sexuality (Q47) v případě tohoto Q typu se respondenti ve svých odpovědí lišili nejvíce, takže byli zde ti, kteří tvrzení výrazně považovali za důležité a naopak ti, kteří jej považovali za výrazně nedůležité.

6 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Na základě výsledků našeho výzkumného šetření můžeme konstatovat, že u respondentů zapojených do šetření, tedy veřejných a soukromých opatrovníků, pohlaví mužského i ženského, působících či pocházejících ze Zlínského a Olomouckého kraje, převládají k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením převážně kladné postoje. O zjištění vypovídá výsledné pořadí umisťovaných Q typů (výroků) na škále dle důležitosti, od naprosto není důležité po velmi důležité. Ještě je důležité zmínit, že do výzkumného šetření se zapojilo více mužů než žen, převážná část respondentů byli soukromí opatrovníci a menší část ti veřejní, více zapojených opatrovníků pochází ze Zlínského kraje, tudíž menší část z Olomouckého kraje a téměř zanedbatelný rozdíl je mezi opatrovníky, kteří se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením pracují, těch je o trochu méně a těch, kteří s ní nepracují nebo zatím nepracují, kterých je tedy více.

Při výpočtech výsledných průměrných hodnot jsme přišli ke zjištění, že nejvyšší důležitost přisuzovali opatrovníci Q typu Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují prožívat sexualitu (Q6), další v pořadí s nejvyšší průměrnou hodnotou byl umisťován Q typ Sexualita je podle mě důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q1), zde jsme se tedy dozvěděli, že respondenti považují za důležité, aby lidé s mentálním a kombinovaným postižením prožívali sexualitu a stejně tak se přiklonili k výroku, že je pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením sexualita důležitou součástí života. Q typ Myslím si, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují o sexualitě hovořit (Q4) se na stupnici průměrných hodnot umístil v části s vyšším průměrem, tudíž respondenti i tomuto výroku přisuzují poměrně velkou důležitost. Při zjišťování toho, jak je pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením důležité mít o sexualitě povědomí, z pohledu opatrovníků, vypovídá Q typ Podle mého názoru osoby s mentálním a kombinovaným postižením by měly mít povědomí o tom, co sexualita obnáší (Q7), který se při výsledném průměru umístil také v části, kterou respondenti považovali za důležitou.

Další zjištění spočívalo v tom, jakou důležitost opatrovníci přisuzují konzultaci otázek v případě sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením. Přičemž opatrovníci největší důležitost přisoudili Q typu Domnívám se, že oblast sexuality u syna/dcery (klienta) je podstatné řešit s lékařem (Q22). Vysokou průměrnou hodnotu obdržel také Q typ Myslím si, že je důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením

více zajímat (Q16). Zde ale také velké množství respondentů považovalo za důležité Q typ Myslím si, že oblast sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením nepovažuji za oblast svého zájmu (Q26). Tudíž se v tomto případě objevily opačné názory.

Třetí oblast nám zjistila, že je pro opatrovníky velmi důležité, aby byly prostory zařízení dobře připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením, prostřednictvím Q typu Je pro mě důležité, že jsou prostory zařízení dobře připravené pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením (Q32), kterému byla přisuzována ta největší důležitost, na základě průměrné hodnoty. Obdobně byla přisuzovaná důležitost i Q typu Považuji za důležité, aby pracovníci v našem zařízení byli dobře proškoleni a připraveni na práci se sexualitou svých klientů (Q33). Výroku, který se týkal zjištění, jak je pro opatrovníky důležité, aby byly pro klienty v zařízeních sociálních služeb dostupné pomůcky při práci se sexualitou, respondenti přisoudili také velmi vysokou míru důležitosti, jednalo se o Q typ Je pro mě důležité, aby se v zařízení pro klienty nacházely vhodné pomůcky k práci s jejich sexualitou (Q37).

V poslední čtvrté oblasti nás zajímalo zjištění, jak je pro opatrovníky důležité využívat nabídku možností k uspokojování sexuálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením, v tomto případě jsme se dozvěděli, že respondenti téměř nejvíce nesouhlasili s výrokem, který obdržel velmi nízkou průměrnou hodnotu, jednalo se o Q typ Myslím si, že pro mě není důležité využívat nabídku možností k uspokojení sexuálních potřeb u klientů s mentálním a kombinovaným postižením (Q46), na základě toho se dozvídáme, že je pro ně naopak poměrně dost důležité využívat nabídku pro tyto možnosti. Výrok se kterým respondenti ve čtvrté oblasti nejvíce souhlasili je Q typ Je pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) své vlastní sexuální pomůcky (Q58), zde můžeme poukázat na to, že opatrovníci dávají přednost spíše sexuálním pomůckám, než třeba přímo placené sexuální asistenci, pro kterou byl použit Q typ Za důležité považuji zajištění placené sexuální asistence pro syna/dceru/klienta (Q50), který získal průměrnou hodnotu odpovídající zhruba ve středu pro danou čtvrtou oblast, pokud ale dáme tento Q typ do celkového porovnání mezi všech 60 Q typů, tak zjistíme, že se také nachází v části s větším souhlasem respondentů.

Vezmeme-li výsledné hodnoty po roztřídění jednotlivých Q typů, nejvyšší průměrnou hodnotu ze všech 60 Q typů, tedy nejvyšší důležitost patří Q typu Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují prožívat sexualitu (Q6) a naopak

výrok, který byl opatrovníky při třídění vnímán za nejméně důležitý, je Q typ Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením by neměly mít na sexualitu právo (Q11), proto je pro nás závěrečné shrnutí hned jasnější, když víme, že opatrovníci tento výrok brali za nejméně důležitý, a tedy jsou opačného názoru.

