

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**KATEDRA PEDAGOGIKY**

**Diplomová práce**

**SEXUÁLNÍ VÝCHOVA U OSOB S MENTÁLNÍM  
POSTIŽENÍM**

**Milada Lišková**

**Sociální politika a sociální práce**

**(2010 – 2012)**

**Vedoucí práce: Mgr. Radomír Bednář**

**Plzeň 2012**

## **Poděkování**

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Radomíru Bednářovi za pomoc s výběrem tématu a hlavních cílů mé práce. Za podnětné zkušenosti, rady a čas, který mi při psaní této práce věnoval.

Dále děkuji pracovníkům a uživatelům Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě za jejich názory a spolupráci.

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury, zdrojů a informací.

Ve Stodě 20.3 2012

Lišková Milada

## Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	9
1.1 DEFINICE POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	9
1.2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	10
1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ DLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE POSTIŽENÍ.....	12
1.4 SPECIFIKA OSOB S LEHKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	14
1.5 SOCIALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB.....	16
1.6 ODLIŠNOSTI VÝVOJE POSTIŽENÉHO JEDINCE.....	17
2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	23
2.1 VÝVOJ A FUNKCE SEXUALITY.....	24
2.2 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY PRO PRACOVNÍKY SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	25
2.2.1 PORADENSTVÍ V OBLASTI SEXUALITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	28
2.2.2 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY PRO RODIČE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	28
2.2.3 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	29
2.3 MASTURBACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	30
2.4 REGULACE PORODNOSTI – ANTIKONCEPCE.....	32
2.5 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	35
3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	39
3.1 POTŘEBA SEXUÁLNÍ VÝCHOVY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	39
3.2 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY PO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	40
3.3 PROTOKOL SEXUALITY.....	41
4 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STODĚ... 44	
METODOLOGICKÁ ČÁST.....	46
5 VZTAHY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	46
5.1 CÍLE MÉHO VÝZKUMU.....	46
5.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU VÝZKUMU.....	47
5.3 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU.....	47
PRAKTICKÁ ČÁST.....	49
6 KAZUISTIKY JEDNOTLIVÝCH PÁRŮ.....	49
6.1 PÁR ČÍSLO 1 – PAVLA A JAN.....	49
6.2 PÁR ČÍSLO 2 – MARTINA A LUBOŠ.....	52
6.3 PÁR ČÍSLO 3 – SOŇA A JIRKA.....	55
6.4 PÁR ČÍSLO 4 – LENKA A BOHUSLAV.....	58

6.5 PÁR ČÍSLO 5 – MARCELA A VLADIMÍR .....	62
6.6. PŘÍBĚH PANÍ ANNY A PANA JINDŘICHA .....	66
6.7 VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ JEDNOTLIVÝCH PARTNERSKÝCH PÁRŮ NA POLOŽENÉ OTÁZKY .....	69
7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ U ZAMĚSTNANCŮ V DOZP .....	72
8 PROTOKOL SEXUALITY .....	80
8.1 PROTOKOL SEXUALITY- V BODECH .....	87
9 ZÁVĚR .....	89
10 SHRNU TÍ .....	91
11 SUMMARY .....	93
12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	95
13 PŘÍLOHY .....	97

*„ Sexualita bude tím, co z ní uděláme: drahé nebo levné zboží, prostředek k rozmnožování, obrana proti osamělosti, způsob komunikace, zbraň k agresi (ovládnutí, moc, trest, podmanění), sport, láska, umění..., luxus nebo relaxace, odměna, únik, základ sebeúcty, výraz náklonnosti, druh vzpoury, zdroj svobody, povinnost, potěšení, spojení s vesmírem, mystická extáze, nepřímo přání zemřít nebo prožít smrt, cesta k míru, předmět právního sporu,...,smyslová zkušenost.“*

**A.K. OFFIT 1985**

## ÚVOD

Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením byla v letech minulých tabu nejen pro širokou veřejnost, ale i pro pracovníky, kteří s lidmi s mentálním postižením pracují. Tak, jak se postupně měnil názor lidí z běžné populace na život osob s mentálním postižením, tak se pomalinku mění i pohled na jejich možnou sexualitu.

Často býváme ovlivněni zastaralými názory a předsudky, které většinou pramení z neznalosti těchto lidí s postižením. Měli bychom si všichni uvědomit, že i lidé s mentálním postižením mají své právo na lásku, na partnerský život a sexualitu stejně jako lidé žijící v běžné populaci, a z toho vycházet. Všichni lidé bez rozdílu potřebují být milováni a chtějí milovat.

Výzkumný vzorek osob s mentálním postižením jsem si vybrala v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě, kde pracuji. V tomto zařízení jsem oslovila i vzorek pracovníků, kteří byli ochotni se podílet na dotazníkovém šetření.

Diplomovou práci jsem se rozhodla napsat na téma sexuality u osob s mentálním postižením hned z několika důvodů.

Je to oblast, která tím, že byla dlouhou dobu tabu, potřebuje větší pozornost. Také za mnou začalo v našem zařízení docházet více uživatelů se svými dotazy na toto téma. Začala jsem se proto o problematiku sexuality a sexuální výchovy intenzivněji zajímat. Navštěvuji školicí semináře a konference. V loňském roce jsem byla v intenzivním kurzu společně s kolegyní vyškolená „Poradenským centrem Amorela,“ které se zaměřuje právě na sexuální výchovu u osob s mentálním postižením. V současné době se podílím v našem zařízení na prevenci a sexuální osvětě mezi uživateli. Pracuji v týmu, který zpracovává dokument „Protokol sexuality.“ Snažím se uživatelům pomoci radou nebo jim doporučit služby odborníků z oblasti sexuální výchovy a sexuality.

V zařízení pracuji dvacet let a tak jsem mohla zaznamenat změnu v rozvoji sexuality u osob s mentálním postižením. V letech minulých neměli uživatelé zařízení, které bývala převážně nekoedukované, možnost navazovat partnerské vztahy s osobami opačného pohlaví, nemohli udržovat přátelské a láskyplné vztahy. Uživatelé byli často citově frustrováni a to mělo vliv na rozvoj jejich osobnosti. Často jediným uspokojením jejich potřeb byla masturbace, která jim byla často zakazována. V horším případě jim bylo naznačeno, že masturbace je něco velmi špatného. Sexualita a sexuální výchova byla

tématem nevyhledávaným. Příčinou byla často neschopnost komunikace ze strany pracovníků zařízení, kteří se o této problematice styděli hovořit.

Měla jsem možnost vidět přímo v praxi velkou změnu v této oblasti. Zařízení, ve kterém pracuji, se změnilo v koedukované zařízení, ve kterém žijí nejen muži s mentálním postižením, ale i ženy se stejným postižením.

V teoretické části diplomové práce se zaměřím na mentální postižení osob, jaké jsou jeho příčiny, jaké je jeho vymezení. Budu se věnovat i klasifikaci mentálního postižení. Hlavně se zaměřím na sexualitu a sexuální výchovu u osob s mentálním postižením. Budu vycházet především z knih, ve kterých tyto pojmy a oblasti popisují jednotliví autoři.

V metodologické části popíšu zvolenou techniku sběru dat a způsob vytváření vzorku. Ve své práci jsem zvolila techniku sběru dat kvalitativním rozhovorem, zpracováním kazuistik uživatelů domova. Budu používat dotazníkového šetření pro vybraný vzorek pracovníků zařízení.

V první části praktické části práce zpracuji kazuistiku pěti párů, které žijí v našem zařízení ve společných domácnostech. Ve své práci se zaměřím na hledání odpovědi na otázku, zda a jakým způsobem je možné partnerské soužití osob s mentálním postižením.

Ve druhé části se zaměřím na názory pracovníků, kteří se věnují lidem s mentálním postižením. Na základě dotazníkového šetření se pokusím vyhodnotit pohled pracovníků na sexualitu osob s mentálním postižením, na masturbaci, na možnost žít v partnerském, manželském vztahu.

V poslední části praktického zpracování diplomové práce se pokusím o sestavení dokumentu „Protokol sexuality,“ který je důležitým dokumentem pro práci v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením.

Podkladem pro mou diplomovou práci bude odborná literatura, pracovní materiály z tematicky zaměřených seminářů a školení. Využiji záznamy z rozhovorů vedených se školiteli a účastníky jednotlivých seminářů zaměřených na problematiku sexuality u osob s mentálním postižením. A v neposlední řadě budu čerpat ze svých zkušeností při výkonu vyškolené asistentky prevence a osvěty sexuality.

Na závěr diplomové práce se zaměřím na vyhodnocení stanovených cílů a na potvrzení nebo vyvrácení předpokladu, zda jsou schopny osoby s mentálním postižením partnerských vztahů a milostného života.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Každá rodina si přeje narození zdravého, krásného a chytrého potomka. Pravdou však je, že ne každá rodina má takové štěstí, že se jim narodí dítě zdravé, které by mohlo být chloubou rodičů. Na svět přichází, ale i děti, které jsou postiženy. Některé mají zrakové či sluchové postižení, tělesné postižení, ale i v dnešní moderní době se rodí děti s mentálním postižením.

Ve své diplomové práci se zabývám sexualitou osob s mentálním postižením. Co si má člověk představit pod pojmem mentální postižení? Existuje jistě celá řada odborných výkladů toho, co si představit pod pojmem osoba s mentálním postižením. Ale v zásadě se jedná většinou o lidi, kteří potřebují naše porozumění a pochopení. V žádném případě bychom neměli těmito lidem prokazovat soucit, který je spíše zraňuje, než aby je posouval dopředu.

Musíme si všichni uvědomit, že ani dítě, které se narodí zdravé, si nemusí nést životní záruku toho, že se takto dožije stáří. V životě stačí vteřina, aby se změnil celý život člověka.

Je třeba si uvědomit, že člověk s mentálním postižením může žít spokojeným životem, že má svá práva, záliby jako každý jiný jedinec. Dokonce je třeba si uvědomit, že člověk s mentálním postižením může navazovat přátelské vztahy, že může žít za menší či větší podpory své rodiny a okolí i ve společné domácnosti se svým partnerem, partnerkou.

### 1.1 DEFINICE POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či

změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytují přibližně 3 % mentálně postižených lidí. (Vágnerová, 1999).

Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí.

Jde o stav trvalý, vrozený a částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence. (Pipeková, 1998).

V každé odborné knize napsané o životě lidí s mentálním postižením najdeme definici tohoto postižení. Po zamyšlení nad jednotlivými definicemi docházíme k závěru, že se shodují v tom, že mentální postižení – retardace je zastavení, opožděný nebo neúplný vývoj intelektu.

Nemohu nevzpomenout první definici, která v roce 1977 vyšla v UNESCO, kterou převzalo několik autorů zabývajících se životem lidí s mentálním postižením.

Pod heslem mentální retardace se rozumí *celkové snížení intelektových schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě.* (Müller, 2001).

## 1.2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Po narození a postupném uvědomování, že se nám do rodiny narodilo dítě s mentálním postižením, se ptáme na příčinu tohoto postižení. Je velmi složité získat na otázku příčiny přímou odpověď, protože důvodem mentálního postižení je často několik různých okolností. Tyto aspekty možné příčiny mentálního postižení se vzájemně prolínají, ovlivňují a podmiňují. Odborníci nepřihlížejí pouze ke kritériím zdravotním, k dědičnosti, ale i k vlivům prostředí a výchovy. Poslední dvě zmiňující kritéria byla v letech minulých hodně opomíjená.

Podle Vágnerové je *příčinou mentální retardace porucha centrální nervové soustavy. Její příčiny lze rozdělit do několika základních skupin.* Autorka do základní skupiny zařazuje: dědičně podmíněné postižení – vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. Do této kategorie patří genová či chromozomální

postižení např. Downův syndrom. Postižení podmíněné působením teratogenních vlivů v prenatalním věku. Postnatálním poškozením mozku, které by mělo za následek narušení vývoje rozumových schopností, je samozřejmě také možné. (Vágnerová, 1999).

Pipeková vidí příčiny vzniku mentální retardace v organickém (biologickém) a sociálním základě. Autorka došla k poznatku, že vrozená mentální retardace – dříve též oligofrenie je spojena s určitým poškozením, odchýlnou strukturou nebo odchýlným vývojem nervového systému v prenatalním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do dvou let života dítěte. Z etiologických faktorů se nejčastěji uvádějí genové mutace a chromozomální aberace. V prenatalním období jsou to infekce, záření, hypoxie, anoxie plodu, působení toxických látek, úrazy matky. V perinatálním období jsou příčinami abnormity plodu, abnormity porodních cest a porodu. V postnatálním období to bývají infekce, záněty mozku a úrazy. (Pipeková, 1998).

Z rozdělení příčin vzniku tohoto postižení vidíme, že příčiny jsou různorodé, často se vzájemně ovlivňují. Někdy bývá velmi náročné určit základní příčinu mentálního postižení. Více jak v polovině případů mentálního postižení je neznámý původ. Náročnost ovlivňuje i ta skutečnost, že často nebývá příčina onemocnění pouze jedna. Odborníci se shodují v tom, že příčiny mentálního postižení se rozdělují na vnitřní, endogenní a vnější, exogenní.

Podle Švarcové, která se ve své publikaci také zabývá, nejčastějšími příčinami mentálního postižení jsou vnitřní příčiny zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh. (Švarcová, 2000).

Rodina postiženého dítěte často stále hledá vinu nebo případné viníky. Následkem toho dochází v polovině případů k rozchodu rodičů dítěte, což nemá dobrý vliv na další rozvoj dítěte.

### 1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ DLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE POSTIŽENÍ

Všichni odborníci, kteří se zabývají problematikou osob s mentálním postižením, a zároveň také píšou knihy s touto tematikou, se shodují v tom, že je užívána řada různých hledisek. Nejčastěji se jedná o hloubku postižení v závislosti na míře intelektu, přihlížíme k etiologickému hledisku. Vymezení jednotlivých stupňů mentálního postižení je platné podle WHO.

Podle stupně postižení dělíme mentální retardaci takto:

Lehká mentální retardace	F 70	IQ 69 – 50
Středně těžká mentální retardace	F 71	IQ 49 – 35
Těžká mentální retardace	F 72	IQ 34 – 20
Hluboká mentální retardace	F 73	IQ 20 a méně
Jiná mentální retardace	F 78	stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus
Nespecifikovaná mentální retardace	F 79	mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MR

(Klasifikace MR dle WHO z roku 1992).

Tyto vzniklé kategorie charakterizujeme mnohými aspekty, z nichž nejčastěji se uvádějí – neuropsychický vývoj, somatické defekty, poruchy motoriky, psychické poruchy, komunikační schopnosti, poruchy emocionality, rozdíly v možnostech výchova a vzdělávání.

*K charakteristice mentálně postiženého neodmyslitelně patří jedinečnost jeho osobnosti a jedinečnost jeho individuálního postižení. Každý mentálně postižený se liší od druhého, i když dosažený stupeň rozvoje osobnosti, měřitelné údaje biologické či získané hodnoty psychologických zkoušek byly srovnatelné.* (Kvapilík, Černá 1990).

Každý stupeň mentálního postižení má svá specifika. V krátkosti se seznámíme se středním, těžkým a hlubokým mentálním postižením a podrobněji se zaměřím na specifika

osob s lehkým mentálním postižením. Ve své diplomové práci se zajímám o sexualitu osob s mentálním postižením a všechny dotazované páry jsou lidé s lehkým mentálním postižením.

### **Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení**

#### **Středně těžká mentální retardace (F 71)**

Uvažování postižených lze přirovnávat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. (Vágnerová, 1999).

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled.

V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. (Švarcová, 2000).

#### **Těžká mentální retardace (F 72)**

Ve většině případů jde o kombinované postižení (motorika, zraku pod.). Postižení dovedou v nejlepším případě chápat základní souvislosti a vztahy, zhruba na úrovni batolete. Jsou schopni si osvojit jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně resp. generalizovaně. Někdy se nenaučí mluvit vůbec. Jejich učení je značně omezeno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika příkazů. (Vágnerová, 1999). I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. (Švarcová, 2000).

### **Hluboká mentální retardace (F 73)**

Bývá zpravidla provázena i defektem pohybovým. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, postižení dovedou v nejlepším případě diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí a nelibostí. Artikulovanou řeč nezvládají. (Vágnerová, 1999). IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejmenším omezeno na vyhovění jednoduchých požadavkům. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze. (Švarcová, 2000).

### **Jiná mentální retardace (F 78)**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob. (Švarcová, 2000).

### **Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta o jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2000).