6.1 Doporučení pro praxi

Výzkum měl jednak poukázat na problematiku práce se sexualitou a ověřit postoje lidí, kteří mají k osobám s mentálním a kombinovaným postižením velmi blízko, ale také jsme tento výzkum chtěli použít k tomu, abychom motivovali současné poskytovatele sociálních služeb, sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, opatrovníky, ale i další osoby k tomu, aby se sexualitou lidí s mentálním a kombinovaným postižením začaly pracovat nebo pokud již s ní pracují, tak aby nepřestávaly a dále své znalosti a zkušenosti prohlubovaly. Začátek veškeré práce začíná v jediném kroku, naslouchat a zjistit, co osoby s mentálním postižením skutečně potřebují. V zařízeních sociálních služeb první krok spočívá ve vytvoření si dobrého pracovního týmu, který se sexualitou svých klientů bude chtít pracovat, poté si stanovit cíle, které mezi sebou budou pracovníci konzultovat na společných poradách, je důležité, aby si všichni pracovníci mezi sebou sdělili, co vlastně od sexuality očekávají a naopak v čem mohou být jejich limity, další krok se týká zjištění požadavků svých klientů, aby mohli volně a bez zábran vyjádřit zase svá očekávání a potřeby, následně je důležité, aby pracovní tým společnými silami vytvořil protokol sexuality, ve kterém bude interpretovat veškerá svá zjištění a očekávání od pracovníků i klientů. Nakonec to nejdůležitější obnáší až závěrečná fáze práce se sexualitou, téma je důležité v organizaci udržet, tím pádem ho zahrnovat do společných porad, nebát se řešit problémy s ním spojené a dále rozvíjet svůj zájem o získávání znalostí v této oblasti, protože vše se neustále vyvíjí a je potřeba jít společným krokem.

Výsledky výzkumného šetření mohou dále sloužit jako pomocné materiály například do vědeckých článků či jiných odborných publikací, nebo mohou být součástí přehledových statistik. Samozřejmě by veškerá zjištění z výzkumu mohla být použita k realizaci dalšího výzkumného šetření zabývající se obdobnou problematikou, výzkumníci by například mohli realizovat dotazníkové šetření na sociálních pracovnících nebo pracovnících v sociálních službách, přičemž by se zabývali postoji těchto osob.

ZÁVĚR

Problematika našeho výzkumného šetření spočívala ve skutečnosti, že se dnes stále ještě setkáváme s různými názory na sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením. Ze strany jedné je sexualita u lidí s mentálním a kombinovaným postižením přijímána, jsou zde snahy o to, pracovat s ní, dále se rozvíjet v této oblasti, získávat o ní nové znalosti a zkušenosti, což se týká části lidí, kteří ji vnímají za důležitou, nehledě na mýty a předsudky, které jsou se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením spojené. Druhá část je naopak názoru, že sexualita by měla být jen pro „zdravé“ a osoby s mentálním postižením jsou přeci spíše „jako děti“. A takových názorů je velké množství. Samozřejmě se zde nabízí i ta část lidí, kteří sexualitu u osob s mentálním a kombinovaným postižením respektují, ale dále se s ní nechtějí zabývat.

Cílem výzkumného šetření bylo získat pohled veřejných a soukromých opatrovníků na problematiku práce se sexualitou, konkrétně jsme zjišťovali jejich postoje v rámci přisuzování důležitosti jednotlivým výrokům. Jelikož byl výzkum prováděn s opatrovníky, tak jsme se dozvěděli jejich náhled na problematiku sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením. Zajímalo nás, jestli ji vnímají za důležitou nebo naopak za něco bezvýznamného. V rámci výzkumného šetření jsme také zjišťovali, zda se sexualitou pracují a jaké používají při práci metody. Překvapivá část již se sexualitou nějakým způsobem pracuje, ať už využívají metody práce v podobě rozhovorů, dotazníků, praktických pomůcek nebo navštěvují odbornou poradnu či sexuologa.

V teoretické části jsme se zabývali vymezením základních pojmů jako je mentální postižení a kombinované postižení, klasifikací obou druhů postižení, v další kapitole jsme pracovali s tématem sexuality u lidí s mentálním a kombinovaným postižením, a také se sexuálním zneužíváním u těchto osob, v poslední kapitole nás zajímal celkový systém opatrovnictví se všemi svými aktéry a blíže jsme si specifikovali výkon veřejného opatrovnictví.

V praktické části jsme si zvolili kvantitativní výzkum, který měl podobu dotazníkového šetření, přičemž byl výzkumný nástroj zpracován pomocí Q metodologie, ve výsledku měl dotazník dvě části, první část byla tvořená uzavřenými otázkami informačního charakteru a otevřenými otázkami, které zjišťovaly, co si respondenti představí pod pojmem sexualita a zda se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením pracují a jak. Druhá a hlavní část dotazníku byla tvořena 60 Q typy (výroky), které

respondenti třídili na škále dle přisouzené důležitosti. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit postoj veřejných a soukromých opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením.

Domníváme se, že na základě našich zjištění se můžeme přiklonit k tvrzení, že převažují jednoznačně postoje kladné, které zdůrazňují důležitost prožívání sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením, a také její důležitou součást v životě těchto osob. Respondenti svoji důležitost přisuzovali také výrokům, které si týkaly potřebnosti se o problematiku více zajímat. Za důležité dále považovali připravenost prostředí při práci se sexualitou a proškolení pracovníků v zařízeních sociálních služeb v této oblasti. A také je pro ně velmi důležité, že mají k dispozici širokou nabídku možností, jak se sexualitou mohou pracovat.

Naopak nejmenší důležitost byla respondenty přisuzována tvrzením, že by osoby s mentálním a kombinovaným postižením neměly mít na sexualitu právo, že není důležité se o sexualitu více zajímat, není důležitá připravenost zařízení pro práci se sexualitou, a také že pro ně není důležité navštěvovat se svým synem, svou dcerou či klientem sexuologa.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11

[2] BOROVSKÁ, Kateřina, 2018. Svéprávnost a opatrovnictví z pohledu klientů a odborné veřejnosti [online]. České Budějovice. [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://theses.cz/id/ia7crt/25499050. Diplomová. Jihočeská univerzita.

[3] ČERNÁ, Marie, 2008. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

[4] Český statistický úřad: Výběrové šetření osob se zdravotním postižením - 2018 [online]. 2019 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018

[5] DRÁBEK, Tomáš, 2013. Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením – Publikace pro odborné sociální poradenství [online]. Praha: Střední škola mediální grafiky a tisku. [cit. 2021-8-27]. ISBN 978-80-260-5282-1.

[6] FRANIOK, Petr, 2008. Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením). Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 142 s. ISBN 9788073686222.

[7] GAVORA, Peter, 2000. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido. ISBN 8085931796.

[8] HARTL, Pavel, 2004. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.

[9] HAVLÍKOVÁ, Michaela, 2015. Likert scale versus Q-table measures – a comparison of host community perceptions of a film festival. Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism [online]. 2015, 16(2), s. 196-207 [cit. 2022-04-10]. ISSN 1502-2250. Dostupné z: doi:10.1080/15022250.2015.1114901

[10] CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753263.

[11] INSTAND, Z. S. Metodika výkonu opatrovnictví. Karlovy Vary, 2015. 78 stran. Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/metodika-vykonu-opatrovnictvi.pdf

[12] IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica a FILKA, Jaroslav, 2013. Opatrovnictví osob s duševní poruchou [online]. Grada, [cit. 2022-04-10]. ISBN 978-80-247-8899-9. Dostupné z: https://www.bookport.cz/e-kniha/opatrovnictvi-osob-s-dusevni-poruchou-711553/

[13] JIRÁSKOVÁ, Markéta a HARANGOVÁ, Iveta, 2015. Metodika práce asistenta pedagoga: práce se žákem s kombinovaným postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4708-7.

[14] JURÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina a FILKA, Jaroslav, 2014. Opatrovnictví osob s duševní poruchou. Praha: Grada. ISBN 9788024747866.

[15] KALVAS, František, 2017. Využití Q metodologie pro konstrukci vlastního měřícího nástroje [online]. 2017 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: https://www.evaltep.cz/soubor/vyuziti-q-metodologie-pro-konstrukci-vlastniho-mericiho-nastroje-pdf/

[16] KUBRICKÝ, Jan, 2011. JEDNO Z ŘEŠENÍ ELEKTRONICKÉ Q METODOLOGIE [online]. [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: https://docplayer.cz/38936762-Jedno-z-reseni-elektronicke-q-metodologie.html

[17] KYPETOVÁ, Jaroslava, 2020. Veřejné opatrovnictví – služba státu na účet obcí? [online]. 2020 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6789742

[18] LUDÍKOVÁ, Libuše, 2005. Kombinované vady. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

[19] MACHOVÁ, Zuzana, NOSKOVÁ, Alena, ONDRÁČKOVÁ, Monika a OUŘETSKÁ, Jana, 2020. Metodika výkonu veřejného opatrovnictví. Krajský úřad Královéhradeckého kraje, Hradec Králové. [online]. [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/socialni-oblast/verejne-opatrovnictvi/Metodika_vykonu_verejneho_opatrovnictvi_2--prepracovane-vydani.pdf

[20] MANDZÁKOVÁ, Stanislava, 2013. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál. ISBN 9788026205029.

[21] MAREČKOVÁ, Jana a MATIAŠKO, Maroš, 2010. Otázka opatrovnictví dospělých. Praha: Linde. 223 s. ISBN 978-807201-801-7.

[22] MATOUŠEK, Oldřich et al., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

[23] MCKEOWN, Bruce a Dan B. THOMAS, 2013. Q methodology. Second edition. Los Angeles: SAGE, xviii, 96 s. Quantitative applications in the social sciences. ISBN 978-1-4522-4219-4.

[24] MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin a FILKA, Jaroslav, 2018. Mentální postižení 2., přepracované a aktualizované vydání [online]. Grada. [cit. 2022-04-10]. ISBN 978-80-247-3050-9. Dostupné z: https://www.bookport.cz/e-kniha/mentalni-postizeni-711540/

[25] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019. Zpravodaj sociální práce [online]. 4. vydání. Evropský sociální fond. [cit. 2022-04-11]. ISBN 978-80-7421-151-5. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4._Zpravodaj_socialni_prace.pdf/6581a713-36af-936f-98ac-a8109622c915

[26] MINISTERSTVO VNITRA, 2016. Základní informace pro obce jako veřejné opatrovníky, I. vydání. Praha. 84 s. Dostupné z: https://www.mvcr.cz/clanek/verejne-opatrovnictvi.aspx

[27] MONATOVÁ, Lili, 1994. Pedagogika speciální: [určeno pro posluchače fakulty pedagogické]. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1009-6.

[28] NEKOLA, Martin, 2012. „Pragmatists, Prohibitionists and Preventionists in Czech Drug Policy.“ Central European Journal of Public Policy 6(2): 56–83. [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235760275_Pragmatists_Prohibitionists_and_Preventionists_in_Czech_Drug_Policy

[29] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

[30] PIPEKOVÁ, Jarmila, ed., 2006. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido. 404 s. ISBN 8073151200.

[31] SLOWÍK, Josef, 2016. Speciální pedagogika. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

[32] SOVÁK, Miloš, EDELSBERGER, Ludvík a EDELSBERGER, Tomáš, 2000. Defektologický slovník. Jinočany: H & H. 418 s. ISBN 8086022765.

[34] ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2007. Sexualita osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Skripta. ISBN 9788024416892.

[35] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva 2006. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 8073670607.

[36] ŠVESTKA, Jiří, DVOŘÁK, Jan, FIALA, Josef a kol., 2014. Občanský zákoník: Komentář. Svazek I. Praha: Wolters Kluwer, a. s. 1736 s. ISBN 978-80-7478-370-8.