## **1.4 SPECIFIKA OSOB S LEHKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Ve své diplomové práci se zabývám sexualitou osob s mentálním postižením. Mým výzkumným vzorkem se stalo pět žen a pět mužů s mentálním postižením ve stupni lehkého mentálního postižení, se kterými jsem vedla rozhovory s předem připravenými

otázkami a zapsala jejich kazuistiky. Vzhledem k tomu se v této kapitole zabývám specifikou osob s mentálním postižením. Obecně se jedná o lidi, kteří za určitých pravidel přijatelné výchovy jsou schopni si osvojit základní vědomosti, dovednosti, společenská pravidla a jsou schopny integrace do společnosti. Jsou schopni žít za určité podpory v partnerském svazku. Za určitých podmínek žít intimním životem jako každý partnerský pár bez postižení. Velmi důležitým aspektem v životě těchto lidí je důležitá motivace a jejich sebehodnocení. A pro partnerský život toto platí dvojnásob. Pro navázání partnerského vztahu je důležité, aby v průběhu jejich vývoje života našli svou vlastní identitu, aby si uvědomili své vlastní „já“, svou vlastní osobu. Každý, kdo má partnerský vztah by měl porozumět a předvídat důsledkům svých činů a u osob s lehkým mentálním postižením to platí stejně. Lidé s mentálním postižením potřebují pro nácvik vyrovnávání se životními situacemi řadu osvojených modelových stavů, které jim v tom napomáhají.

### **Motivace a emotivita**

Pro rozvoj osobnosti osoby s lehkým mentálním postižením je dosažení aktivizace, motivace a emocionality podmínkou. Základní funkcí emocí je zprostředkovat člověku zhodnocení situace a činnosti, a současně dát impuls k nějaké aktivitě – k jejímu vystupňování či zábraně. Sociobiologové se dokonce domnívají, že v kritických okamžicích upřednostňujeme city před rozumem a že tak důležité situace, jako je nebezpečí, vytrvalé směřování k cíli, vytváření partnerského vztahu, budování rodiny, neponecháváme pouze na intelektu. (Müller, 2001). Rubinštejnová zase podává následující výčet zvláštností emotivity mentálně retardovaných:

- dlouhodobá nedostatečná diferencovanost citů, city jsou na úrovni malého dítěte
- city jsou často neadekvátní, neproporcionální svou dynamikou k podnětům vnějšího světa
- egocentrické emoce silně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů
- slabé řízení citů intelektem
- možný výskyt určitých chorobných citových projevů

Z výše uvedeného vyplývá, že u osob citově deprivovaných se vyskytuje zvýšená touha po citové odezvě jiných osob, k nimž mají důvěru. Osoby s lehkým mentálním

postižením mají mnohem větší předpoklad citové nezralosti. Při řešení náročných životních situací mají pocit nezvládnutí situace, potřebují neustálé ujišťování, že jednají správně. Základním kritériem rozvoje osobnosti každého člověka je úroveň jeho začlenění do společnosti, jeho socializace. Výjimkou není ani člověk mentálně postižený. Úspěch socializace mentálně postižených lidí závisí na jejich schopnostech (ovlivněných primárním defektem i z něho plynoucím nedostatkem zkušeností), stejně jako na přiměřeném speciálně pedagogickém působení a přiměřeném zařazování do společenských skupin. Její dosažená úroveň je právě u lehce mentálně retardovaných prvotním znakem úspěšnosti výchovně vzdělávacího procesu ne zvláštní škoře i měřítkem budoucího vybavení pro soužití v dalších společenských vztazích. (Müller, 2001). *Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá u mentálně retardovaných velmi silná. Citová jistota, daná vztahem s blízkým člověkem, je v tomto případě ještě důležitější, protože může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro postiženého často obtížně srozumitelný. Potřeba emoční opory se i v dospělosti projevuje určitou infantilitu. Pubertální proměna citové vazby a postojů k jednotlivým členům rodiny ve své typické podobě nenastává. Fixace na rodinu trvá obvykle bez větší změny. Mentálně retardovaný adolescent nemá potřebu emancipace zbytkové vazby, která je pro něj v mnoha směrech vyhovující.* (Vágnerová, 1999).

## **1.5 SOCIALIZACE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB**

Nechá se říci, že socializace osob s mentálním postižením je opožděná a dlouho u těchto lidí přetrvává citová vazba na matku. Určitě je toto ovlivněno tím, že tito lidé špatně rozumí tomu, co po nich vyžadujeme, neschopností zvládat životní situace. Lidé s mentálním postižením jsou často závislí na druhých, vyžadují neustálé potvrzení toho, že vše dělají správně a že se v případě rozhodnutí rozhodli dobře. Toto je dáno strachem z neznámých věcí, situací a v některých případech i z neznámých lidí. Ke snaze odstranit tento strach pomůže předávání životních zkušeností a nácvik řešení životních situací. Pomoci může i zlepšení komunikačních schopností těchto lidí. S pomocí všech lidí ze



svého okolí dokážou osoby s mentálním postižením zvládnout základní normy chování. Ani v době dospívání nemají lidé s tímto postižením potřebu se osamostatnit. Často nemají ani sexuální potřebu, a pokud ano, zpravidla dochází k jejímu uspokojení autostimulací. Člověk s mentálním postižením nemá tolik příležitostí k navázání partnerského vztahu jako lidé bez postižení a proto může docházet snadněji u nich k sexuálnímu zneužívání.

## 1.6 ODLIŠNOSTI VÝVOJE POSTIŽENÉHO JEDINCE

Vývoj postiženého jedince je stejný a prochází stejnými etapami života jako vývoj zdravého dítěte. Avšak v některých etapách vývoje dochází k odchýlkám, které mohou být méně či více závažné.

### **Kojenecký věk**

V kojeneckém věku je zvýšené riziko, že postižené dítě nebude dostatečným způsobem stimulováno a přijatelně citově akceptováno, protože jeho rodiče nejsou dosud s jeho postižením vyrovnáni. Základní úkol kojeneckého věku, kterým je potvrzení pozitivní hodnoty světa, resp. pozitivní naděje, že je svět přijatelný, může být pod vlivem postižení obtížněji splnitelný.

Způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoje k životu, tj. bazální životní strategii. V případě postiženého dítěte dost běžně převažuje apatie a pasivita, často ještě posilována rodičovským chováním. Psychický vývoj je do značné míry ovlivněn dynamikou interakce dvou základních psychických potřeb: potřeby jistoty, stability, a potřeby proměnlivosti, jež souvisí se zvědavostí.

*Pro rozvoj jakéhokoli dítěte je důležitý citový vztah s matkou. Je větší riziko, že takové dítě nebude přijatelně citově akceptováno, a stejně tak je zvýšená pravděpodobnost, že se na ně matka v rámci svého hyperaktivního postoje zafixuje nepřiměřeným postojem. Vývoj postiženého dítěte v kojeneckém věku je tedy zatížen větším rizikem citové deprivace, resp. subdeprivace a větším rizikem stimulační deprivace a obtížnějším učením. To*

*znamena zvýšenou pravděpodobností vzniku vývojového opoždění takového dítěte. (Vágnerová, 1999).*

### **Batolecí věk**

Období batolecího věku je fází první emancipace. Pro postižené dítě je takové osamostatnění alespoň v některé ze složek obtížnější, ne – li zcela nedostupné.

Emancipační obtíže se mohou projevit v těchto oblastech:

- Odpoutávání z vázanosti na určité místo. Pohyblivost tělesně postiženého dítěte je omezena, dítě zůstává závislé na podnětech nejbližšího okolí, resp. na lidech, kteří mu vzdálenější objekty nějak přiblíží.
- Odpoutání z vázanosti na aktuální kontakt s realitou a přechod na úroveň symbolického myšlení. Pokud dítě není schopné pochopit vztah skutečnosti a jejích paměťových reprezentací a pokud nerozumí mluvené řeči, jeho vývoj se opoždí. V této oblasti se opoždí děti s poruchou sluchu, které vůbec nedovedou mluvenou řeč vnímat, a mentálně retardované děti, jež nejsou schopny chápat vztahy a souvislosti ani na úrovni bezprostředně vnímané reality a tím spíše na úrovni symbolické reprezentace.
- Odpoutávání vazby na matku je obtížnější v případě jakéhokoli postižení. Postižené dítě je z nejrůznějších důvodů závislejší a jeho rodiče zpravidla přetrvávání závislosti považují za zcela adekvátní a podporují ho. I pro další vývoj dítěte je významný vztah dvou základních psychických potřeb: potřeby závislosti a potřeby samostatnosti. Závislost funguje jako významný zdroj jistoty a bezpečí, která by mohla být osamostatňováním ohrožena.

Období první emancipace má velký význam pro rozvoj vědomí sebe sama, pro rozvoj vlastní identity. Paradoxně je emancipační projev méně možný, méně reálný a méně podporován u postižených dětí, které budou zcela jistě muset v životě překonávat velkou řadu potíží. Vytváří se tak základ pro jejich budoucí, generalizovaný pasivně – receptivní postoj a z něho vyplývající nesamostatnost. V této době bývá postižení definitivně potvrzeno a začínají se projevovat typické důsledky jednotlivých druhů postižení. (Vágnerová, 1999).

## Období nástupu do školy

V předškolním věku dochází k určitému vývojovému pokroku, a vzhledem k tomu i mnohdy nereálně optimistickému očekávání rodičů. Toto období končí nástupem do školy, který je velmi důležitým vývojovým mezníkem. Ve škole dochází ke konfrontaci postiženého dítěte s jeho spolužáky, jež je zvláště výrazné, pokud jsou zdraví. Někdy lze mluvit až o první krizi identity, protože dochází k potvrzení odlišnosti jako stálého a neměnného negativního znaku osobnosti postiženého dítěte. Zařazení do školy funguje jako potvrzení normality dítěte. Konfrontace požadavků školy na jedné straně a reálných možností postiženého dítěte na druhé straně přináší tím větší trauma, čím více si rodina situaci zidealizovala (resp. čím méně pochopila význam defektu a jeho možných následků).

Integrace je určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace. Lze ji chápat jako takové začlenění jedince (z nějakého důvodu odlišného) do prostředí majoritní společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí být přijat a sám se s ní identifikuje. Postižené dítě poznává prostředí, do něhož by se mělo integrovat a učí se zvládat nepříjemné emoce, které takový proces vyvolává. Pokud je zátěž daná požadavky integrace příliš velká a motivace slabá, postižený jedinec ji odmítá a raději zůstává v izolaci nebo v prostředí sobě podobných.

Integrace je ovšem vždycky oboustranným procesem, a proto zde hraje svou roli i společnost, do níž by se měl jedinec začlenit. Společnost se musí učit těmto lidem rozumět, chápat příčiny jejich odlišnosti a přijímat je jako jednu z variant široké normy. Podmínkou úspěšné integrace je změna postojů majoritní společnosti, což je požadavek zatím ne vždycky dosažitelný.

Volba speciální školy pro postižené děti má rovněž své výhody i nevýhody. Dítě zde není tolik stresováno svou odlišností a konfrontací se zdravými spolužáky. Není zde ani takové riziko odmítání nebo zkušenosti s negativními reakcemi u jiných lidí. Konfrontace se společností zdravých je v tomto případě oddálena až do období adolescence nebo mladé dospělosti.

Období školního věku je Eriksonem definováno jako fáze snaživosti, výkonu, jehož cílem je příprava na budoucnost. Vývojovým rizikem je vznik pocitů méněcennosti, nedostatečnosti či strachu ze selhání. Na druhé straně může dojít k nadměrnému důrazu na výkon a k fixaci na úspěch (v tomto případě jako kompenzace nějakého defektu). Obě

rizika jsou v případě postižených dětí spíše zvýšená. Pocit méněcennosti snadno vznikne při opakovaném neúspěchu, ve srovnání se zdravými spolužáky a jejich výsledky. Stejně tak snadno se rodiče upnou na školní úspěch jako na možnost potvrzení určité kvality dítěte, které je na druhé straně něčím znevýhodněné (může jít o kompenzaci sociálních důsledků handicapu, např. pohybového či zrakového). (Vágnerová, 1999).

## **Dospívání**

Období pubescence lze definovat jako fázi druhé emancipace. Postižený pubescent pro sebe hledá přijatelnou roli, uvažuje o svých možnostech a své sociální hodnotě. Jestliže se mu nepodaří vytvořit alespoň částečně uspokojující sebeobranu, reaguje různými obrannými mechanismy. Ty mohou deformovat další vývoj jeho osobnosti, ale i vztahy se zdravými lidmi.

V dospívání dochází k odpoutávání z vazeb na rodinu, dochází k přesunu zájmu a vázanosti na vrstevnickou skupinu. Toto odpoutání z těsné vázanosti na rodinu je důležité, ale pro postiženého jedince často nedostupné. Mentálně postižený jedinec nemá ani potřebu osamostatnění, jeho rozumový vývoj nikdy nedosáhne takové úrovně, aby byl schopen uvažovat o různých možnostech a sám o sobě rozhodovat.

Problémem se stává i přijetí určité sociální identity jako přechodné varianty sebevymezení. Postižený pubescent může být ignorován na okraji skupiny, jako odlišná bytost, jež tam nepatří. Přátelské vztahy, pokud se vůbec vytvářejí, mohou být asymetrické. Postižený dospívající může strádat nedostatkem potřebných sociálních kontaktů a může mít obtíže při vytváření vrstevnických vztahů. Ve speciálních školách je situace odlišná. Zde je dostatečné množství obdobně postižených spolužáků. Tato varianta však vytváří základ budoucí sociálně izolované minority, jejíž členové se přátelí a uzavírají sňatky převážně pouze mezi sebou.

Významnou součástí osobní identity se stává budoucí profesní role. V případě jakkoli postižených je tato volba omezená a zúžená nabídka dostupných možností jim opět připomíná, že nemohou dělat totéž, co zdraví. Postižení pubescenti se častěji než zdraví dostávají do situace, kdy je nějaká jejich představa, resp. ideál, neuskutečnitelný a realita neuspokojivá.

Druhou krizi identity představuje nástup do zaměstnání a nová konfrontace s majoritní, tj. zdravou populací. Příčinou problémů může být na jedné straně nezralost

a nepřiměřenost očekávání postižených, na druhé straně nepřipravenost zdravých lidí, jejich neinformovanost a přetrvávající předsudky. Navíc se mnozí postižení nedovedou chovat zrale a samostatně, mimo jiné proto, že jejich dosavadní výchova k tomu nesměřovala.

Jakmile postižený jedinec opustí školu, omezuje se významným způsobem možnost sociálního kontaktu, a tím i šance získat přátele či partnera. Sociální deprivace vede k tendenci fixovat se na jakéhokoli člověka, který je z nějakého důvodu nablízku (např. osobní asistent, personál nemocnice apod.). Postižený člověk od takového kontaktu očekává mnohem víc, než je běžné a než mu může reálně poskytnout, protože jeho potřeba citového vztahu, partnerství či přátelství, nebývá dostatečně uspokojována. V důsledku toho může po určité době vyústit v potřebu získat jakýkoli vztah, bez výběru, kde je partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnostmi.

Jakékoli postižení je ve vztazích k nejbližším lidem zatěžujícím faktorem. Takový člověk bývá zdravými partnery hůře akceptován, eventuálně je přijímán pozitivně, ale jako odlišná a nějak nedostačující bytost. V takovém vztahu může převažovat soucit, pocity viny a mnohé další emoce, které činí takový vztah asymetrickým, a tudíž snadno zranitelným. Navíc ani chování postiženého jedince, vycházející z odlišného sebehodnocení, nemusí být zcela adekvátní. Závažněji postižený jedinec má omezenější výběr partnera, pro kterého by byl přijatelný.

U mnoha postižených jedinců není partnerství realizovatelné. Postižený adolescent často nemá příležitost, nemůže nebo neumí navázat hlubší a intimnější vztah, a tudíž dochází k přetrvávání závislosti a vazbě na rodičích. Čím je defekt závažnější, tím je obtížnější uspokojení všech vývojových potřeb, které vyžadovaly alespoň určitou samostatnost.

V této kapitole v teoretické části své diplomové práce jsem se snažila o rámcové seznámení všech se specifickými aspekty lidí s mentálním postižením, které se vztahují k výběru partnera a k možnostem navázání partnerských vztahů. Při porovnávání dvou osob s mentálním postižením, které se jeví jako stejné, dojdeme k závěru, že každý je jiný, osobitý. Je smutným zjištěním, pokud se ještě v této době setkáváme s názorem některých lidí, že by tyto lidé měli žít ve specializovaných zařízeních, nejlépe někde na okraji společnosti. Jsem ráda, že řada osob s lehkým mentálním postižením dokončí školu, vyučí se učebnímu oboru a nezřídka utvářejí partnerské svazky. Mají právo na samostatný život,

pokud jsou samostatného života schopni. Neznamená to pouze navazování partnerských vztahů, ale i možnost účastnit se kulturních a sportovních činností.

V poslední době se hodně mluví o deinstucionalizaci. Jsem přesvědčená o tom, že je to správná cesta a že to pomůže lidem s mentálním postižením vést samostatnější život podle svých představ. Při rozhodování o lidech s mentálním postižením je potřeba, aby si podle svých možností o sobě rozhodovali tito lidé sami.