[37] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. Psychologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky [online]. 1999 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: http://msk.comehere.cz/pspompr.pdf

[38] VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich, 2013. Psychopedie – teoretické základy a metodika. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.

[39] VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin, 2018. Mentální postižení. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 9788027103782.

[40] VANČOVÁ, Alica, 2010. Pedagogika viacnásobne postihnutých. Bratislava: Kinezis Klub Tatry. 173 s. ISBN 978-80-970228-1-5.

[41] VELEMÍNSKÝ, Miloš, VOLFOVÁ, Iva a KOZÁKOVÁ, Zdeňka, 2008. Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7129-1.

[42] VENGLÁŘOVÁ, Martina a EISNER, Petr, 2013. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál. ISBN 9788026203735.

[43] Veřejné opatrovnictví – služba státu na účet obcí? Bydliště nebo trvalý pobyt. Deník veřejné správy [online]. 2020 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6789742

[44] VÍTKOVÁ, Marie, 2006. Somatopedické aspekty. Brno: Paido. 302 s. ISBN 8073151340.

[45] VÍTKOVÁ, Marie, ed., 2003. Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce". Brno: MSD. ISBN 80-86633-08-x.

[46] VÍTKOVÁ, Marie, ed., 2004. Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce". Brno: MSD. ISBN 80-86633-22-5.

[47] VODÁČKOVÁ, Daniela, 2007. Krizová intervence. Praha: Portál. 543 s. ISBN 9788073673420.

[48] WEISS, Petr, 2010. Sexuologie. Praha: Grada. 724 s. ISBN 9788024724928.

[49] WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE AND BZGA, 2010. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA. ISBN 978-3-937707-82-2. Dostupné z: https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2016/06/WHOStandards-for-Sexuality-Ed-in-Europe.pdf

[50] WYCZESANY, Janina, 2004. Pedagogika upośledzonych umysłowo. Krakow: Impuls. ISBN 83-7308-241-7.

[51] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. [cit. 2022-01-26]. Dostupné také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40

[52] Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. [cit. 2022-01-26]. Dostupné také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89

[53] Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. [cit. 2022-01-26]. Dostupné také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-99

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma systému opatrovnictví (Juríčková, 2012) 37

Obrázek 2: Schéma Q-třídění podle kvazinormální distribuce (Chráska, 2016) 52

Obrázek 3: Q sample (vlastní zdroj) 56

Obrázek 4: Formulář pro výsledky Q třídění (Polechová in Kubrický, 2011) 57

Obrázek 5: Funkce výkonu veřejného opatrovnictví na území České republiky v roce 2019 (Deník veřejné správy, 2020) 58

Obrázek 6: Počet osob s mentálním postižením v na území České republiky v roce 2018 (ČSÚ, 2019) 59

Obrázek 7: Povolený počet Q typů pro jednotlivá umístění na bodové škále (vlastní zdroj) 61

Obrázek 8: Prázdný Formulář Q-třídění 61

Obrázek 9: Škála bodového hodnocení pro jednotlivé umístěné Q typy (vlastní zdroj) 62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů 63

Tabulka 2: Výkon funkce opatrovnictví 64

Tabulka 3: Jednotlivé zastoupení krajů v poměru k celkovému počtu respondentů 64

Tabulka 4: Pořadí Q typů dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (první oblast) 67

Tabulka 5: Pořadí Q typů dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (druhá oblast) 70

Tabulka 6: Pořadí Q typů dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (třetí oblast) 72

Tabulka 7: Pořadí Q typů, dle stupně důležitosti, od nejvíce důležitých po nejméně důležité (čtvrtá oblast) 74

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Tabulky výsledných hodnot po zapsání Q typů jednotlivých respondentů

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Anna Hostašová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího studijního programu „Sociální pedagogika“ na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který se týká postojů opatrovníků k sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením. Dotazník poslouží jako podklad pro moji diplomovou práci pod názvem „Sexualita u osob s mentálním a kombinovaným postižením pohledem jejich opatrovníků“. Dotazník je zcela anonymní proto, nikde neuvádějte svoje jméno.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

I. Část - základní informace

1. **Jste**
   a) muž
   b) žena

2. **Vaše funkce výkonu opatrovnictví je?**
   a) Veřejná
   b) Soukromá (jsem rodinný příslušník, osoba známá pro opatrovance)

3. **Odkud pocházíte?**
   a) Zlínský kraj
   b) Olomoucký kraj

4. **Co si představíte pod pojmem sexualita?** (jednoduše, stačí termíny)

II. Část - důležitost sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením

Následný postup:

Celkem máte k dispozici 60 výroků (Q typů), které je potřebné rozdělit do 11 polí dle důležitosti, a to od shora směrem dolů. Nahoru vkládejte oblasti nejvíce důležité a směrem dolů pak oblasti méně důležité, tak jak je za důležité vnímáte Vy. V levém sloupci naleznete seznam jednotlivých výroků (karet). Jednotlivé karty přemisťujete během svého rozhodování do pravého sloupce, samozřejmě je můžete vracet zpátky do seznamu a své rozhodování průběžně měnit. V každém poli (vpravo) je přesně daný počet karet, kolik je zde potřebné karet umístit.

Jednotlivé oblasti jsou rozlišeny barvami.

Výroky (Q typy)	Jednotlivá pole pro umístění
Q1 Sexualita je podle mě důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením.	**I.(2)**
Q2 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením mají na sexualitu stejné právo jako my ostatní.	
Q3 Podle mého názoru je sexualita u lidí s mentálním a kombinovaným postižením vnímána jako běžná součást jejich života.	**II.(3)**
Q4 Myslím si, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují o sexualitě hovořit.	
Q5 Podle mě pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením není sexualita tak důležitá jako pro nás.	
Q6 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením potřebují prožívat sexualitu.	**III.(4)**
Q7 Podle mého názoru osoby s mentálním a kombinovaným postižením by měly mít povědomí o tom, co sexualita obnáší.	
Q8 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují prožívat sexualitu.	
Q9 Podle mě osoby s mentálním a kombinovaným postižením nepotřebují znát, co sexualita obnáší.	
Q10 Sexualita podle mě není důležitou součástí života osob s mentálním a kombinovaným postižením.	**IV.(7)**
Q11 Myslím, že osoby s mentálním a kombinovaným postižením by neměly mít na sexualitu právo.	