## 2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Obsah toho, co si máme představit pod pojmem sexualita u osob s mentálním postižením, velmi výstižně vyjádřila Štěrbová v předmluvě své knihy *Sexualita osob s mentálním postižením*. Chceme-li obsáhnout sexualitu u osob s mentálním postižením, klademe si velký úkol. Můžeme však informacemi a otevřeným způsobem k tomuto tématu přispět k naplnění práv osob s mentálním postižením. Je třeba si uvědomit, že práva, která se vztahují k jedincům bez postižení, se neliší od práv osob s postižením. Je nezbytné překonávat silně zakořeněné předsudky, cílenou osvětou transformovat postoje těch nejdůležitějších – vychovatelů, poskytovatelů služeb a v mnoha případech i rodičů. Téma sexuality je široké a citlivé. Sexualitu lze pojímat z různých hledisek, je potřeba vnímat rozdíly mezi sexuálním chováním a sexuální touhou. Je nutné ji brát z pohledu multidimenzionálního, a to biologického, psychosociálního, projevů chování, morálky a kultury. Sexualita je součástí kvality bytí člověka, důležitou součástí jedince. Je jednou z nejdůležitějších forem prožívání jedince, potřebou emočního naplnění v koexistenci s druhým člověkem. Sexualitu bychom neměli pojímat jen z pohledu dospělé sexuality – je to jako bychom brali výsek z života člověka bez jeho minulosti a bez jeho budoucnosti. (Štěrbová, 2007).

Mellan (2004) uvádí faktory, které se úzce váží k sexualitě osob s mentální retardací. Faktory jsou vztaženy k různým prostředím – biologickému, společenskému. Sexualita je někdy ovlivněna mnohočetnými odchylkami na chromozomální úrovni. K společenským faktorům řadí deprivaci nepřijatého dítěte v rodině, dále negativní vliv ústavní výchovy (izolace, nedostatečnou stimulaci, hospitalismus). Jedinci s mentálním postižením mohou pociťovat neúspěšnost mezi vrstevníky, hrozí jim zvýšeně nebezpečí šikany a zneužití. Mívají sklon k bezprostředním reakcím a chování, udává se relativně převaha pudových podnětů. Ztíženě chápou či přijímají společenské normy, což vede k sociální neobratnosti. Neorientují se dobře v sociálním prostředí, a tak nesprávně interpretují chování okolí (tento problém se objevuje v zamilování). Z těchto důvodů je nezbytné volit individuální přístup a používat adekvátní výchovné metodiky při sexuální osvětě a výchově. (Štěrbová, 2007).

## 2.1 VÝVOJ A FUNKCE SEXUALITY

Sexualita člověka provází od jeho narození. Člověk ke svému spokojenému životu potřebuje lásku druhých lidí, se kterou se seznamuje v různém měřítku kontaktů. Jako první se setkáváme s láskou matky, rodičů a svého příbuzenstva. Nesmíme zapomenout na lásku sebe sama. Postupně s věkem se setkáváme s láskou druhých lidí. Zpravidla se jedná o kamarády a lidi, které se o nás starají.

*V moderní společnosti bylo učiněno už několik pokusů o definici sexuálního zdraví, tato definice však neustále uniká jako písek mezi prsty, stejně jako se rok od roku nenápadně mění celá lidská sexualita, její zvyky, obyčeje a rituály. Sexuální chování lidí doznává stejných změn jako ostatní sféry lidské činnosti. Snad nejširší a nejjobecnější platnost má definice Světové zdravotnické organizace z roku 1975 : „ Sexuální zdraví představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.“ (Uzel, 2006).*

Burdová (1998) uvádí, že sexualita je spjata se sexuálním zdravím jako souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky. Je stejně hodnotnou součástí života i u lidí s postižením. Sexualita je součástí kvality bytí člověka, důležitou součástí jedince. Je jednou nejintimnějších forem prožívání jedince, potřebou emočního naplnění v koexistenci s druhým člověkem. Spolutvoří proměnlivý a dynamický rozměr člověka. Je vytvářena interakcí mezi jednotlivcem a společenskými strukturami. Existuje tady během životního cyklu, harmonizuje utváření identity a posilování mezilidských vztahů. Je počátkem nejhlubšího spojení mezi lidmi. Je základem pro blahobyt jednotlivců, dvojic, rodin a společnosti. Základem zdravé sexuality je sebeláska a sebeakceptace. Postoje a vnímání sexuality se formují od raného dětství a v úzké souvislosti s rodinným životem – tedy zejména se sociálním učením prostřednictvím nejbližších členů, popř. výchovných pracovníků. (Štěrbová, 2007). Uzel ve své publikaci uvádí, že sexualita v sobě zahrnuje prvky medicínské, morální, psychologické i společenské, a proto se projevuje člověk jako biologická bytost ve svém chování tak neobyčejnou různorodost, že přesné rozlišení na „zdravé“ a „nezdravé“ sexuální chování by nutně znamenalo určitou diskriminaci některých lidí. Právě tak jako není možné



jednoznačně definovat sexuální normalitu a zdraví, není také možno vymezit sexuální mravnost a nemravnost. Sex sám o sobě není mravný ani nemravný. Tím se stává teprve prostřednictvím doprovázejících okolností a zejména vymezením k partnerství a celé společnosti. (Uzel, 2006).

Sexualita je souhrnem našich postojů, představ a vztahů k jiným lidem, zahrnuje naše představy o muži a ženě, o sobě, naše sexuální chování, očekávání, úspěchy a neúspěchy promítající se do našeho sebevědomí. Postoj k sexualitě je tak tvořen úhrnem vlivů, které formují vlastní postoj k sexualitě. Jde o vztahy v rámci vývoje osobnosti, kdy procházíme vývojovými stádii a vyrovnáváme se s vývojovými úkoly – od bazálních pocitů důvěry vs. nedůvěry, přes identifikaci se sociálními rolemi, potýkáme se sexuální zvědavostí. V raném školním věku, v prepubertě, pubertě a adolescenci se postupně dostáváme do vztahů s opačným pohlavím a tyto vztahy mají postupně kvalitativně jinou podobu. Znamená to, že se jedinec zpočátku náhodně, experimentálně, posléze více cíleně zakouší ve vztazích, které mu přinášejí možnost poznat sebe, své pocity a reakce. Nesmíme zapomínat na kulturní vlivy – etnické, náboženské, geografické a zejména na nejbližší okolí v podobě domova a rodiny. K vlivům na postoje k sexualitě se řadí vzdělání, výchova a osvěta. (Štěrbová, 2007).

## **2.2 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY PRO PRACOVNÍKY SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

V dřívějších letech bylo velkým problémem zabývat se sexuální výchovou a sexualitou osob s mentálním postižením. V dnešní době je stále více pracovníků, rodičů a lidí, kteří se zabývají výchovou a životem osob s mentálním postižením, kteří se nebojí mezi sebou hovořit na toto téma a nebojí se ani diskutovat o svých pocitech, vztazích, sexu. Nechá se říci, že téma sexuality osob s mentálním postižením byla pro mnohé lidi tabu. Člověk s mentálním postižením dříve nebo později se bude zabývat sexualitou a bude chtít zodpovědět položené otázky z této oblasti. Musíme se na odpovědi zodpovědně připravit. Z počátku nebude řada pracovníků v sociálních službách vědět, jak na tyto otázky reagovat a budou i tací, kteří si myslí, že osoba s mentálním postižením se nemusí

problémy sexuality zabývat. Ale tato témata jsou pro postižené lidi stejně důležitá jako pro osoby bez postižení. Sexuální výchova podporuje lidi k naplnění v osobním životě a je jedno, zda se jedná o osoby postižené nebo o osoby bez postižení. Odpovědí na položené otázky můžeme zabránit nechtěnému těhotenství, sexuálně přenosným nemocem, sexuálnímu zneužívání. Pracovníci sociálních služeb musí při přípravě na osvětu vycházet ze skutečnosti, že postižení lidé nemají tolik příležitostí se dozvědět informace o sexualitě od svých vrstevníků a většina lidí s mentálním postižením si nemá ani možnost něco o sexualitě přečíst a tak to jsou většinou pracovníci sociální služby, kteří by jim měli zodpovědět případné otázky.

Vzdělávání pracovníků, vychovatelů či pedagogů v oblasti sexuální výchovy je jedním z důležitých faktorů správného fungování celého systému. Cíleně připravené programy pro pracovníky, kteří poskytují vzdělávání, výchovu a služby osobám s mentálním postižením jsou základem, bez něhož se neobejdou žádní noví zaměstnanci. Jde např. o povinnost absolvovat vzdělávací program o sexualitě osob s mentální retardací zakotvenou v protokolu sexuality daného zařízení. Programy zajistí dostatek profesionálů, kteří budou schopni informovat o sexualitě o všem, co k ní patří – např. rozvíjet romantické vztahy klientů (včetně tzv. sňatků), poskytovat odpovídající služby klientům s mentálním postižením. Vedou k překonávání předsudků vychovatelů, že poučení klienti s mentálním postižením budou chtít např. otěhotnět a mohou mít nevhodné sexuální chování, nebudou se umět vyrovnávat se zátěžemi ve vztahu. Vedou ke kvalitnímu zpracování programů zaměřených na osvětu, které budou rozvíjet konkrétní situace, do nichž se klient dostává. Zlepšuje se tak schopnost vyjadřování potřeb klienta a zdokonalí se sociální chování.

V České republice najdeme v současné době málo cíleně organizovaných vzdělávacích seminářů, které jsou určeny jak pro pracovníky, tak pro rodiče. (Štěrbová, 2007). Semináře pořádá Společnost Duha – integrace osob s mentálním postižením, Modrý klíč – sdružení pro pomoc mentálně postižených občanům, občanské sdružení Orfeus a ještě například občanské sdružení Spolu Olomouc. Semináře v oblasti sexuality osob s mentálním postižením se věnuje Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu Praha.

Každý pracovník sociální služby je vzorem pro chování a jednání uživatele sociální služby a to i v případě, že si to neuvědomuje. Pracovník by neměl zaujímat ve vztahu

s uživatelem rovnocenný vztah a hranice každého takového vztahu nastavuje pracovník, který je také zodpovědný za dodržení těchto hranic. Tyto hranice by měly být nastaveny v souladu se zařízením, ve kterém jsou otázky sexuality a mezilidských vztahů probírány.

Cíle osvěty:

- podpora vlastní identity
- kultivace projevů
- posílení odpovědnosti
- zvýšení obranyschopnosti
- prevence

Zásady, ze kterých vycházíme při vzdělávání v oblasti osvěty:

- Spontánnost. Každý, kdo poskytuje výchovu osobám s mentálním postižením v oblasti sexuality, musí být o všem, co říká sám přesvědčen.
- Přiměřenost. Je důležité posoudit aktuální schopnost jedince.
- Pravdivost a věrohodnost. Zamlčování či odsouvání pravdivých odpovědí na otázky z oblasti sexuality působí osobám s mentálním postižením pocitu nejistoty.
- Důvěra.
- Neotevírat nic, co není otevřeno. Je potřeba mít zmapovány znalosti klientů a nevnučovat jim informace, na které nejsou dostatečně připraveni.
- Návaznost.
- Příčina a následek. Každá zodpovězená otázka z oblasti sexuality spolu souvisí a vzájemně se ovlivňuje. (Diakonie Českobratrské církve evangelické, středisko v Plzni, poznámky ze semináře Sexualita aneb život se vším všudy).

### **2.2.1 PORADENSTVÍ V OBLASTI SEXUALITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

V současné době vnímáme značnou nejednotnost a nesystematičnost v oblasti sexuální osvěty a výchovy v zařízeních sociálních služeb řízených ministerstvem, krajskými úřady či obcemi.

Sexuální osvěta v poradenství směřovaném i k osobám s mentálním postižením by měla probíhat v následujících vzájemně se prolínajících rovinách:

- Obecně preventivní – která zahrnuje anatomii a sexuální fyziologii, výchovu k rodičovství, sociální a komunikační dovednosti, základy sebeobrany proti sexuálnímu obtěžování či zneužívání.
- Individuálně preventivní – obsahují poučení o sexuálním chování (projevy a metody) a poučení o koitálních a nekoitálních sexuálních technikách, znalost antikoncepce, partnerské dovednosti atd.
- Intervenční poradenství, které se bude soustřeďovat na řešení akutních problémů jedince či partnerské dvojice (Štěrbová, 2007).

### **2.2.2 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY PRO RODIČE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Rodiče jsou další cílovou skupinou, která by měla získávat informace o sexualitě osob s mentálním postižením v rámci osvěty. Velmi záleží na tom, jaký vztah bude navázán mezi rodiči a pracovníky sociální služby. Pokud budou rodiče a pracovníci spolu dobře vycházet, bude se cítit dobře i uživatel sociálních služeb. Rodiče i pracovníci sociálních služeb mívají zpravidla stejný cíl – mají snahu, aby se klient cítil dobře a byl v pohodě podle svých možností. Důležitým krokem je navázání dialogu a vzájemné spolupráce rodiny a pracovníků daného zařízení. Každá zastoupená strana musí mít možnost změny svého názoru a pohledu na danou problematiku.

Štěrbová se ve své publikaci opírá o postoje Ballana, který uvádí základní starosti rodičů dětí s mentální retardací:

- Jsou snadněji ovlivnitelní mýty a nepravdivostmi, které jsou spojeny s úzkostmi vztahujícími se k sexualitě a prožívání svých dětí.
- Obávají se často autoerotického sexuálního chování dítěte.
- Obávají se jakýchkoli znaků souvisejících se sexualitou, fyzického rozvoje v průběhu puberty, vitální hygieny.
- Obávají se nechtěného těhotenství, pohlavních nemocí.
- Obávají se trapných a zraňujících situací v běžné realitě.
- Obávají se, že jejich děti nebudou schopny přiměřeně a vhodně vyjádřit své sexuální nutkání a stanou se tak terčem sexuálního zneužívání. (Štěrbová, 2007).

Semináře pro rodiče pořádá kromě již výše zmíněných občanských sdružení zařízení také Společnost OSA, která podporuje nezávislý život osob s mentálním postižením.

### **2.2.3 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Lze konstatovat, že zatím se v České republice daří jen pomalu prosazovat práva osob s mentálním postižením ve vztahu k prožívání jejich sexuality a práva na systematickou osvětu a výchovu. Netýká se to jen široké veřejnosti, ale i veřejnosti odborné. Proto považujeme za nutné, aby se sexualitě osob s mentálním postižením věnovalo více prostoru v negraduální přípravě budoucích profesionálů na fakultách pedagogických, lékařských, sociálně právních apod.

Lidé s mentální retardací jsou v trojím obklíčení: jsou lidmi, kteří potřebují nejvíce základního plánovaného vzdělávání v oblasti sexuality a kteří ho obdrží nejméně a kteří jsou trestáni společností za to, co ostatní vědí. (Kempton, 1986). Je potřebné připustit, že dospělí s mentálním postižením v zařízeních poskytujících sociální služby zažívají hluboké

vztahy intimity, a respektovat a podporovat intimní a neintimní vztahy (míní se tedy i vztahy přátelské).

*Filosofie a strategie zařízení může poskytnout rámec pravidel v takové míře, jak jen je svobodné rozhodování možné. Prostřednictvím interdisciplinárního týmu může být stanoveno, ve kterých oblastech je klient (uživatel) plně schopný se rozhodnout a nést odpovědnost a ve kterých oblastech není (např. není schopen nést zodpovědnost za své chování), to znamená, že je potřebné stanovit rizika voleb jednotlivce a za jednotlivce. (Štěrbová, 2007).*

## **2.3 MASTURBACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Onanie (masturbace, sebeukájení) je specifickou sexuální aktivitou v tom, že nevyžaduje přítomnost partnera a že je zaměřena výhradně na získání příjemného tělesného prožitku, ne na rozvíjení vztahu s jinou osobou. Zároveň se sebou nenese možnost početí nového života. Tyto skutečnosti mají velký podíl na tom, že onanie byla odsuzována či považována za hřích. Masturbace byla vždy spojena s řadou mýtů a protikladných názorů.

*Onanie představuje častou sexuální aktivitu nejen v dětství a dospívání, ale i dospělosti. Je nutné odlišit na jedné straně masturbaci, motivovanou získáním příjemného tělesného zážitku, bez úplného vyvrcholení a bez sexuálních fantazií spojených s jinými osobami, a na druhé straně masturbaci motivovanou sexuálně a sloužící jako předstupeň, náhrada nebo doplnění párových sexuálních aktivit. (Šilerová, 2003).*

Mělo by být běžné, aby poskytovatel služeb podporoval právo osob s mentálním postižením vyjádřit svou sexualitu. Onanie slouží k redukci úzkosti, k rozvoji erogenního sebeuvědomění a k možnosti prožití orgasmu. Pro mnoho lidí s mentálním postižením je to často jediné sexuální východisko. V ideální situaci má člověk zdravé postoje k onanii, umí efektivně využívat svou fantazii, umí se stimulovat k orgasmu, má soukromý prostor ve svém bytě nebo svůj soukromý čas, má fyzickou schopnost onanovat a má přístup k případné požadované pomoci při onanii. To je ovšem ideál, který opravdu nebývá

u uživatelů služeb naplněn. V některých případech má onanie za následek vlastní sebepoškození, někdy ústí masturbace do veřejné onanie. V těchto případech je nezbytná intervence. Intervenci poskytujeme i uživatelům s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří by neměli být vyloučeni z realizace sexuálního života.

Pět klíčových témat vztažených k masturbaci osob s mentálním postižením:

- Osoby jsou považovány za neschopné masturbovat vhodně. Obvykle jsou považovány za neschopné dosáhnout orgasmu / ejakulace.
- Osoby nevědí, jak masturbovat. Obvykle to znamená, že si třou penis nebo vagínu, většinou přes své oblečení, někdy vůči lidem i objektům.
- Osoby masturbují příliš mnoho. Trvání nebo frekvence masturbace je taková, že personál má za to, že osoba se neúčastní v důsledku masturbace dalších sociálních aktivit a příležitostí doma nebo v komunitě.
- Osoby masturbují nevhodně, nepřiměřeně. Obvykle to znamená, že masturbují na veřejných místech nebo v místech, kde se poskytují služby, což přináší obtíže jak personálu, tak i ostatním uživatelům služeb.
- Osoby užívají k masturbaci nevhodné objekty, obvykle to znamená, že užívají objekty, které nejsou zamýšleny k napomáhání masturbaci a které je mohou zranit. (Štěrbová, 2009).

V dřívějších letech masturbace osob s mentálním postižením považována za něco nepřijatelného. Masturbující osoby byly často napomínány a masturbace byla považována za něco, co se prostě nedělá. Za masturbaci byli tito lidé často trestáni. Je třeba si uvědomit, že pokud masturbace přináší lidem s mentálním postižením pocity uvolnění a uspokojení, tak bychom na ní neměli vidět nic špatného. Je třeba však zabezpečit masturbujícím osobám, zvláště v ústavním zařízení, prostor a nerušený klid, soukromí. Masturbací dochází k uvolnění sexuálního napětí, ale v žádném případě nenahrazuje sexuální styk.

Odpovědnost uživatelů:

- Uživatelé mohou vyjádřit svou sexualitu způsobem, který nemá za následek sebeubližení a který není spokojen s neslušným odhalováním.

- Uživatelé přijmou, když je potřeba, asistenci a pomoc ze strany personálu. Ten jim umožní vybrat formy masturbace, při nichž nebudou narušována práva ostatních, nebude docházet k sebeubližování nebo nebudou potenciálně škodlivé. (Štěrbová, 2009). V žádném případě by nemělo ze strany personálu docházet k nácvičce řízené masturbace u uživatele.

Onanie není nic škodlivého nebo nevhodného. Za rizikovou a pozornost zasluhující je považována pouze příliš častá (nutkavá) onanie, tedy provozovaná mnohokrát denně, která omezuje ostatní aktivity jedince. Ta bývá často projevem skrytého problému, ať již zdravotního (infekce, či záněty), nebo i psychického (například únik před tíživou realitou). (Šilerová, 2003).

## 2.4 REGULACE PORODNOSTI – ANTIKONCEPCE

Regulace porodnosti (antikoncepce, kontracepce) by se měla užívat pouze tam, kde se uživatelé po vzájemném souhlasu sexuálně stýkají. Personál si je vědom následků a rizik, proto je vše písemně dokumentováno v osobním spisu klienta. Otázka regulace porodnosti je ještě komplikovanější v případě, kdy klient má významné překážky v komunikaci. Metody regulace porodnosti přicházejí v úvahu pro všechny uživatele, u kterých se předpokládá, že budou provozovat důvěrné formy sexuální aktivity. (Štěrbová, 2009).

Antikoncepce slouží k zamezení nechtěnému těhotenství. Známe tyto základní druhy antikoncepci bariérovou, chemickou, hormonální, přirozené metody antikoncepce a ostatní metody.

**Antikoncepce bariérová**, představuje nepropustnou hradbu, oddělující prostor, v němž se nacházejí spermie, od prostoru obsahujícího vajíčko, a tím brání spojení pohlavních buněk, tedy početí. (Trojan, 2009). Do této skupiny patří kondom, prezervativ,



poševní pesar a femidom, prezervativ pro ženy. Nejběžnější ochrana z této skupiny antikoncepce, kterou používají osoby s mentálním postižením je kondom, pánská ochrana. Kondom je navíc nejlépe dostupným antikoncepčním prostředkem. Nejen, že má funkci ochrany před nechtěným početím, ale zároveň jeho použitím omezíme přenosu pohlavních chorob, včetně HIV. Jeho použití zvládne i méně šikovná osoba, kondom se navléká na ztopořený penis a pro lepší použití můžeme používat kondom společně s lubrikačním gelem.

**Antikoncepce chemická**, většinou ve formě pěny, která má ničivé nebo alespoň znehybňující (spermicidní) účinky na spermie. Lze ji velmi doporučit zejména v kombinaci s kondomem. Sama nepředstavuje dostatečnou ochranu před HIV a i antikoncepce může selhat. (Trojan, 2009). Jedná se o nejspolehlivější metodu ochrany před početím, protože nedochází díky této ochraně k uvolnění zralých vajíček z vaječníků. Do této skupiny patří pilulky, náplasti, které stačí nalepit na některou část těla a z níž se uvolňují postupně látky, které zamezují nechtěnému otěhotnění. Další formou ochrany před nechtěným otěhotněním patří do této skupiny kroužky, které se zasunují do vagíny a pilulky „po styku“. Tyto pilulky se používají pouze ve výjimečných případech, spíše v případě, že žena měla neočekávaný pohlavní styk.

**Přirozené metody antikoncepce**, tyto metody využívají vedlejších projevů jednotlivých fází menstruačního cyklu. Jsou dobrou a doporučení hodnou pomůckou k poznání vlastního těla a pochodů, které se v něm menstruační cyklus odehrávají. (Trojan, 2009). Do této skupiny patří dvě metody, metoda neplodných dnů a metoda hlenová a slinová. Jedná se o metody antikoncepce, které nejsou vhodné pro ženy s mentálním postižením, protože spočívá ve výpočtu dnů ovulace a ve využívání změn fyzikálních vlastností hlenu nebo slin.

Mezi **ostatní metody** patří přerušovaný pohlavní styk. Jedná se o dost nespolehlivou metodu, protože muž penis vyndá z pochvy před vyvrcholením a výronem semene. Ani tato metoda není využívána muži s mentálním postižením, protože často nedovedou odhadnout ten správný čas potřebný k vyndání penisu z pochvy své partnerky. Do tohoto okruhu antikoncepce také patří zavedení nitroděložního tělíska ženě do pochvy. Tělísko zavádí gynekolog do děložní dutiny. A poslední známou metodou, která patří do této skupiny je metoda chirurgická, tzv. sterilizace. Jedná se o neprůchodnost vejcovodů u žen nebo chámovodů u mužů.

#### Odpovědnost uživatelů:

Uživatel se zúčastní procesu výběru, jaké metody regulace porodnosti by byly vhodné. Tento proces zahrnuje hodnocení výhod a rizik z různých možných antikoncepčních variant, poradu s lékařem a hledání dalších informací z jiných zdrojů.

Uživatel bude demonstrovat schopnost použít vybranou antikoncepční metodu efektivně. Pokud budou v tomto ohledu problémy, uživatel se zúčastní hodnocení a tréninku, zabezpečujícího efektivní použití vybrané metody regulace porodnosti. Nebude-li nadále plně schopný adekvátního použití vybrané antikoncepční metody, budou vybrány metody jiné.

Uživatel se účastní následné profesionální péče a vyhledá pomoc v případě, pokud vyvstanou nějaké problémy. (Štěrbová, 2009).

#### Odpovědnost zaměstnanců:

Personál bude podporovat uživatele v provedení informovaných rozhodnutí o regulaci porodnosti tím, že poskytne důležité informace přístupné jeho úrovni. Personál nebude ovlivňovat rozhodnutí klienta.

V případech, kdy má uživatel překážky v komunikaci, personál bude iniciovat proces s uživatelem tak, aby se určilo, zda je uživatel sexuálně aktivní. Předpokládá – li personál existenci sexuální aktivity uživatele, usnadní proces, který zabezpečí, že jsou uživateli poskytovány dostatečné možnosti, aby mohl vyjádřit svoji volbu vztahující se k regulaci porodnosti.

Výběr antikoncepční metody by měl být individuální a záviset především od stupně mentálního postižení. Není sporu o tom, že jen zcela výjimečně bude možno použít metodu periodické sexuální abstinence, která vlastně mezi antikoncepční metody nepatří. Největší uplatnění bude mít ženská antikoncepce hormonální. V případech lehčích mentálních defektů se často daří každodenní užívání tablet. Problematika vynechání tablety se často vyskytuje i u psychicky zcela normálních žen, naopak ženy s menším stupněm mentálního postižení mohou být v užívání pečlivější a převažuje u nich pocit jakési hrdosti nad tím, že tímto způsobem samy kontrolují svou plodnost. Jindy doporučíme raději dlouhodoběji

aplikovatelné postupy (vaginální kroužek, náplasti, podkožní implantát). Také injekční antikoncepce je docela dobře akceptovatelná. (Uzel, 2008).

Není sporu o tom, že veškerá antikoncepční medikace musí být užívána dobrovolně a musí být podávána za naprostého souhlasu uživatelek.

## **2.5 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Sexuálním zneužíváním se rozumí každá sexuální aktivita bez souhlasu druhé osoby. Právní klasifikace jednotlivých typů chování v českém právním řádu může být odlišná. Hranice sexuálního zneužívání jsou překročeny odmítnutím souhlasu, chováním které se shoduje s odmítnutím souhlasu, sexuálními akty směrem k osobě mladší patnácti let. Zahrnuje sexuální aktivity s osobou mladší osmnácti let, kde existuje vztah důvěry a závislosti. Personál je v pozici důvěry a síly, tedy jakákoliv sexuální aktivita mezi ním a uživatelem služeb je považována za sexuální zneužívání.

Alberta Committee of Citizens with Disabilities (2002) v rámci výzkumu provedeného u lidí s mentálním postižením v Albertě (Kanada) prokázala, že 40% žen s mentálním postižením bylo sexuálně zneužito před dosažením osmnáctého roku, 39% žen mělo zkušenost s fyzickým násilím nebo sexuálním zneužitím od svých partnerů nebo přátel, 71% obyvatel v institucionální péči bylo vystaveno nějakému násilí.

Všichni jedinci mají právo žít bez sexuálního zneužívání a obtěžování. Nesmí být tolerováno žádné sexuální zneužívání uživatele vůči jinému uživateli ani jakýkoliv sexuální akt personálu směrem k uživateli. Jakékoliv podezření nebo informace o sexuálním zneužívání se musí neprodleně oznámit. (Štěrbová, 2009).

Mezi syndromy sexuálního zneužívání patří:

Tělesné týrání dítěte aktivní povahy – fyzické týrání – zahrnuje všechny akty násilí na dítěti (i záměrné opomenutí v péči o dítě, které vyústí v jeho poranění nebo smrt).

Tělesné týrání pasivního charakteru – nedostatečné uspokojení nejzákladnějších tělesných potřeb dětí, může vyústit v poruchu prospívání neorganického původu (nedostatečná výživa s projevy podváhy, popř. zástava růstu), nedostatek zdravotní péče (buď ve formě vědomé, nebo nevědomé).

Nedostatky ve vzdělání a výchově, nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany. Vykořisťování dětí.

Psychické týrání – s obsahem aktivní složky (nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování, hostilita) a nese v sobě i to, že se neděje něco, co se správně dít má. Patří sem např. vyjadřování nezájmu, neláska, nevšímavost nebo nedostatek péče. (Štěrbová, 2007).

Mezi formy sexuálního zneužívání patří exhibicionismus, harassment, obtěžování dotykovou formou, sexuální útok dotyková kategorie, znásilnění dotyková forma, incest, pedofilní obtěžování, sexuální turistika, sexuální útok s následkem smrti, skupinové zneužívání.

Trestní zákoník v platném znění poskytuje rozsáhlou a dostatečnou ochranu intimní sféře a tělesné integritě každého jednotlivce a to bez ohledu na jeho psychický a somatický stav. Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti jsou soustředěny v III. hlavě trestního zákoníku a dále i v případě jiných skutkových podstat trestných činů poskytuje ochranu proti protispolečenskému jednání.

Je mimo jakoukoliv pochybnost, že nejzávažnějším trestným činem sexuálně motivovaným je vedle vraždy trestný čin **znásilnění dle § 185 trestního zákoníku**, k jehož naplnění se vyžaduje násilí, pohrůžky bezprostředního násilí, pohrůžky jiné těžké újmy, nebo zneužití bezbrannosti jiného, a tj. oběti trestného činu.

U trestného činu **omezování osobní svobody dle § 171 trestního zákoníku**, je objektem svoboda lidského jedince ve smyslu volného pohybu. Je nerozhodné, jedná-li se o osobu dospělou, dítě, nepřičetnou či mentálně postiženou.

Trestný čin **zbavení osobní svobody dle § 170 trestního zákoníku**, je v porovnání s předchozím intenzivnější a závažnější. Objektem je stejná svoboda lidského jedince jako u trestného činu omezování osobní svobody. Objektivní stránka spočívá ve zbavení svobody jiného, přičemž v porovnání s předchozím trestným činem musí jít o trvalý nebo delší dobu trvající stav.

Trestný čin **vydírání dle § 175 trestního zákoníku** dopadá mimo jiného na jednání sexuálně motivovaná, při jehož realizaci nedochází k uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředního násilí nebo zneužití bezbrannosti, tím, že jiného nutí, aby něco konal.

Z této skupiny trestných činů je **útisk dle § 177 trestního zákoníku** nejméně společensky nebezpečným. Objektem je svoboda rozhodování. Čin je dokonán, jakmile pachatel jiného nutí, aby něco konal, opomenul nebo trpěl. Není rozhodné, zda utiskovaná osoba vykonala to, k čemu ji pachatel nutil.

Z trestných činů proti lidské důstojnosti, v sexuální oblasti, je poměrně frekventovaným trestným činem, byť nepochybně s vysokým procentem latence trestný čin **pohlavního zneužití dle § 187 trestního zákoníku**.

U trestného činu **soulož mezi příbuznými dle § 188 trestního zákoníku** je objektem morální zásada nedovolující pohlavní styk mezi nejbližšími příbuznými.

Druhým hlediskem je právo mentálně postiženého člověka na sexuální život. Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka, bez ohledu na stav jeho somatického a mentálního zdraví. Tabuizovat, odsuzovat či dokonce znemožňovat sexualitu lidem se zdravotním postižením a to včetně mentálního postižení je ze strany těch, kdož tak činí jednáním protiprávním. Charta sexuálních a reprodukčních práv, přijatá ve Valenci dopadá na všechny lidské bytosti, mentálně postižené nevyjímaje. Trestání mentálně postižených osob za projevy sexuality je nejen nehorázné, ale je v rozporu s realizací základních lidských práv. (Mithlohner, 2008).

#### Odpovědnost uživatelů:

- Uživatelé jsou vybízeni, aby se účastnili sociálně – sexuálních vzdělávacích programů, které zahrnují porozumění sexuálnímu zneužívání.
- Uživatelé se nechovají tak, že by způsoby chování byly nevhodné, byly považovány za hanlivé nebo odpovídaly svým charakterem „harašení“.
- Uživatelé jsou vedeni k tomu, aby ohlásili supervizorovi nebo jiné důvěryhodné osobě jakékoliv činy sexuálního původu, kterým byli v minulosti nebo současnosti vystaveni a ke kterým nedali souhlas.

### **3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Sexuální výchovou se zabývá široká veřejnost odborníků i laiků. Na rozdíl od mnoha jiných výchovných disciplín bývá tato výchova často posuzována také z hlediska politického, náboženského, nebo obecně etického. (Uzel, 2006)

#### **3.1 POTŘEBA SEXUÁLNÍ VÝCHOVY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Sexuální výchova je obsáhlý program, který připravuje lidi pro uspokojování a obohacení jejich života. Komplexní program sexuální výchovy má širší rozsah: učí dovednostem jako je rozvíjení a podpora přátelských vztahů, osobní a společenské bezpečí, prevenci zneužívání a vykořisťování, projevům fyzické a emoční důvěrnosti a nejvíce, což je důležité, být schopen mít kontrolu a chránit vlastní tělo. Sexuální výchova je základem pro informace o sexualitě. Komplexní program sexuální výchovy by měl zahrnovat diskuse o vztazích, komunikaci a respektu.

V oblasti vzdělávání osob se zdravotním postižením se věnujeme zejména u osob s těžkým mentálním postižením otázce souhlasu (se sexuálním vyjádřením), schopnosti účastnit se sexuálních aktivit (ve vztahu k úrovni mentálních a fyzických předpokladů), přetrvávají však mýty pro osoby s těžkým zdravotním postižením v oblasti prožívání. Pak bývá sexuální výchova vnímána často jako zbytečná. Je pravda, že se některé programy sexuální výchovy omezují hlavně na výchovné programy s obsahem zaměřeným na pohlavní styk a jeho možnosti, poznávání a funkce částí těla, ochranu před sexuálně přenosnými chorobami, ochranu před pohlavním zneužitím, plánované rodičovství apod. ale je to jako by vytržené z kontextu života. (Dukes, 2004). Další mýtus, který se objevuje, je, že osoby se zdravotním postižením jsou vnímány jako asexuální bytosti, tedy bytosti nemající kapacitu provozovat sexuální vztahy. Program komplexní sexuální výchovy by měl zahrnovat témata antikoncepce, reprodukce a sexuálně přenosných nemocí. To

znamená, že respektujeme osobu s jejími schopnostmi a aktuálními dovednostmi, požadavky a přáními a těm se přizpůsobujeme v individuálních vzdělávacích programech.