Q12 Podle mého názoru by osoby s mentálním a kombinovaným postižením měly zažít rodičovství.	
Q13 Myslím si, že by osoby s mentálním a kombinovaným postižením neměly zažít rodičovství.	
Q14 Podle mě je normální, když osoba s mentálním a kombinovaným postižením bude mít pohlavní styk.	
Q15 Myslím si, že určitě není normální, aby osoba s mentálním a kombinovaným postižením měla pohlavní styk.	
Q16 Myslím si, že je důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat.	
Q17 Podle mě je důležité si o sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením vyhledávat informace.	**V.(9)**
Q18 Myslím si, že v oblasti sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením nemusím mít přehled.	
Q19 Domnívám se, že bych měl navštěvovat odbornou poradnu, kde mi mohou sdělit, jak sexualitu u osob s mentálním a kombinovaným postižením řešit.	
Q20 Myslím si, že sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením považuji za důležitou oblast zájmu. Ale zatím jsem ji s nikým neřešil a ani si nevyhledával žádné informace.	
Q21 Podle mě není důležité si o sexualitě osob s mentálním a kombinovaným postižením vyhledávat podrobnější informace.	
Q22 Domnívám se, že oblast sexuality u syna/dcery (klienta) je podstatné řešit s lékařem.	
Q23 Podle mého názoru vše, co je pro mě potřebné v oblasti sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením, už znám.	
Q24 Myslím si, že není důležité se o sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením více zajímat.	
Q25 Myslím si, že určitě nepotřebuji navštěvovat odborné poradenství v oblasti sexuality.	
Q26 Myslím si, že oblast sexuality u osob s mentálním a kombinovaným postižením nepovažuji za oblast svého zájmu.	**VI.(10)**
Q27 Domnívám se, že sexualitu svého syna/dcery (klienta) nemusím řešit s lékařem.	
Q28 Podle mého názoru všechny potřebné informace v oblasti sexuality osob s mentálním a kombinovaným postižením naleznu na Internetu.	
Q29 Potřebné informace z oblasti sexuality si podle mě nezvládnu vyhledat sám.	

Q30 Jsem názoru, že sexualitu svého syna/dcery (klienta) nechci s nikým řešit, včetně odborníka.	
Q31 Je pro mě důležité, že je zařízení mého syna/dcery (klienta) dostatečně připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením.	
Q32 Je pro mě důležité, že jsou prostory zařízení dobře připravené pro sexualitu osob s mentálním a kombinovaným postižením.	
Q33 Považuji za důležité, aby pracovníci v našem zařízení byli dobře proškoleni a připraveni na práci se sexualitou svých klientů.	
Q34 Není pro mě důležité, že pracovníci se sexualitou svých klientů nepracují natolik, kolik by bylo potřeba.	
Q35 Není pro mě důležité, že jsou v zařízení pracovníci, kteří mají strach pracovat se sexualitou svých klientů.	
Q36 Je pro mě důležité, aby do zařízení chodilo více externích odborníků, kteří zvládnou se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením vhodně pracovat.	**VII.(9)**
Q37 Je pro mě důležité, aby se v zařízení pro klienty nacházely vhodné pomůcky k práci s jejich sexualitou.	
Q38 Za důležité považuji, aby měl můj syn/dcera (klient) v zařízení dostatečné soukromí.	
Q39 Není pro mě důležité, když zařízení není dostatečně připravené pro práci se sexualitou osob s mentálním a kombinovaným postižením.	
Q40 Není pro mě důležité, když do zařízení nechodí více externích odborníků.	
Q41 Nepovažuji za důležité, když pracovníci v zařízení mého syna/dcery (klienta), nezvládají se sexualitou pracovat.	
Q42 Není pro mě důležité, když jsou v zařízení mého syna/dcery (klienta) pracovníci, kteří se sexualitou nechtějí vůbec pracovat.	
Q43 Není pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) v zařízení dostatečné soukromí.	
Q44 Není pro mě důležité, že zařízení není vůbec přizpůsobené pro práci se sexualitou.	
Q45 Nepovažuji za důležité, že v zařízení pracovníci nepracují s žádnými pomůckami pro práci se sexualitou svých klientů.	**VIII.(7)**
Q46 Myslím si, že pro mě není důležité využívat nabídku možností k uspokojení sexuálních potřeb u klientů s mentálním a kombinovaným postižením.	

Q47 Je pro mě důležité nepodávat synovi/dceři (klientovi) léky na potlačení sexuality.	
Q48 Je pro mě důležité se svým synem/dcerou (klientem) navštěvovat sexuologa.	
Q49 Je pro mě důležité používat u klientů léky na potlačení sexuality.	
Q50 Za důležité považuji zajištění placené sexuální asistence pro syna/dceru (klienta).	
Q51 Podle mě je důležité se svým synem/dcerou (klientem) navštěvovat odbornou poradnu v oblasti sexuality.	
Q52 Je pro mě důležité, že má syn/dcera (klient) v domácím prostředí dostatek soukromí. O sexualitě spolu můžeme otevřeně mluvit.	**IX.(4)**
Q53 Není pro mě důležité navštěvovat sexuologa s osobou s mentálním a kombinovaným postižením.	
Q54 Nepovažuji za důležité zajistit synovi/dceři (klientovi) placenou sexuální asistenci.	
Q55 Myslím si, že není důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) ve svém domácím prostředí soukromí.	
Q56 Nepovažuji za důležité si se svým synem/dcerou (klientem) povídat o sexualitě.	**X.(3)**
Q57 Podle mě není důležité navštěvovat se svým synem/dcerou (klientem) odbornou poradnu v oblasti sexuality.	
Q58 Je pro mě důležité, aby měl můj syn/dcera (klient) své vlastní sexuální pomůcky.	
Q59 Myslím si, že není důležité pořídit synovi/dceři (klientovi) sexuální pomůcky.	**XI.(2)**
Q60 Za důležité považuji, že má můj syn/dcera (klient) svého intimního partnera.	