Sexuální výchova je také často nazývána rodinným životním vzděláním. Tento termín vypouští slovo sex z názvu a je tak přístupnější těm, kteří váhají, jak si poradit s obsahem a názvem. Všechny programy by měly mít jasné cíle, které by se neměly svým obsahem odlišovat.

Hlavní úkoly sexuální výchovy lze shrnout do několika oblastí:

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

Sexuální výchova u klientů ústavní péče je zaměřena třemi směry: program výchovy a výcviku pro personál, sexuální osvěta a výchova klientů, sexuální osvětě rodičů a opatrovníků. (Štěrbová, 2007).

### **3.2 POTŘEBA SEXUÁLNÍ OSVĚTY PO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Vzdělávání pracovníků, vychovatelů či pedagogů v oblasti sexuální výchovy je jedním z důležitých faktorů správného fungování celého systému. Cíleně připravené programy pro pracovníky, kteří poskytují vzdělání, výchovu a služby osobám s mentálním postižením jsou základem, bez něhož se neobejdou žádní noví zaměstnanci. Jde např.



o povinnost absolvovat vzdělávací program o sexualitě osob s mentální retardací zakotvenou v protokolu sexuality daného zařízení. Programy zajistí dostatek profesionálů, kteří budou schopni informovat o sexualitě a o všem, co k ní patří – např. rozvíjet romantické vztahy klientů (včetně tzv. sňatků), poskytovat odpovídající služby klientům s mentálním postižením.

*Individualizované programy sexuální osvěty jsou zaměřeny na jednotlivce. Začleňují znalosti a dovednosti do každodenního života klienta. Pokračují v dlouhodobém plánování a podpoře. Na jejich tvorbě se podílí tým osob, který poskytuje služby klientům s mentálním postižením. (Štěrbová, 2007).*

### **3.3 PROTOKOL SEXUALITY**

Protokol o sexualitě a vztazích zatím nemá u nás legislativní zakotvení, stejně jako nenacházíme doporučující stanovisko z nadřízených orgánů metodicky vedoucích zařízení poskytujících služby osobám s postižením. Přesto tento dokument začíná zajímat odbornou veřejnost a začínají ho využívat některá ústavní zařízení.

Protokol o sexualitě obecně znamená souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, který je typický pro každou instituci. Tento souhrn by měl umožnit personálu rychle a správně jednat v různých složitých situacích včetně případného sexuálního zneužití. Na jeho tvorbě by se měli podílet všichni, kterých by se měl protokol týkat – především pracovníci a vedení konkrétního zařízení. Vlastní podoba souhrnu bývá různá, nejdůležitějším faktorem je vždy respektování potřeb a práv osob s mentálním postižením.

Protokol o sexualitě a sexuálním zneužívání by měl obsahovat:

- Postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů (filozofie sexuality a postoje k ní, hodnoty a normy, kterých se budeme držet).

- Témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty (formy vztahů a sexuality – co si pod nimi představují klienti, co o nich ví současná věda, co z toho budeme svým klientům zprostředkovávat).
- Způsob řešení možných důsledků sexuality (otázka antikoncepce možné důsledky sexuality).
- Přístupné a nepřístupné formy kontaktu, péče a poskytované podpory (přípustné formy kontaktu a důstojného zacházení, tělesná péče, její možnosti a hranice).
- Osvěta a prevence (témata osvěty, prevence sexuálně přenosných nemocí, zvýšení obranyschopnosti).
- Zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (obecná zodpovědnost – všichni pracovníci, odpovědnosti ve výchově a sexuální osvětě, osoba „důvěrníka“, spolupráce s rodiči, odborníky).
- Rodiče a zákonní zástupci (vzájemná spolupráce).
- Postoj k sexuálnímu zneužití.
- Postup při sexuálním zneužití (podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli).
- Preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta pracovníků i klientů). (Štěrbová, 2007).

Protokol sexuality by měl být nejen vnitřním dokumentem daného zařízení, ale zároveň dokumentem, kterým se budou řídit veškerý personál organizace bez ohledu na své osobní přesvědčení. V tomto případě je důležitým faktorem respektování práv a potřeb lidí s mentálním postižením. Dokument by měl být napsán ve srozumitelné formě nejen personálu, ale hlavně uživatelům sociálních služeb. Protokol o sexualitě by neměl vytvářet pouze jeden pověřený pracovník zařízení, ale na jeho vytváření by se měl podílet celý tým lidí, kterých se to týká. Určitě by v pracovním týmu neměli chybět zástupci uživatelů, kterých se tento dokument bude převážně dotýkat. Musí průběžně docházet k aktualizaci, případně revizi celého vytvořeného dokumentu.

Vytvořený dokument Protokol sexuality má pracovníkům zařízení umožnit rychle a účinně jednat v různých situacích, do kterých se mohou dostat, posílit jejich jistotu,

sjednotit přístup celého personálu. Nesmíme zapomenout na to nejdůležitější a to je vytvoření bezpečnosti práce s tématem sexuality osob s mentálním postižením v zařízení.

Zájemcům o práci v zařízení dává vytvořený dokument nahlédnout do filozofie a práce se sexualitou osob s mentálním postižením. A v neposlední řadě protokol sexuality pomáhá rozvíjet spolupráci s rodinami postižených osob.

## **4 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VE STODĚ**

Výzkumný vzorek osob s mentálním postižením jsem našla v zařízení Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě, kde pracuji. Zároveň jsem měla možnost oslovit vybrané pracovníky tohoto zařízení do dotazníkového šetření a možnost zpracovat návod dokumentu Protokolu sexuality, se kterým by vybraná skupina lidí dále mohla pracovat.

Domov pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě poskytuje široký rozsah sociálních služeb lidem s mentálním postižením v celoročním pobytovém zařízení. Organizace poskytuje tyto druhy sociálních služeb: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chráněné bydlení, Sociálně-aktivizační činnosti pro zdravotně postižené a seniory, Odborné sociální poradenství. V rámci Domova to jsou terapeutické dílny, aktivizační činnosti, sociální poradenství, odlehčovací pobyty, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Kapacita zařízení je 190 uživatelů. V současné době žije v tomto zařízení celkem 185 uživatelů, z toho 162 uživatelů v Domově a 23 klientů na chráněném bydlení. Cílovou skupinou zařízení jsou osoby starší patnácti let s různě vysokou mírou podpory mentálního postižení. Od března roku 2010 jsou našimi klientkami i ženy, přítelkyně mužů z výchovického chráněného bydlení. Domov ve Stodě se stal koedukovaným zařízením, kde je možné společné soužití mužů a žen. Prvních pět párů opačného pohlaví prošlo párovou terapií, které se naše zařízení pravidelně účastní.

Zařízení Domova je umístěno v pěti moderně vybavených budovách, ve kterých se nachází sedm pobytových oddělení. Každé oddělení je rozděleno na jednotlivé buňky rodinného typu. Uživatelé žijí ve vlastních pokojích a na některých odděleních je možnost bydlet v bytech se sociálním zařízením. Uživatelé zařízení mají možnost navštěvovat výtvarné ateliéry, dílny pro pracovní rehabilitaci, tělocvičnu a místnost pro fyzioterapii, které se nachází v objektu zařízení. K dispozici mají uživatelé volně přístupnou čajovnu, ve které je možnost připojení k internetu. Tyto služby mohou využívat i široká veřejnost žijící ve Stodě a jejím okolí.

Nezbytná míra podpory je Domově poskytována odborníky na základě plánování zaměřeného na člověka.

V průběhu roku 2010 dochází k prvním krokům v připravované transformaci zařízení. Management a pracovníci přímé péče se vzdělávají v rámci transformačního plánu.

Školení více směřuje k praktickým dovednostem uživatelů. Dochází k diagnostice nezbytné míry podpory uživatelů. Pracovníci zařízení vyjíždí na stáže do fungujících domácností v jiných zařízeních. V roce 2011 se přestěhovali někteří uživatelé do dvanácti bytů, které byly postaveny v rámci výstavby Sociálně terapeutického centra, které bylo podpořeno z programu ROP. Celkem 18 osob žije v jednolůžkovém nebo dvoulůžkovém bytě. Realizací tohoto projektu dochází k začlenění obyvatel chráněného bydlení Centra do místní komunity. Po dobu nezbytně nutnou uživatelům bytů poskytuje lehkou míru podpory kvalifikovaný personál. Součástí projektu byla výstavba sociálně terapeutické dílny, pekárny, která funguje jako chráněná dílna a umožňuje získat jednotlivým uživatelům chráněného bydlení pracovní příležitost.

Možnost takového bydlení využily tři partnerské páry, se kterými jsem vedla rozhovor na téma partnerství a sexuality. Čtvrtý pár, se kterým seznamuji čtenáře v diplomové práci, využívá možnosti společného bydlení na pokoji se sociálním zařízením v areálu Domova. Muž pátého představeného páru žije sám na pokoji chráněného bydlení v areálu Domova, protože partnerka je v současné době umístěna v Psychiatrické léčebně.

# METODOLOGICKÁ ČÁST

## 5 VZTAHY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Ve své diplomové práci se zamýšlím nad tím, zda jsou osoby s mentálním postižením schopny partnerského soužití, zda jsou schopny žít bez promiskuitního střídání jednotlivých partnerů.

Delší dobu pracuji v zařízení, kde většinu pracovníků zajímá pohled na to, zda osoby s mentálním postižením jsou schopny žít v partnerském vztahu a co pro ně znamená sex. Pro zodpovězení těchto otázek jsem se snažila získat informace přímo od osob, kterých se to bezprostředně týká.

### 5.1 CÍLE MÉHO VÝZKUMU

Hlavním cílem mé diplomové práce je najít odpověď na otázku, zda a jakým způsobem je možné partnerské soužití osob s mentálním postižením.

Pracuji v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě, kde cílovou skupinou byli muži s mentálním postižením. Od roku 2010 se zařízení stalo domovem i pro pět žen, které do domova přišly z obdobných zařízení určené výhradně ženám. Těchto pět žen si v dřívější době našlo mezi uživateli našeho zařízení své partnery a chtěly zkusit, jaké je to denně žít v partnerském vztahu s osobou opačného pohlaví.

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila kvalitativní metodu výzkumu, protože jsem měla k dispozici malý výzkumný vzorek, na kterém jsem zkoumala jejich názory na partnerské soužití a sexualitu osob s mentálním postižením.

Velmi důležité je, že nejde o žádný výzkum, který bych chtěla zpřístupnit široké veřejnosti. Primární motivací je moje práce, kde se s danou problematikou denně setkávám.

## **5.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU VÝZKUMU**

Osoby, které jsou zařazeny do mého výzkumu, jsou z řad uživatelů a uživatelék zařízení Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě. Jedná se celkem o pět žen s mentálním postižením ve věku od 27 let do 55 let a o pět mužů s mentálním postižením ve věkovém rozmezí od 33 let do 56 let.

Všechny páry jsem očíslovala čísly 1, 2, 3, 4 a 5 pro lepší orientaci. Podrobnější charakteristikou se budu zabývat v jejich kazuistikách.

## **5.3 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU**

Vyhledat jednotlivé respondenty, kteří žijí partnerským životem ve společné domácnosti, pro mě nebyl velký problém. Využila jsem toho, že již dvacet let pracuji v domově, kde žijí osoby s mentálním postižením.

Až do roku 2010 naše zařízení nabízelo sociální služby pouze mužům s mentálním postižením. Jak už jsem zmiňovala, v tomto roce do našeho zařízení přišlo pět žen, které zde měly své partnery, se kterými se rozhodly žít ve společné domácnosti.

Jejich společnému soužití předcházela příprava na život ve společné domácnosti a také účast na párové terapii, která všechny zúčastněné připravovala na zvládnutí problémů vyplývajících ze společného života. Všech pět párů potvrdilo svoji spolupráci se mnou, ale v momentě domluvy termínu rozhovorů se jeden muž rozhodl, že nechce o tématu sexuality, partnerství, lásky hovořit. Hlavním motivem bylo to, že nechtěl, aby byl jeho rozhovor zaznamenáván. Toto rozhodnutí jsem plně respektovala a uvádím u jeho osoby pouze seznámení s jeho rodinnou anamnézou, kterou mi dovolil použít pro účely této práce. Ve své práci neuvádím pravá jména respondentů.

S respondenty jsem se domluvila na schůzkách, které probíhaly buď přímo u nich v bytě, nebo v prostorách domova. Při mých návštěvách v bytech jednotlivých párů mi vždy byla nabídnuta káva a jednotliví respondenti mou přítomnost brali jako zpestření

svého volného času, jako přátelské popovídání. U žádného rozhovoru jsme nebyli nikým a ničím rušeni.

Na začátku každého rozhovoru jsem požádala o souhlas se zaznamenáváním mluveného slova na diktafon. Bylo to hlavně z důvodu, že jsem nechtěla narušovat písemným záznamem plynulost rozhovoru s jednotlivými respondenty. Nahrané rozhovory jsem postupně zaznamenávala do písemné podoby, abych je mohla využít do své práce.

Pro otevřenou komunikaci byla nezbytně nutná vzájemná důvěra. U mužů byl s navozením důvěrné atmosféry menší problém, protože jsem všechny vybrané muže znala od začátku svého působení v zařízení. U žen jsem se snažila za pomoci přátelského a otevřeného přístupu důvěru získat. Se všemi jsem si na jejich přání tykala. Tykání bylo oboustranné. Ve všech rozhovorech kazuistických šetření jsem ponechávala vlastní způsob mluveného slova respondentů tak, aby byla zachována identičnost jejich odpovědí. Na závěr každého rozhovoru jsem všem poděkovala za jejich upřímnost a otevřenost.

Otázky, které jsem při svých rozhovorech s respondenty používala:

1. Co pro vás znamená partnerský život?
2. Co pro tebe znamená žít ve vztahu s osobou opačného pohlaví?
3. Co pro tebe ve vztahu znamená sex, sexualita?
4. Víš, co je pohlavní styk, a máš s ním nějakou zkušenost?
5. Jaký máš názor na možnost početí, těhotenství?
6. Jaké máš představy o své budoucnosti v partnerském životě?



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 KAZUISTIKY JEDNOTLIVÝCH PÁRŮ

### 6.1 PÁR ČÍSLO 1 – PAVLA A JAN

#### **Pavla, 39 let**

**Rodinná anamnéza:** Pavla žila od svých 21 let v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde cílovou skupinou byly ženy s mentálním postižením. Od roku 2010 žije se svým přítelem v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě. Oba její rodiče již zemřeli. Bližší okolnosti jejich života nejsou známy. Pavla má sestru, se kterou se nestýká. Pavla je postižena mentálním postižením v rozsahu lehkéhoho stupně postižení.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Na zadané otázky většinou odpovídá jednoslovně. Pavla neumí číst, na prstech s pomocí napočítá do deseti. Sama nenakupuje, nezná peníze ani jejich hodnotu. Hovoří srozumitelně a její slovní zásoba je přiměřená postižení. Snaží se užívat věty.

**Vlastní rozhovor:** Pavla je velmi přátelská, na mé otázky odpovídala otevřeně. Do domova ve Stodě se přestěhovala, protože slyšela o přátelské atmosféře, která v tomto zařízení panuje, a navíc zde má svého „miláčka,“ přítele Jana, se kterým se seznámila na jednom z vánočních setkání pořádaných naším zařízením.

Po několika letech korespondence využila možnost k setkání se svým Janem na několika párových terapiích, kterých se účastní naši uživatelé, kteří mají navázaný přátelský vztah s ženami z obdobných zařízení. Před vztahem s Janem neměla žádný jiný přátelský vztah s mužem. Na otázku, zda si myslí, že jde o dlouhodobý vztah mezi nimi, se mi dostalo odpovědi, že se to musí vyzkoušet a pak že se uvidí.

V současné době spolu žijí ve společné domácnosti ve výcvikovém chráněném bydlení. Pavla o Janovi mluví velmi hezky a je pro ni jejím „miláčkem.“ Na Janovi

obdivuje jeho společenskou povahu, že ji má rád a že s ním není nuda, jen samá „sranda.“ O vztahu s Janem mluví jako o něčem moc hezkém.

Pavla si pod pojmem intimní, intimita představuje něco velmi hezkého, romantického, něžného. Pojmu sex se vyhýbá a nahrazuje ho slovem láska. Při pokračujícím rozhovoru na téma sex Pavla zčervená a vypadá to, že ho spíše řadí k vulgárním slovům. Podle dalšího povídání vyplývá, že Pavla neměla zatím pohlavní styk. Přesto má Pavla zavedený podkožní implantát, antikoncepci na dobu tří let. Děti nechce, protože si není jistá, zda by se o děti dovedla postarat.

### **Jan, 36 let**

**Rodinná anamnéza:** V Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě žije Jan od roku 1992, kdy se přestěhoval z Ústavu sociální péče z Tloskova. Po smrti své matky, ke které pravidelně jezdil každých čtrnáct dní, se více zajímá o svoji přítelkyni Pavlu. Občas ho přijede navštívit jeho nevlastní otec nebo teta z matčiny strany. Jan má lehký stupeň mentálního postižení.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Na zadané otázky odpovídá zbrkle, povídá si často pro sebe. Poslední slova věty několikrát po sobě opakuje. Nedokáže přesně vyjádřit svou myšlenku, nenachází hned vhodná slova. Pod nátlakem zadržává a ztrácí souvislost v řeči. Opakuje rád slova i krátké věty, která slyší, i přesto že nerozumí jejich významu. Napočítá do deseti, ale nedokáže sčítat ani odečítat. Zvládne přečíst jednotlivá lehčí slova.