Otázka na závěr.

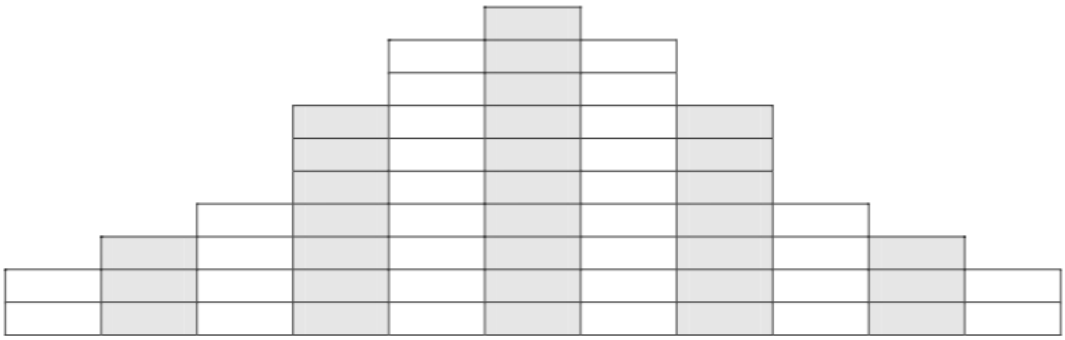
5. **Pracujete se sexualitou u osob s mentálním a kombinovaným postižením?**
   a) ano
   b) ne

Pokud jste odpověděl/a ano, jaké metody práce využíváte?

Pokud jste odpověděl/a ne, napadnou Vás nějaké metody práce se sexualitou?

Formulář pro výsledky Q-třídění.

Zde se vkládají jednotlivá čísla Q typů, na základě Vašeho porovnání.



Respondenti	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
1	10	9	7	7	1	10	6	0	3	0	1	5	6	5	2
2	9	6	7	4	5	7	5	4	4	5	3	4	6	7	4
3	6	6	7	4	4	9	6	4	4	5	3	4	5	5	3
4	8	7	8	4	3	7	6	4	4	3	3	4	5	5	3
5	10	10	8	7	2	9	7	0	3	0	1	5	6	5	1
6	10	10	7	7	1	9	6	0	2	0	1	5	6	6	3
7	8	6	7	4	3	9	6	3	4	4	4	4	5	5	4
8	9	10	7	8	1	9	6	1	3	0	0	4	6	6	2
9	7	6	7	3	3	8	6	4	5	4	4	3	6	5	5
10	10	8	6	6	1	9	7	1	4	1	0	5	7	5	2
11	6	7	6	5	3	8	7	5	5	5	4	4	4	4	3
12	10	10	5	7	2	8	6	1	3	1	2	6	5	5	0
13	7	6	6	4	4	10	5	4	5	4	4	3	5	6	3
14	7	7	7	4	4	8	6	4	4	4	3	4	5	5	4
15	10	9	6	7	0	8	7	1	3	1	2	5	6	3	2
16	7	7	7	4	4	9	5	4	4	4	3	5	5	5	4
17	8	8	7	4	4	7	6	4	4	4	2	4	5	5	4
18	10	10	7	7	0	9	6	0	3	1	1	5	6	5	2
19	7	7	7	4	4	9	6	4	4	4	3	4	6	5	4
20	10	8	7	7	1	10	5	1	3	0	0	6	5	5	2
21	2	1	5	3	7	3	0	10	8	6	5	1	9	0	8
22	2	0	5	3	8	3	0	9	10	6	5	1	10	1	8
23	8	8	7	5	4	7	6	4	4	4	3	4	5	5	4
24	10	10	6	7	0	9	7	1	2	0	1	6	5	5	3
25	10	10	7	6	1	9	7	1	3	0	1	5	7	5	2
26	8	8	7	4	4	7	6	4	5	4	3	3	5	5	4
27	10	9	7	6	0	9	7	1	3	1	0	5	6	5	2
28	8	8	7	4	4	7	5	4	4	4	2	4	5	5	4
29	2	1	5	4	8	4	0	9	8	6	4	0	9	1	8
30	10	9	7	8	1	9	5	0	3	1	1	4	6	6	2
31	2	1	5	4	8	3	1	9	8	6	5	1	9	0	8
32	9	10	6	7	0	10	6	1	2	1	1	5	6	5	2
33	10	9	7	6	1	9	7	1	3	1	0	5	7	5	2
34	10	10	7	7	1	9	6	1	3	0	0	6	5	4	2
35	10	10	7	8	2	9	6	0	3	0	1	5	6	5	2
36	8	7	7	4	4	8	6	5	4	4	2	3	5	4	5
37	9	9	7	8	0	10	6	1	3	0	1	4	6	5	2
38	2	1	5	4	8	3	0	10	8	6	5	2	10	1	8
39	2	0	5	4	8	3	0	9	8	6	5	1	9	1	7
40	10	9	7	6	1	10	7	1	3	0	1	5	6	6	2
Průměr	**7,78**	**7,18**	**6,55**	**5,38**	**3,00**	**7,83**	**5,20**	**3,25**	**4,23**	**2,65**	**2,25**	**3,98**	**6,15**	**4,40**	**3,55**
Rozptyl	7,37	9,24	0,70	2,58	6,30	4,64	4,86	9,14	3,62	5,08	2,64	2,22	2,23	2,89	4,35
Směrodatná odchylka	**2,72**	**3,04**	**0,84**	**1,61**	**2,51**	**2,16**	**2,20**	**3,02**	**1,90**	**2,25**	**1,62**	**1,49**	**1,49**	**1,70**	**2,09**