**Vlastní rozhovor:** Jan je velmi společenský, na otázky odpovídal rád a vesele. Díky tomu, že se známe spolu již několik let, probíhal náš rozhovor ve velmi přátelské atmosféře a mohu říct, že se na rozhovor se mnou Jan těšil.

Jan si na jednom z vánočních setkání, která naše zařízení pořádá, našel přítelkyni Pavlu, se kterou si pravidelně několik let psal a při každé možné příležitosti se s ní setkával. Dvakrát se spolu zúčastnili párové terapie pořádané odbornými pracovníky pro lidi s mentálním postižením, kteří by měli zájem bydlet spolu. Jan měl před Pavlou jeden nevydařený pokus o vztah, který skončil nezájmem z jeho strany. Na otázku, zda si myslí, že jde mezi ním a Pavlou o dlouhodobý vážný vztah, odpovídá, že ano.

Tím, že má možnost společně bydlet s Pavlou, se mu splnilo jeho velké životní přání. Pavlu má moc rád, váží si její zodpovědnosti, je rád, že mohou společně uklízet a starat se o svůj „byteček,“ i když občas cítí, že je snadno Pavlou ovlivnitelný.

Jan si pod pojmem intimní, intimita představuje lásku „*se vším všudy*,“ tedy i se sexem. Na otázku, co pro něho znamená sex, mi odpovídá, „*že je to styk s Pavlou a že z toho mohou být i děti*.“ Na otázku, zda si umí představit situaci, že by si pořídil v budoucnosti s Pavlou vlastní dítě, odpovídá záporně. Nedovede si představit, že by se měl starat o malé miminko, které by plakalo a potřebovalo jeho celodenní péči. „*To bych pak nemohl chodit s kamarády a jezdit na sportovní a kulturní akce, také bych nemohl jezdit na vodu*“. Čerpá ze své zkušenosti, kdy jel s kamarády ze zařízení na vodu a Pavla mu každý den volala, že se jí po něm stýská a kdy už přijede. Jan si uvědomuje, že dítě není jen „*zábava, ale i starosti*.“ Ale s Pavlou by chtěl „sex“ zkusit. Myslím si, že má na mysli pohlavní styk, protože má obavy, aby „*to*“ Pavlu nebolelo.

**Společný rozhovor:** Oba dva mají představu harmonického soužití v páru v samostatném bytě. Co pro ně znamená žít v partnerském životě? Na tuto otázku odpovídají stejně: „*Vzájemně si pomáhat při úklidu podle svých možností a schopností*.“ Jan si uvědomuje, že Pavla díky atopickému ekzému nemůže vytírat, protože má doporučeno vyhýbat se kontaktu s vodou. Oba dva počítají ze začátku s částečným dohledem personálu zařízení. Pavla říká: „*že už se smířila s Janovou pracovní dobou, kdy odjíždí do nedalekého města za prací*.“ Pavla ze začátku každý den Jana vyprovázela k autu, které ho odváželo za prací, a po skončení pracovní doby ho radostně očekávala.

Společně se zúčastňují všech společenských a sportovních akcí, které pořádá nejen naše zařízení, ale i město, ve kterém žijí. Společně navštívili i bývalý domov partnerky.

## 6.2 PÁR ČÍSLO 2 – MARTINA A LUBOŠ

### Martina, 55 let

**Rodinná anamnéza:** Martina nepoznala svou matku ani otce. Martina nemá ani informace o tom, zda má nějaké sourozence. Po narození byla Martina umístěna do kojeneckého ústavu, kde byla velmi krátkou dobu, po dobu 6 ti měsíců. Poté byla umístěna do ústavu, kde byla několik let. Následoval pobyt v diagnostickém zařízení a další pobyt v ústavu, kde byla Martina do roku 2009. Od roku 2010 bydlí Martina ve společném bytě chráněného bydlení DOZP se svým přítelem. Martina je postižena mentálním postižením lehkého stupně.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Na položené otázky odpovídá velmi rychle. Při rozhovoru je neustále optimisticky naladěná, často se usmívá. Má dostatečně velkou slovní zásobu vzhledem ke svému stupni mentálního postižení. Martina zvládne přečíst jednoduchá slova, dokáže napočítat do deseti, avšak sčítat a odčítat jednotlivá čísla nedokáže.

**Vlastní rozhovor:** Martina žila dlouhá léta v domově, kde žily ženy s mentálním postižením. V domově se Martině moc nelíbilo a v době, kdy se potkala se „*svou pusinkou*“ Lubošem, se tento negativní postoj zdvojnásobil. Martina je kamarádká, ráda si povídá se známými lidmi. Potřebovala jsem delší dobu k vytvoření pocitu vzájemné důvěry, abych si s ní mohla povídat o kamarádství, partnerství, lásce a sexu.

V současné době žije se svým přítelem Lubošem v bytě chráněného bydlení ve městě. O čistotu v bytě se starají oba dva. Martina říká, že mají rozděleny domácí práce na „*čisté*“, které dělá ona, a na „*špinavé*“, které zastává Luboš. Po mém dotazu, zda není lepší, když rozdělené práce bude dělit na ženské a mužské, se dozvídám, že takto jim to bylo vysvětleno na párové terapii, na kterou oba pravidelně jezdili.

Vztah s Lubošem má založený na hlubokém přátelství. Velmi hezky o Lubošovi hovoří. Ví, že se na Luboše může kdykoliv spolehnout, že v něm má svou „*životní podporu*.“ Z dále vedeného rozhovoru se dozvídám, že neměla nikdy pohlavní styk. Přesto je chráněna proti nechtěnému otěhotnění hormonální antikoncepcí. Děti by chtěla pouze někdy, představa nemoci u dítěte jí děsí. Dítě by měla spíše na pomazlení, ale celý den by se o ně starat nechtěla.

## **Luboš, 56 let**

**Rodinná anamnéza:** Luboš žije již téměř třicet pět let v domově pro osoby se zdravotním postižením. Bydlel na oddělení, kde měl pokoj, ve kterém bydlel se svým kamarádem, se kterým si rozuměl. Do domova přišel z rodiny, kde žil společně se svými sourozenci. Luboš má dva bratry a sestru. Matka již nežije a otec je umístěn v domově pro seniory. O svých sourozencích nemá žádné informace, ani s jedním se Luboš nestýká. Dříve jezdil pravidelně domů na víkendy. Po smrti matky se návštěvy domova značně omezily, nakonec Luboš přestal jezdit na návštěvu úplně. Luboš navštěvoval pět let zvláštní školu.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Luboš na položené otázky odpovídá srozumitelně a s rozvahou. Pokud položené otázce nerozumí, tak to řekne a chce položit otázku tak, aby jejímu obsahu rozuměl. Luboš má velmi bohatou slovní zásobu. Je však introvert a flegmatik, který sám nevyhledává komunikaci s druhou osobou. Zvládá přečíst krátký článek. Umí sečíst a odečíst čísla do stovky a tak pro něho není žádným problémem chodit nakupovat.

**Vlastní rozhovor:** Nejprve nechtěl Luboš se mnou mluvit na téma přátelství, lásky a sexu. Nabyla jsem dojmu, že se stydí o těchto věcech mluvit, protože se s Lubošem známe již dvacet let a nikdy před tím mezi námi nenastal žádný problém v komunikaci. Po několikátém podrobném vysvětlení důvodu, proč mě zajímají jeho názory na toto téma, svolil k rozhovoru i k tomu, že jeho odpovědi budou zaznamenávány. Ve svých odpovědích byl ale velmi strohý, většinou odpovídal jedním, dvěma slovy, přestože má bohatou slovní zásobu.

Ve společném bytě se „*svou*“ Martinou bydlí rád, protože je „*jeho milá*.“ V bytě dělá „*mužské*“ práce, ale rád pomáhá s prací i „*své*“ Martince. Rozdělení domácích prací bere „*jako, že to tak má být, že se to tak učili na párové terapii*.“ Na setkání párové terapie byli s Martinou několikrát a vždy se jim tam společně líbilo. Na otázku, zda měl pohlavní styk, Luboš odpovídá, že ne, ale že „*k tomu chyběl jen kousek*.“ K vysvětlení, co myslí tím kouskem, uvádí, že se rád se svou Martinou pomazlí. Martinu bere jako svou „*manželku*“, kterou by za jinou „*holku*“ nevyměnil. Otázku početí dítěte má pro sebe Luboš vyřešenu, protože vzhledem ke svému věku již dítě nechce. S Martinou se o dítěti nebaví, protože jí na začátku vztahu řekl, že žádné dítě nechce, a bere to on sám jako již vyřešenou otázku.

**Společný rozhovor:** Martina i Luboš odpovídají na mou otázku, co pro znamená žít v partnerském svazku, že „*žijí spokojeným životem plným lásky, harmonie a pochopení.*“ Oba dva jsou nadšeni svým bytem, který získali ve městě v chráněném bydlení. Oba dva jsou nadšeni zapojením do společenského života „normálních“ lidí ve městě. Výhodou je pro ně lehká dostupnost obchodů a pro Luboše i hospůdek, kam si chodí na své jedno malé, když má zrovna na pivo chuť. Ze začátku společného bydlení jim pomáhal v překonání některých problémů společného soužití personál, hlavně asistentka chráněného bydlení. V současné době již oba dva zvládají život v páru a pomoc vyhledávají minimálně. Oba dva pracují, Luboš v pekárně, která je umístěna ve stejném objektu jako jejich byt, a Martina dochází za prací do domova, kde pracuje v ergoterapeutické dílně. Oba dva si plní své pracovní povinnosti pečlivě.

Otázku sexu mají spolu „*probranou,*“ jak říká Luboš a Martina potvrzuje. Dítě nechtějí a ke spokojenému sexuálnímu životu jim stačí „*zdraví a nějaké to pomazlení.*“

Společně se zúčastňují všech společenských, sportovních akcí, které pořádá nejen naše zařízení, ale i město, ve kterém žijí. Společně navštívili i bývalý domov partnerky.

## 6.3 PÁR ČÍSLO 3 – SOŇA A JIRKA

### Soňa, 45 let

**Rodinná anamnéza:** Soňa žila v ústavu s vysokou mírou podpory a s nízkou možností samostatného rozhodování, samostatnosti a odpovědnosti. V tomto zařízení žijí pouze ženy se zdravotním postižením. Soňa měla společný pokoj s další ženou, se kterou si moc nerozuměla. Ve stejném zařízení žila i její sestra, se kterou se Soňa nestýkala a nadále nestýká. O matce a ani otci nemá Soňa žádné informace. Po celou dobu pobytu v tomto zařízení snila o společném bydlení se svým chlapcem, kterého poznala na diskotéce, kterou pořádá tradičně zařízení, ve kterém žije její chlapec. Od roku 2010 bydlí Soňa ve společném bytě chráněného bydlení Sociálně terapeutického centra DOZP ve Stodě se svým přítelem. Soňa je postižena mentálním postižením lehkého stupně.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Soňa všem položeným otázkám rozumí. Na otázky odpovídá s téměř správnou výslovností, má bohatou slovní zásobu. Jako jediná z pěti žen, se kterými jsem vedla rozhovor na téma přátelství, lásky, sexu, byla velmi otevřená, spontánní a chtěla si o tomto tématu povídat i při našich náhodných setkáních. Nestyděla se a ptala se mě na věci, ve kterých neměla jasno ohledně sexuality ve vztahu se svým partnerem. Soňa dokáže přečíst text, kterému ve většině případů rozumí. Soňa navštěvovala zvláštní školu a v současné době dochází do vzdělávací třídy, která pracuje pod speciální školou. Tam se Soňa učí rozvíjet základy trivia.

Písemný projev je u Soni bez obtíží, zvládá přepis textu z tiskacího písma do písma psacího. Dokáže sčítat a odčítat i s přechodem přes desítku s oporou názorné pomůcky.

U Soni je na základě vyšetření ze speciálního pedagogicko-psychologického vyšetření celková prognóza rozvoje školních znalostí a dovedností dobrá. Soňa zvládá čtení, psaní i počty na úrovni potřebné pro základní orientaci v běžném životě.

**Vlastní rozhovor:** Soňa byla velmi ráda, že si může s někým povídat o svém životě. Soňa se mnou navázala velmi přátelský vztah, přestože jsem jí vyhledala a hned jsem jí sdělila svou prosbu, zda by byla ochotná se svým partnerem pohovořit o svém vztahu, o své lásce. Soňa byla ochotná, byla velmi komunikativní, měla zájem mi vyprávět svůj příběh. Několikrát mi sdělila, že Jirka nebude ochoten se do našeho rozhovoru zapojit, protože je „*nervóza*.“ Snažila jsem se jí vysvětlit, že ne všichni muži a ženy jsou ochotní o svých

citech a lásce hovořit před třetí osobou. Soňa byla velmi smutná z toho, že bych s ní rozhovory a setkání už dál neuskutečňovala na základě toho, že její Jirka nechce o „sexu“ mluvit. Po mém slibu, že si s ní budu o všem dál povídat, se upokojila.

### **Jirka, 49 let**

Jirka souhlasil pouze se zveřejněním své rodinné anamnézy, abych mohla dál vést rozhovory se Soňou na téma sexuality, vztahů a lásky. Jirka odmítá hovořit o této problematice s kýmkoliv, protože se stydí o těchto věcech mluvit. Vše probírá pouze „*se svou Soňou, která všechno umí a ví, tak mu dokáže poradit, více pomoci nepotřebuje.*“

**Rodinná anamnéza:** Jirka svou matku ani otce nezná. Nemá ani údaje o tom, zda má nějaké sourozence. Po narození byl umístěn do kojeneckého ústavu, poté do diagnostického ústavu, kde žil do svých dvanácti let. Od dvanácti let žije v domově. Bydlel na oddělení, kde mohl chodit samostatně na vycházky. Pokoj sdílel se svým kamarádem až do doby, kdy kamarád zahynul při tragickém neštěstí. Od té doby chtěl Jirka bydlet sám. Na jedné z diskoték, kterou pořádá naše zařízení, se seznámil se Soňou. Opakovaně se společně zúčastnili párového setkání a jejich společným přáním bylo bydlet spolu ve společné domácnosti. Od roku 2010 se jim tento sen vyplnil a stal se skutečností.

**Společný rozhovor:** Soňa společně s Jirkou bydlí v bytě chráněného bydlení Sociálně terapeutického centra DOZP ve Stodě. Soňa rok pobývala na výcvikovém chráněném bydlení, kde se v rámci výcviku připravovala na přechod do chráněného bydlení a společně se svým partnerem se učila hospodařit s penězi. V rámci individuálního plánování se začala zdokonalovat ve vaření a v nácviku samostatného cestování. Soňa se naučila velmi dobře rozvrhnout finanční částku, kterou týdně dostává na jídlo tak, aby po celý týden měla co jíst a aby vyšla s danými financemi.

Na otázku, co pro ni znamená láska, odpovídá, „*že je to hlavně její Jirka, kterého miluje, protože je to její bezpečí, že s ním ráda tráví večery u televize.*“

Na otázku, zda ví, co je pohlavní styk a zda se s přítelem milují, říká, „*že pohlavní styk je spojení našich těl, milovat se teprve budeme.*“ Z jejího vyprávění se dozvídám, že se s Jirkou ráda mazlí a dělá jí dobře, když se jí Jirka dotýká.



Miminko by nechtěla, protože si uvědomuje, jaká to je starost a že by péči o dítě nezvládala. Soňa dochází pravidelně na kontroly ke gynekologovi a bere hormonální antikoncepci, která by ji ochránila před nechtěným těhotenstvím a jak ona sama říká „*od miminka.*“

Soňa je naprosto samostatná ve všech činnostech týkajících se chodu domácnosti jako je úklid domácnosti, praní a žehlení prádla, péče o interiér bytu. Asistenci využívá jen při doprovodu k lékaři a při jednání s úřady.

Soňa pracuje na zkrácený pracovní úvazek jako pomocná úklidová síla v domově, kam každý den dochází. Ve svém volném čase ráda sleduje s Jirkou televizi, vyšívá a chodí ráda na procházky. Soňa působí na své okolí jako klidná, milá, přizpůsobivá žena, která ráda pomůže svým kamarádům.

Jirka při rozhovoru se Soňou seděl vedle ní, usmíval se a souhlasně pokyvoval hlavou. Do rozhovoru se zapojit nechtěl, jeho rozhodnutí jsem plně respektovala a po celou dobu jsem si povídala pouze se Soňou, která byla naopak velmi komunikativní a ochotně spolupracovala.