Respondenti	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30
1	7	6	3	7	5	3	9	7	2	4	4	4	4	6	3
2	5	6	6	3	7	7	5	3	2	5	7	6	8	2	4
3	7	7	7	6	6	5	7	3	4	5	9	7	10	2	3
4	6	7	7	6	5	6	6	4	2	5	9	7	9	1	3
5	8	6	4	5	5	4	8	7	1	3	4	4	3	7	4
6	8	5	3	7	5	3	9	7	2	4	4	4	4	7	3
7	6	6	7	6	6	5	7	3	4	5	8	6	9	3	4
8	8	5	2	7	6	3	10	7	3	5	4	4	3	5	2
9	5	6	7	6	4	5	7	3	4	5	9	6	9	2	3
10	6	6	2	7	4	2	8	7	3	4	4	5	3	6	2
11	7	7	6	6	4	5	5	3	4	5	8	7	9	3	3
12	5	6	3	8	5	4	8	7	0	4	3	4	3	6	2
13	7	5	6	6	5	5	5	3	3	4	8	7	10	2	3
14	6	6	7	6	5	5	6	4	3	5	8	7	9	2	3
15	6	6	4	7	6	5	9	7	1	3	4	4	4	5	3
16	6	6	7	6	5	4	6	4	3	5	9	7	8	2	3
17	6	6	8	6	5	5	6	4	2	5	7	7	9	3	3
18	7	6	3	7	6	3	9	7	2	4	4	4	4	5	3
19	5	6	7	6	6	5	6	4	3	5	8	7	9	2	3
20	7	6	3	7	5	3	8	7	2	4	4	4	4	6	3
21	2	4	8	2	4	6	5	6	7	7	7	4	3	4	5
22	2	3	8	2	4	5	6	5	7	7	7	4	3	4	5
23	6	6	7	6	5	5	6	4	2	5	8	7	10	2	3
24	6	7	2	6	6	3	9	7	3	4	4	4	3	5	3
25	9	7	2	6	5	2	9	5	3	4	4	4	4	5	3
26	6	6	7	6	4	6	6	5	3	5	9	7	10	3	3
27	7	6	3	7	6	3	10	7	2	4	4	4	4	5	2
28	6	6	7	6	5	5	6	4	2	5	7	7	10	2	3
29	3	3	7	2	3	6	6	5	7	7	8	4	3	3	5
30	8	5	3	7	4	2	9	7	2	4	4	5	4	6	2
31	2	3	8	2	3	6	5	6	7	7	7	4	3	4	5
32	7	6	2	7	4	3	9	6	3	4	4	5	5	6	3
33	6	7	2	6	4	2	10	7	2	4	4	5	5	6	3
34	7	6	3	7	4	3	9	6	2	4	5	5	5	6	3
35	8	6	3	7	5	3	9	7	2	4	4	4	4	6	3
36	6	6	7	6	5	5	6	4	2	5	8	7	10	3	3
37	7	6	3	7	5	2	9	7	2	5	5	4	4	6	2
38	1	3	8	2	3	6	5	6	7	7	7	4	3	4	5
39	3	3	7	2	3	6	5	5	6	8	7	4	3	4	6
40	7	7	3	7	4	2	9	6	2	4	4	5	5	6	2
Průměr	**5,93**	**5,65**	**5,05**	**5,70**	**4,78**	**4,20**	**7,30**	**5,40**	**3,08**	**4,83**	**6,05**	**5,20**	**5,80**	**4,18**	**3,23**
Rozptyl	3,37	1,38	5,00	3,01	0,92	2,06	2,86	2,29	3,17	1,29	4,00	1,71	7,71	2,94	0,92
Směrodatná odchylka	**1,84**	**1,17**	**2,24**	**1,73**	**0,96**	**1,44**	**1,69**	**1,51**	**1,78**	**1,14**	**2,00**	**1,31**	**2,78**	**1,72**	**0,96**

Respondenti	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39	Q40	Q41	Q42	Q43	Q44	Q45
1	6	6	5	5	6	7	5	4	3	4	4	5	6	3	5
2	8	10	10	2	1	2	7	9	0	6	1	0	3	3	3
3	10	8	8	1	1	4	8	9	0	6	0	1	2	2	3
4	9	10	10	0	1	4	8	8	0	7	2	1	2	2	3
5	6	7	5	6	6	8	5	3	4	3	4	5	7	2	5
6	6	6	5	5	6	6	5	4	3	3	4	6	5	3	5
7	9	8	10	2	0	3	8	7	1	5	1	0	2	2	2
8	7	6	5	4	6	7	5	5	4	4	4	5	6	3	6
9	8	10	10	2	0	3	8	8	1	5	0	1	2	2	3
10	7	7	5	4	6	8	4	5	4	5	4	5	6	3	5
11	9	10	10	1	1	4	8	8	2	7	0	0	2	1	2
12	5	7	6	6	5	8	6	4	4	3	5	4	6	3	5
13	9	9	8	1	1	4	9	8	2	5	2	1	2	0	3
14	9	9	10	1	0	3	8	8	1	6	1	0	2	2	3
15	5	5	6	7	5	8	6	3	3	4	4	6	5	4	6
16	8	8	10	2	0	3	8	9	2	6	2	0	1	1	3
17	9	9	10	1	0	3	7	6	1	6	1	0	3	3	2
18	6	6	5	5	6	7	5	4	3	4	4	5	6	3	5
19	9	8	10	2	0	3	8	8	2	6	2	0	1	1	3
20	5	6	6	5	6	7	5	4	3	3	4	6	5	3	5
21	4	4	4	6	6	3	5	5	6	3	6	6	7	4	5
22	4	4	3	6	6	4	5	5	6	5	6	6	7	4	5
23	10	9	9	1	1	1	8	7	3	5	0	0	2	2	3
24	7	7	5	5	6	7	4	4	4	5	4	6	5	3	4
25	6	6	5	7	6	7	6	4	3	4	4	5	6	3	5
26	8	10	9	0	1	3	8	7	2	5	1	0	2	1	2
27	6	6	5	5	6	7	5	4	3	4	4	5	6	3	5
28	9	9	10	1	0	3	8	7	1	6	1	0	3	3	3
29	4	3	2	6	6	5	5	5	6	4	6	6	7	4	5
30	5	6	6	5	5	7	6	4	3	3	4	5	6	3	5
31	4	4	3	6	6	4	5	5	6	4	6	6	7	4	5
32	6	7	4	5	7	8	5	4	3	4	4	5	6	3	5
33	6	6	4	5	6	7	5	3	3	3	4	5	6	4	5
34	6	6	4	5	7	7	5	4	3	4	4	5	6	3	4
35	6	6	5	5	6	7	4	3	3	3	4	5	6	4	5
36	10	9	9	0	1	3	8	7	0	6	1	1	2	2	3
37	7	6	5	5	6	8	5	4	3	4	5	4	6	3	4
38	4	4	4	6	6	3	5	5	6	4	7	5	7	4	5
39	4	4	2	7	5	4	5	5	7	4	6	5	6	4	6
40	7	5	4	4	5	7	6	3	3	4	4	6	5	4	6
Průměr	**6,83**	**6,90**	**6,40**	**3,80**	**3,88**	**5,18**	**6,15**	**5,48**	**2,93**	**4,55**	**3,25**	**3,43**	**4,55**	**2,78**	**4,18**
Rozptyl	3,54	3,84	6,84	4,91	6,96	4,44	2,18	3,65	3,17	1,35	3,79	6,04	4,10	1,02	1,49
Směrodatná odchylka	**1,88**	**1,96**	**2,62**	**2,22**	**2,64**	**2,11**	**1,48**	**1,91**	**1,78**	**1,16**	**1,95**	**2,46**	**2,02**	**1,01**	**1,22**