Obrázek č. 1: PÁR SOŇA A JIRKA



## 6.4 PÁR ČÍSLO 4 – LENKA A BOHUSLAV

### Lenka, 31 let

**Rodinná anamnéza:** Lenka byla po narození umístěna v kojeneckém ústavu a poté přemístěna do dětského domova i se svým bratrem Filipem. Kolem osmého roku byla přemístěna do domova pro osoby se zdravotním postižením, kde žila až do roku 2010. V tom roce se přestěhovala za svým partnerem Bohuslavem do domova ve Stodě. Matku ani otce Lenka nepoznala. Stýkala se pouze se svou babičkou, která ji také několikrát za rok jezdila navštívit. Po jejím úmrtí Lenka navštěvuje svého bratra, který žije nedaleko jejího současného bydliště.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Lenka je velmi společenská, s velkým potěšením si povídá s ostatními lidmi, proto jsem neměla žádný problém s navázáním rozhovoru na téma sexuality, lásky, partnerského vztahu, sexu.

Lenka navštěvovala zvláštní školu a v současné době dochází do vzdělávací třídy, která pracuje pod speciální školou. Lenka je pohybově nadaná. Tuto vlastnost využívá při tanci, protože tancuje velmi ráda. Dříve tancovala v tanečním kroužku. Velmi ráda se zúčastňuje téměř všech sportovních aktivit, které jsou jí nabídnuty nebo které si vyhledá v nabídce města, ve kterém žije. Ve svém volném čase vyšívá, věnuje se i dalším ručním pracím. Lenka si udělala maserský kurs a provádí masáže svým kamarádkám, zaměstnancům i některým lidem ve městě.

**Vlastní rozhovor:** Lenka na otázku, co pro ni znamená láska, odpovídá, že je to vztah s „*chlapem, který s ní bude žít a bude jí mít rád.*“ Další otázkou jsem se snažila zjistit, zda takovou lásku našla u svého současného partnera. Z její odpovědi jsem zjistila, že „*chlap,*“ kvůli kterému přešla do zařízení umožňujícího žít s partnerem v samostatném bytě, byl pro ni starý a tak jí nemohl uspokojit, proto se s ním rozešla a našla si „*chlapa*“ jiného.

Ale ani s touto svou „*láskou*“ není Lenka spokojená, protože tento partner nechce miminko, a to by Lenka do budoucna určitě chtěla. Lenka si uvědomuje, že Bohuslav je hodný a má ji hodně rád, ale není to ten „*pravý pro rodinný život s dítětem.*“ Lenka dochází pravidelně na gynekologické prohlídky a bere doporučenou antikoncepci, aby zabránila nechtěnému těhotenství. Miminko by chtěla, ale s „*chlapem,*“ který se s ní bude milovat a zaslouží si miminko stejně jako ona.

Lenka zastává názor, že až najde toho pravého, tak se k němu přestěhuje a budou se „snažit o miminko.“

### **Bohuslav, 41 let**

**Rodinná anamnéza:** Bohuslav se narodil z druhého těhotenství své matky. Porod byl předčasný v 8 měsíci, Bohuslav byl kříšen. Oba rodiče se zajímali o život Bohuslava a než zemřeli, tak dojížděli za Bohuslavem pravidelně do domova. Dětství až do svých dvaceti dvou let prožil doma s rodiči a se svou sestrou. Potom ho rodiče umístili do domova z důvodu svého špatného zdravotního stavu. Sestra se s Bohuslavem přestala stýkat. Údajnou příčinou byla hádka. Ani přes pokus zaměstnanců domova sourozence usmířit se to bohužel nepovedlo. Dva roky navštěvoval Bohuslav zvláštní školu.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Bohuslav je velmi společenský, nechá se říct, že je i upovídaný. Všem otázkám, které mu byly položeny, rozuměl a hned mi na ně odpovídal. Vzhledem k jeho bohaté slovní zásobě jsem neměla problém se záznamem jeho odpovědí. Bohuslav zvládá číst, psát a počítat do stovky. Zapojuje se do sportovních aktivit nabízených domovem nebo městem. Rád si zahraje fotbal. Bohuslav je šikovný a zručný, proto také pracuje na poloviční úvazek v údržbě domova. S jeho prací jsou všichni spokojeni.

**Vlastní rozhovor:** Bohuslav se nemohl dočkat dne, kdy jsme se domluvili na povídání o partnerství, lásce a sexualitě. Bylo to i tím, že Bohuslav si rád povídá a také má rád, když má společně se svou Lenkou doma návštěvu.

Bohuslav mi na otázku, zda je spokojený se vztahem s Lenkou odpovídá, že ano, ale že se v poslední době „hárají o miminko.“ Bohuslav je přesvědčen, že miminko je „jenom práce,“ a proto „ho“ nechce. Dozvídám se z plynulého rozhovoru, že se „stejně rozejdou, protože Lenka je přelétavá a neví, koho by chtěla.“ Podle Bohuslava Lenka „zkouší sex,“ protože mu asi není věrná. Ale to neví určitě. Láska pro Bohuslava znamená „být na sebe hodní, mazlit se spolu, dívat se společně na televizi, chodit za ruku na procházky.“ Pohlavní styk je podle Bohuslava „hezký, ale jsou s ním problémy“ a tak ho „dělá jenom jednou za týden, o víkend.“ O podrobnostech mluvit nechtěl a nedozvěděla jsem se ani vysvětlení, proč nemají pohlavní styk i v jiné dny.

Obrázek č. 2: PÁR LENKA A BOHUSLAV



**Společný rozhovor:** Oba dva jsou rádi, že mohou žít sami ve svém bytě, ve městě a téměř bez podpory asistentky. Z jejich společného vyprávění se dozvídám, že oba ví, že jejich vztah nevydrží, protože Lenka „očekává od vztahu miminko“ a Bohuslav „spíše klid a prožívání společného času.“

V případě odchodu Lenky si bude „muset“ Bohuslav najít „nějakou jinou,“ protože by mu v bytě bylo smutno a neměl by si s kým povídat. Lenka si chce najít „někoho, kdo bude chtít mít miminko, protože o tom je sex.“ Oba dva pracují, Lenka prodává v obchodě za přítomnosti asistentky, která má na starosti i další ženy z domova, a na částečný úvazek se věnuje masážím. Bohuslav pracuje na plný úvazek jako údržbář v domově. A tak jsou dost časově vytíženi. Lenka pravidelně dochází ke gynekologovi, bere pravidelně antikoncepci, kterou je připravena vysadit v momentě, kdy najde „tatínka“ pro miminko.

V současné době se tento pár rozešel a žije každý ve svém bytě. Lenka si hledá vhodného partnera, se kterým by mohla žít, milovat se a mít miminko, po kterém tolik

touží. Pan Bohuslav se přestěhoval ke svému kamarádovi, aby nežil sám, než si najde jinou ženu.

Na tomto vztahu je vidět, že i rozchody jsou možné ve vztahu osob s mentálním postižením. Během své práce v zařízení domova jsem se od některých zaměstnanců dozvěděla, že to se jim to žije, když mají všechno pro společný život „*nalinkované*.“ Tento praktický příklad rozchodu a řešení problému tohoto páru je možno používat jako příklad toho, že i u osob s mentálním postižením vznikají ty samé problémy, jaké řeší partneři v běžné populaci.

## 6.5 PÁR ČÍSLO 5 – MARCELA A VLADIMÍR

### Marcela, 27 let

Marcela byla druhou osobou, která nesouhlasila se zapsáním a zveřejněním rozhovoru, ačkoliv ještě v průběhu rozhovoru a při jeho nahrávání na diktafon nebyla proti. Marcela nakonec souhlasila pouze se zveřejněním rodinné anamnézy.

**Rodinná anamnéza:** Marcela je jedináček. Matka pracovala jako zdravotní sestra a otec je technikem v jednom známém podniku. Marcela se narodila jako vytožené dítě rodičům ve vyšším věku, matce bylo 38 let a otci 40 let. V současné době již matka nežije a s otcem se Marcela stýká velmi málo.

Marcela je od svých dvaceti let závislá na drogách, v současné době je umístěna v psychiatrické léčebně, kde se léčí ze své závislosti. Marcela navštěvovala zvláštní školu, kterou ukončila. Učební obor kuchař – číšník však nedokončila. Marcela si při rozhovoru se mnou několikrát nahlas uvědomila chyby, které v životě udělala. Není si však jistá, zda je dokáže napravit a nezopakovat. S jejími problémy jí pomáhá řada odborníků a ona sama věří, že se bude moct zařadit do života

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Má možnost a schopnosti na zapojení do sportovních aktivit, které jsou jí nabízeny v rámci léčení, ale je na pohyb líná a ona sama říká, „*že ji sport unavuje.*“ Má ráda ruční práce, ale dlouho u nich v současné době nevydrží. Marcela díky úspěšnému ukončení zvláštní školy umí číst, psát, počítat. Má i základní znalosti z různých oborů společenských věd.

Marcela ukončila zvláštní školu bez větších problémů. Dokonce se dostala do učebního oboru kuchař – číšník, ale školu ukončila v prvním roce učení, protože nestíhala tempo výuky. Dalším problémem bylo její záškoláctví a toulání místo vyučování. Marcela se v této době dostala do nevhodné party mladých lidí, kteří ji přivedli k drogové závislosti, ze které se už nedokázala sama dostat.

Přestože mně paní Marcela vzkázala po svém příteli Vladimírovi, který bydlí v domově, ve kterém pracuji, že nemá zájem o setkání se mnou, tak jsem nabídla Vladimírovi odvoz za Marcelou do psychiatrické léčebny. Při našem setkání jsem se snažila s ní navázat přátelský rozhovor a získat si její důvěru. Hned po prvním slovním kontaktu s paní Marcelou jsem si však uvědomila, že to vůbec nebude lehké.

Po tříhodinovém rozhovoru jsem získala informace, které jsem potřebovala získat pro srovnání a vypracování odpovědí na mé otázky. Marcela však celou dobu nevěděla a ani nepoznala, že už to jsou „*ty otázky, na které se jí budu ptát,*“ a tak se rozpovídala o vzájemném vztahu s Vladimírem. Na závěr celého rozhovoru jsem ji seznámila s tím, co použiju pro své potřeby napsání diplomové práce a slíbila jí, že nic jiného nebude publikovat a ani zveřejňovat jiným způsobem.

**Vlastní rozhovor:** Před prvním setkáním s Marcelou jsem měla obavy z toho, zda se mi podaří získat její důvěru tak, aby byla ochotná mi odpovídat na otázky, které se týkaly lásky, sexuality. Navíc jsem musela za ní dojet do psychiatrické léčebny v době jejich povolených návštěv. Na návštěvu jel se mnou Vladimír, který by s Marcelou chtěl do budoucna žít ve společné domácnosti a nejlépe i bez jakékoliv kontroly a pomoci. Hned po seznámení jsem se od Marcely dozvěděla, že i ona si říkala, proč by se měla někomu neznámému svěřovat.

Na první položenou otázku co pro ni znamená láska, mi řekla, že chce, aby u rozhovoru s ní byl u ní „*její*“ Vladimír. Toto přání jsem respektovala z důvodu navození pocitu bezpečí. Láska pro Marcelu znamená pocit úplného domova, kde je máma, táta a děti. Aby byla naplněna láska podle Marcely, musí být bydlení, musí být zajištění finančně, musí mít kolem sebe hodné lidi. Na otázku pomoci mi bez rozmyslu odpovídá, že „*žádnou pomoc v životě své rodiny nebude potřebovat.*“

Na otázku, co pro ni znamená sexualita v jejím životě, odpovídá, že je to pohlavní styk, který ona může mít i několikrát denně. Důležité pro Marcelu je její ochrana proti neplánovanému a nechtěnému otěhotnění. Proto se chrání antikoncepcí a na svém partnerovi vyžaduje ochranu i z jeho strany. Při pohlavním styku používá partner prezervativ. Marcela v současné době nechce otěhotnět a do budoucna bude hodně přemýšlet nad tím, zda si pořídí dítě. V dítěti vidí jen samé problémy, starosti, které nechce řešit.

V závěru našeho rozhovoru jsem Marcelu položila otázku, jak ona sama vidí svou budoucnost v oblasti partnerského života. Po delší odmlce se dozvídám, že má Vladimíra velmi ráda, že je to její miláček, že je s ním sranda a že by s ním chtěla žít, spát, milovat se. Marcela si je vědoma potřeby bytu, ale jako zásadní problém to nevidí. Hlavní problém je neztratit Vladimíra.

## Vladimír, 33 let

**Rodinná anamnéza:** Vladimír pochází z rodiny, ve které žila matka, otec a jeho sestra. Matka pracovala jako uklízečka a otec byl dělníkem v zemědělské výrobě. Rodiče si děti přáli, děti byly plánované. Vladimír se narodil jako druhé dítě v pořadí. Narodil se s lehkým mentálním postižením. Také sestra měla řadu zdravotních problémů. Pan Vladimír o své sestře nemá žádné informace od doby, kdy odešla z domova na školu. Rodiče už nežijí. Otec zemřel v nemocnici. Matka podlehla svým zdravotním psychickým problémům v tomtéž roce, co zemřel její manžel. Vladimír byl v této době umístěn do Domova pro osoby s mentálním postižením ve Stodě. Zde žije 9 let. V posledních dvou letech bydlí ve svém bytě, který je menší, ale má možnost samostatného rozhodování.

**Rozumové schopnosti a verbální projev:** Vladimír navštěvoval speciální školu, kterou ukončil v páté třídě. Problémy u něho převažovaly spíše výchovné. Vladimír si dokáže přečíst text složený z jednoduchých vět, text chápe. Počítat umí do sta a tak nemá problémy s nákupem v obchodě. Při potřebě počtů větších než sto je potřeba tyto částky Vladimírovi rozdělit tak, aby nepřesahovaly částku sto. Psaní mu dělá menší problémy, píše velmi pomalu a často text jde přečíst s obtížemi, protože písmo je velmi kostrbaté.

**Vlastní rozhovor:** Vladimír se na rozhovor se mnou o své partnerce těšil. Po domluvě termínu za mnou chodil každý den ráno se ujistit, že jsem na smlouvenou schůzku s ním nezapomněla. Do té doby jsem s Vladimírem žádné komunikační zkušenosti neměla, protože pracuji na oddělení, kde žijí muži s těžkým mentálním postižením a on žije na výcvikovém chráněném bytě. Při rozhovorech s Vladimírem byl navázán přátelský vztah mezi ním a mnou. Dokonce Vladimír projevil zájem o to, abych se stala jeho klíčovým pracovníkem v rámci individuálního plánování.

Své otázky jsem měla v úmyslu klást obecněji, ze široka, ale Vladimír vždy při odpovědích byl velmi konkrétní. Jeho jako jediného jsem se mohla ptát i na velmi intimní věci.

Na otázku, co pro něj znamená láska, Vladimír odpovídal, že „*je to sexuální styk se svou Marcelkou.*“ Vladimír se rozpovídal o svých pocitech při pohlavním styku s partnerkou. Dozvěděla jsem se, že ne vždy se připraví tak, aby mohl pohlavní styk uskutečnit. Poté požaduje po své Marcele, aby „*ho hladila na pohlavním údu a pomohla*



*mu, aby mu narostl. “ Vladimír ví, co je masturbace a „má jí rád nejen na sobě, ale rád jí dělá i Marcelíně. “*

Při mém dotazu, co si konkrétně představuje pod masturbací, říká, že *„to jsou dotyky a hlavně pusinky na to dole,“* že toto dělá s Marcelou *„divy.“* Vladimír se mi svěřuje, že má problém s tím, že *„mu dlouho trvá, než se udělá, vyteče.“*

Vladimír je přesvědčen, že Marcela *„je ta pravá“* a chtěl by s ní žít ve společném bytě. Jen neví, zda chce *„dítě, protože neví, co s ním, když by šel s kamarády na pivo.“* Oba se shodují v tom, že zatím se moc o své budoucnosti, o svém dalším společném životě nebavili.

Rozhovor, při kterém popisují ve své práci názory obou partnerů, pana Vladimíra a paní Marcely, byl veden od začátku našeho povídání, protože partneři byli neustále spolu a vzájemně se při svých odpovědích doplňovali.

Na závěr popisovaných kazuistik partnerských párů žijících v našem zařízení připojuji článek, který jsem zpracovávala společně s asistentkou, která poskytuje podporu v bytech chráněného bydlení uživatelům, kteří se učí žít v páru.

Tento článek byl napsán pro potřeby tzv. dobré praxe, kde si na základě příběhů a příkladů ze života osob s mentálním postižením vyměňují své zkušenosti jednotlivá zařízení. Tento článek bude uveřejněn v materiálech MPSV.

## **6.6. PŘÍBĚH PANÍ ANNY A PANA JINDŘICHA**

Pan Jindřich využívá sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě (dále jen DOZP Stod) od roku 1970. Zpočátku bydlel na oddělení na vícelůžkovém pokoji. Postupem času se Jindřich přestěhoval na výcvikové chráněné bydlení, kde sdílel pokoj se svým kamarádem.

Paní Anna využívala sociální služby poskytované jiným zařízením, kde byla do svých 19 let, a poté se odstěhovala do zařízení s vhodnější skladbou služeb. Zde žila od roku 1972. Stejně jako pan Jindřich bydlela i Anna ve vícelůžkovém pokoji se svými třemi kamarádkami.