Respondenti	Q46	Q47	Q48	Q49	Q50	Q51	Q52	Q53	Q54	Q55	Q56	Q57	Q58	Q59	Q60
1	2	8	9	3	7	8	8	1	4	2	6	5	8	4	5
2	3	5	8	4	6	8	6	4	4	6	5	5	9	1	5
3	3	5	7	6	5	8	6	4	3	5	6	4	5	2	5
4	4	5	7	6	6	6	6	3	4	5	5	5	5	5	4
5	2	9	9	4	7	6	6	3	4	3	6	5	6	4	5
6	2	8	8	4	7	7	9	1	4	2	6	5	8	4	5
7	3	5	7	6	5	7	7	3	4	6	5	5	10	1	5
8	1	7	9	3	6	7	8	2	4	3	5	5	8	5	4
9	4	5	7	6	4	7	7	4	4	6	6	5	9	1	5
10	3	10	8	3	6	9	9	0	4	3	5	6	7	3	5
11	3	5	6	7	6	6	6	3	4	5	6	4	9	2	5
12	2	9	7	4	7	9	9	1	4	3	6	5	7	4	7
13	3	5	7	7	6	7	7	4	5	6	6	6	8	0	4
14	3	5	6	6	5	7	7	3	4	5	6	5	10	2	5
15	2	10	0	3	7	8	9	0	5	2	5	4	7	4	5
16	3	5	6	6	5	7	7	3	4	5	6	6	10	1	5
17	2	5	6	6	5	8	7	3	4	5	6	5	10	3	5
18	2	8	9	3	7	8	8	1	4	2	6	5	8	4	5
19	3	5	6	6	5	7	7	3	4	4	5	5	10	1	5
20	2	9	9	4	7	9	8	1	4	2	6	5	8	4	6
21	7	1	3	9	2	3	5	5	9	6	7	8	4	10	5
22	7	1	4	9	2	3	4	6	9	5	7	7	3	8	6
23	3	5	6	6	3	7	7	3	4	6	6	5	9	3	4
24	2	8	8	3	6	8	9	1	5	2	6	5	8	4	5
25	3	9	8	3	7	8	8	0	4	2	6	5	8	4	5
26	3	5	6	5	5	7	7	4	4	6	6	5	9	2	5
27	3	8	9	3	7	8	8	1	4	2	6	5	8	4	5
28	2	6	5	6	5	8	7	3	4	5	6	6	9	3	5
29	7	1	5	9	3	4	5	6	10	4	7	7	2	10	5
30	3	7	10	4	7	7	8	0	4	3	6	5	8	5	6
31	7	0	4	10	2	3	5	6	10	5	7	7	3	9	5
32	3	9	8	3	7	8	8	0	4	2	6	4	7	5	5
33	3	8	8	4	7	8	9	0	4	3	6	5	8	4	5
34	2	8	9	3	7	8	8	2	5	1	6	5	8	4	5
35	2	7	9	4	7	7	8	1	5	1	6	5	8	4	5
36	3	5	6	6	4	7	7	4	4	5	6	5	9	3	5
37	3	7	10	3	6	8	8	1	5	3	6	5	7	4	4
38	7	0	3	9	2	3	5	7	9	5	6	6	4	9	6
39	8	1	4	9	3	3	5	6	10	5	7	7	2	10	6
40	3	8	8	3	6	8	9	0	4	3	5	5	8	5	5
Průměr	**3,33**	**5,93**	**6,85**	**5,20**	**5,43**	**6,88**	**7,18**	**2,58**	**4,95**	**3,85**	**5,93**	**5,30**	**7,35**	**4,13**	**5,05**
Rozptyl	2,97	7,47	4,53	4,46	2,69	2,96	1,79	3,89	3,85	2,53	0,32	0,76	4,78	6,51	0,35
Směrodatná odchylka	**1,72**	**2,73**	**2,13**	**2,11**	**1,64**	**1,72**	**1,34**	**1,97**	**1,96**	**1,59**	**0,57**	**0,87**	**2,19**	**2,55**	**0,59**