Pan Jindřich a paní Anna se seznámili v roce 1975 na vánočním setkání ve Stodě. Přátelský vztah Anny a Jindřicha se zpočátku rozvíjel pouze díky dopisování a také účastí obou na kulturních a sportovních akcích. Později začal pan Jindřich dojíždět na návštěvu za paní Annou. A v tuto dobu dochází také k plánům žít ve společné domácnosti.

Na základě projeveného přání pana Jindřicha a paní Anny jim bylo umožněno po 35 letech známosti, v roce 2010 žít ve společné domácnosti na výcvikovém chráněném bydlení v DOZP Stod.

Tomu ovšem předcházela dlouhá příprava. Jindřich s Annou se totiž účastnili procesu u nás nazývaného párová terapie. Jednalo se o pětiletý projekt, v jehož rámci měli účastníci možnost si vždy na týdenních pobytech v různých hotelích či rekreačních střediscích vyzkoušet, jak vypadá sdílení domácnosti s někým milovaným. Garantem párové terapie byl psycholog ve spolupráci s dalšími odborníky.

O tento pobyt byl velký zájem mezi uživateli, kteří chtěli žít v partnerském vztahu, protože se učili žít v páru, vzájemné toleranci a úctě jeden k druhému. Učili se poznávat své tělo, jeho reakce i komunikaci mezi s sebou.

Anně a Jindřichovi se tyto společné pobyty velmi líbily a svým kamarádům vyprávěli společné zážitky. Na základě jejich vyprávění se zvýšil zájem o navazování kamarádských vztahů i mezi dalšími uživateli.

V průběhu ročního pobytu na výcvikovém chráněném bydlení se Jindřich a Anna za podpory asistentky seznamovali s běžnými problémy praktického života. Problémem byla i představa vzájemného soužití. Pan Jindřich a paní Anna si zpočátku mysleli, že musí trávit svůj celý volný čas pouze spolu. Asistentka jim vysvětlila, že mohou nadále pokračovat v uskutečňování svých zájmů a aktivit individuálně bez partnera a přitom se vzájemně tolerovat. Zpočátku se zdálo být problematické i zvládnání běžných úkonů, např. nakupování. Anna se hůře orientuje v cenových relacích potravin, ale Jindřich s tím problém nemá. Po vzájemné domluvě chodí na nákupy společně, jeden druhému pomáhá.

Domácí práce jako úklid bytu, praní a žehlení prádla zvládají oba bez problémů. Výhodou je i jejich pracovní zařazení: pan Jindřich pracuje v prádelně a paní Anna vykonává pomocné úklidové práce v DOZP.

Anna a Jindřich spolu prožívají partnerský vztah se vším všudy. Anna se nestydí dávat najevo Jindřichovi svoji náklonnost i na veřejnosti, často jej hladí a líbá. Nemá rovněž problém se o tématu sexuality bavit s asistentkami. Pan Jindřich je více stydlivý, ale projevy lásky přijímá rád.

Situace ohledně řešení antikoncepce nebyla aktuální vzhledem k věku paní Anny. Mateřský pud se u Anny ale přece jen někdy ozve, má velmi ráda malé děti a dokáže si s nimi povídat i hrát. Sama si ale dobře uvědomuje, že už by dítě mít nemohla, a často říká, že je moc ráda, že má „*aspoň Jindru*.“ V tento okamžik však také nastává chvíle pro citlivé a chápající asistentky, které jsou připraveny si o těchto velice osobních záležitostech s paní Annou popovídat.

Na základě zvládnutí života ve společné domácnosti na výcvikovém chráněném bydlení jim bylo nabídnuto bydlení v bytě v městské části. Tato změna pro oba znamenala velkou motivaci pro další společný život. V dubnu 2011 se oba přestěhovali do bytu chráněného bydlení v rámci Sociálně terapeutického centra pod DOZP Stod.

Přestěhováním do nového bytu ve městě došlo k dalším velkým změnám v jejich životě. Museli se naučit orientaci ve svém bytě, domě a vzájemnému soužití s místní komunitou. Odpoutali se částečně od komunity v DOZP, kde i nadále pracují a mají své kamarády. Postupně si vytvářejí nové kontakty přímo ve městě. Na zařízení svého bytu se významně podíleli sami.

Den prožívají podle svých představ bez významné pomoci asistentek. Podpory asistentek využívají například při přípravě stravy, nákupu elektroniky, ošacení a při obsluze některých elektrospotřebičů.

V průběhu života ve společné domácnosti se naučili hospodařit se stanovenou finanční částkou na stravu. Mimo oběda, který na vlastní přání stále odebírají v DOZP, si ostatní stravu plánují a připravují sami nebo s podporou asistentky.

Obrázek č. 3: PÁR ANNA A JINDŘICH



Na základě uskutečnění jednotlivých kroků a díky velkému pochopení zaměstnanců obou zařízení mohlo dojít ke splnění dávného snu o společném životě v přirozeném prostředí paní Anny a pana Jindřicha.

Tolik tedy příběh.

Aby však tento životní úspěch nezůstal ojedinělý, spolupracuje naše zařízení i nadále s odborníky na mezilidské vztahy a sexualitu lidí s mentálním postižením. Poradenské centrum Amorela zřizované plzeňskou Diakonií ČCE pro klienty cvičných domácností připravilo dva intenzivní semináře, ve kterých se učili lépe zacházet se svojí sexualitou a více se orientovat v právě navazovaných vztazích. V intenzivním kurzu pro nás Amorela vyškolila tři asistentky, které se podílejí na sexuální osvětě mezi uživateli služeb, zpracovávají protokol sexuality a poradí každému, kdo má zájem.

I já jsem se zapojila v rámci vzdělávání do školicího programu lidí, kteří v budoucnu budou pomáhat lidem s mentálním postižením s navazováním partnerských vztahů, byla jsem jedna ze tří pracovníků, které prošly školicím vzdělávacím programem Poradenského centra Amorela v Plzni.

## **6.7 VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ JEDNOTLIVÝCH PARTNERSKÝCH PÁRŮ NA POLOŽENÉ OTÁZKY**

### **1. Co pro vás znamená partnerský život?**

**Pár č. 1** odpovídá, že to pro ně znamená žít jeden vedle druhého a pomáhat si vzájemně podle svých možností s úklidem.

**Pár č. 2** žije ve vzájemné harmonii a pohodě a v tom vidí smysl partnerského života.

**Za pár č. 3** odpovídá pouze žena, že partnerský život je vlastně její partner, se kterým se cítí v bezpečí.

**Za pár č. 4** odpovídala žena, že je to pro ni milující vztah se svým mužem, který s ní bude žít a bude jí mít rád. Muž tohoto páru vidí smysl partnerského soužití v tom, že dva bydlí spolu, mazlí se a chodí spolu za ruku na procházky.

**Pár č. 5** vidí svou lásku ve společném životě v bytě, kde budou žít jako máma, táta a kde nebudou chybět ani děti.

### **2. Co pro vás znamená vztah s osobou opačného pohlaví?**

Na tuto položenou otázku všechny páry, všech deset lidí s mentálním postižením, odpovídaly téměř stejně. Všichni vidí ve vztahu s osobou opačného pohlaví smysl svého vztahu, jsou rádi, že našli lásku, že mohou bydlet společně ve svých bytech, že se mohou

sami rozhodovat o věcech týkajících se vzájemných vztahů a v neposlední řadě mají radost z toho, že se nemusí nikoho ptát, pokud chtějí jít se svou láskou na procházku, pokud si chtějí povídat nebo se mazlit.

### **3. Co pro vás znamená sex, sexualita?**

**Žena z páru č. 1** se neměla zájem bavit o sexu. Sex byl pro ni hanlivým pojmem a snažila se ho nahrazovat pojmem láska. Její partner si plně uvědomuje, že sex je láska se vším všudy a že ze sexu mohou vzniknout i děti.

**Pár č. 2** má všechny otázky sexu v jejich vztahu probraný. Sex pro ně znamená krásné pomazlení a posezení vedle sebe při čaji a povídání si o tom, jak se mají rádi.

**Za pár č. 3** odpovídá pouze žena, že je to vlastně to milování s jejím miláčkem, že je to mít se rádi.

**Za pár č. 4** žena odpovídá, že je to vrchol lásky a muž odpovídá, že se sexem jsou jen samé problémy.

**Žena z páru č. 5** odpovídá na otázku, co pro ni znamená sexualita v životě, že je to pohlavní styk, který ona může mít i několikrát denně. Muž odpovídal to samé jen s tím rozdílem, že jemu postačí jeden pohlavní styk denně.

### **4. Víte, co je pohlavní styk a máte s ním nějakou zkušenost?**

**Pár č. 1** neměl stejný názor na pohlavní styk. Žena bere pohlavní styk jako něco vulgárního a nechce téměř o něm mluvit. Partner zřejmě ví, co pohlavní styk je, protože mluví o tom, že by ho chtěl vyzkoušet, ale má strach, aby to jeho partnerku nebolelo.

**Žena z páru č. 2** odpovídala na tuto otázku tak, že ví, co je pohlavní styk, ale že ho ještě neměla. Muž odpovídá stejně, ale uvědomuje si, že k uskutečněnému pohlavnímu styku chybělo již málo. Oba dva se shodují ve společném rozhovoru, že se rádi spolu mazlí.

**Za pár č. 3** opět odpovídala pouze žena. Ona sama ví, co je pohlavní styk, ale přiznává, že ještě pohlavní styk neměla a že asi přijde později.

**Pár č. 4** neměl stejný názor na pohlavní styk. Oba ví, co pohlavní styk v partnerském životě znamená, ale ona bere pohlavní styk jako naplnění lásky, on jako potřebu uspokojit partnerku. Tento vztah se zřejmě na základě odlišného názoru na pohlavní styk v budoucnu rozejde.

**Pár č. 5** ví, co je pohlavní styk, a mají s ním bohaté zkušenosti.

## **5. Jaký máte názor na možnost početí, těhotenství?**

**Pár č. 1** nepočítá s tím, že by v jejich vztahu došlo k početí nového života. Ani jeden z nich nemá představu, co taková péče o dítě vyžaduje.

**Pár č. 2** žena by chtělo mít miminko pouze někdy, muž o početí dítěte vzhledem ke svému věku a starostem spojených s dítětem neuvažuje.

**Pár č. 3** nechce mít dítě, protože si oba plně uvědomují, co takové dítě potřebuje za péči, a vědí, že by mu nemohli dát to, co potřebuje.

**Pár č. 4** má odlišné názory na početí dítěte. Žena by chtěla mít miminko, uvědomuje si všechnu práci a starosti kolem dítěte. Podle ní partnerský vztah by měl být završen svatbou a vyvrcholením vztahu je dítě. Muž dítě nechce.

**Pár č. 5** by chtěl mít dítě později. Z rozhovoru nejsem přesvědčena o tom, že by muž věděl, co starost o dítě a jeho výchova obnášejí.

## **6. Jaké máte představy o své budoucnosti v partnerském životě?**

**Pár č. 1** oba shodně tvrdí, že spolu zůstanou až do konce svého života.

**Pár č. 2** oba se shodují v myšlence, že spolu zůstanou, a tvrdí, že jsou spolu spokojeni.

**Pár č. 3** oba jsou přesvědčeni, že spolu zůstanou do konce života.

**Pár č. 4** oba mi naznačují, že spolu zřejmě nezůstanou. Ona potřebuje muže, který by chtěl mít s ní miminko. On se smiřuje s myšlenkou na to, že pokud by od něho partnerka odešla, tak si bude hledat jinou ženu, které by stačila jeho láska.

**Pár č. 5** oba mi na danou otázku odpověděli, že spolu zůstanou. Až po vyhodnocení našeho rozhovoru jsem se dozvěděla, že ona ještě později miminko chce, on souhlasně přitakává.

## 7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ U ZAMĚSTNANCŮ V DOZP

Vzhledem k tomu, že v zařízení domova, kde žijí oslovené partnerské páry, je zaměstnáno na 8 pracovištích celkem 101 žen a 12 mužů, jsem pro účely výzkumu zvolila celkem 27 zaměstnanců. V průměru to jsou 3 lidé z každého pracoviště.

Z celkového počtu mužů pracuje v přímé péči s uživateli 5 mužů, zbytek zpracuje v údržbě, v kuchyni a ve vedení zařízení.

V přímé péči s uživateli na jednotlivých pracovištích pracuje celkem 83 žen a 12 žen pracuje v kuchyni nebo v kanceláři zařízení a 6 žen pracuje na zdravotním servisu, z toho jsou 4 zdravotní sestry a 2 rehabilitační pracovnice.

V listopadu 2011 bylo rozdáno celkem 27 dotazníků mezi vybrané respondenty. Výběr jsem dělala náhodný, ale vždy jsem dodržela počet tří dotazníků na jednotlivá pracoviště. Do výzkumného vzorku jsem zařadila i jednu zdravotní sestru, jednu rehabilitační pracovnici a jednu pracovnici z technicko-hospodářského pracoviště.

Z celkového počtu 27 dotazníků se mi v požadovaném čase vrátilo celkem 25 vyplněných dotazníků a 2 zaměstnanci vyplněný dotazník nevrátili v požadovaném čase. Jako důvod k nevyplnění dotazníku byl v jednom případě uveden nezájem o tuto problematiku, ve druhém případě kolegyně zapomněla, že se má dotazník po vyplnění vrátit.

Z celkového počtu dotazovaných byli do výzkumného vzorku zapojeni 3 muži a 24 žen. Dotazník neodevzdaly 2 ženy. Odpovědi žen byly podrobnější, rozsáhlejší. Z toho usuzuji, že problematika sexuality u osob s mentálním postižením je zajímavá více než muže, kteří problémy kolem sexu neradi řeší i v běžné populaci. Průměrný věk respondentů je 42 let.

**Tabulka č.1: POČET ZÚČASTNĚNÝCH RESPONDENTŮ**

	ženy	muži	celkem
počet	25	2	27
procenta	94,6	5,4	100



**Tabulka č.2: POČET RESPONDENTŮ, KTERÍ DOTAZNÍK NEODEVZDALI**

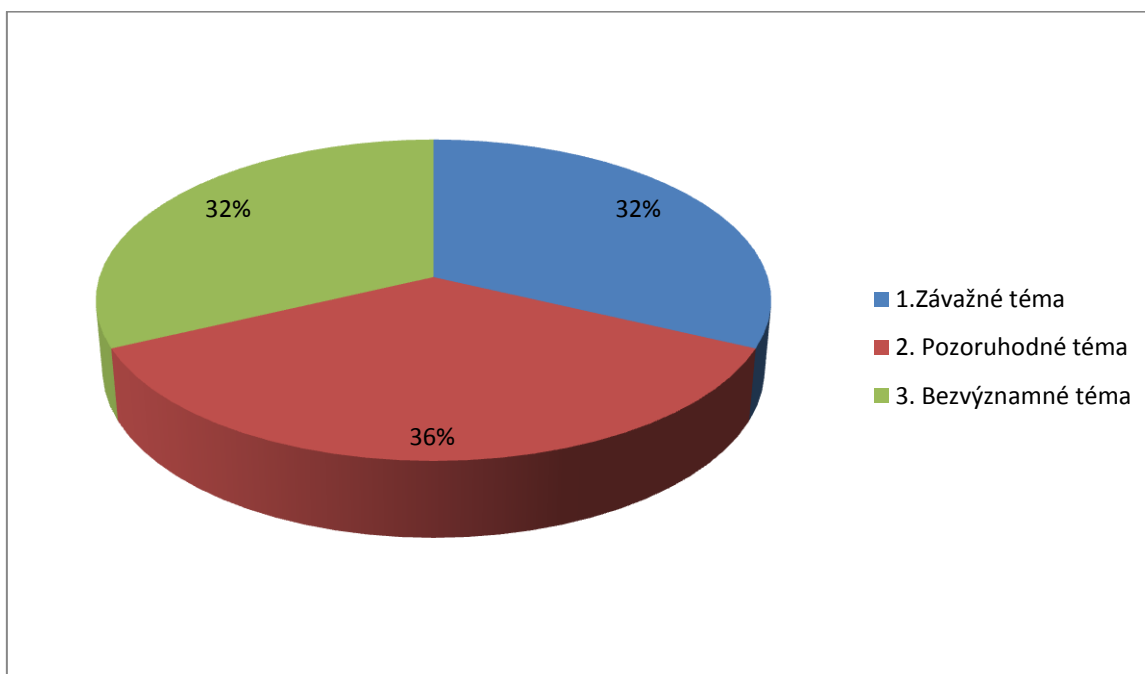
	ženy	muži	procenta	vráceno	nevráceno	účast
celkem	24	3	100%	25	2	94,6%

**Rozbor jednotlivých otázek z předloženého dotazníku respondentům.**

Znění otázek dotazníkového šetření je uvedeno na závěr této kapitoly této diplomové práce.

Na otázku, zda respondenti považují problematiku sexuality u osob s mentálním postižením za problém, měli možnost vybírat ze šesti možností, od závažného problému až po jiný problém. Jako problematiku závažného tématu vidí sexualitu u osob s mentálním postižením 8 respondentů, jako pozoruhodné téma vidí sexualitu celkem 9 respondentů a jako bezvýznamné téma v tomto vidí 8 respondentů.

**Graf č. 1: GRAF POSOUZENÍ ZÁVAŽNOSTI TÉMATU SEXUALITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**



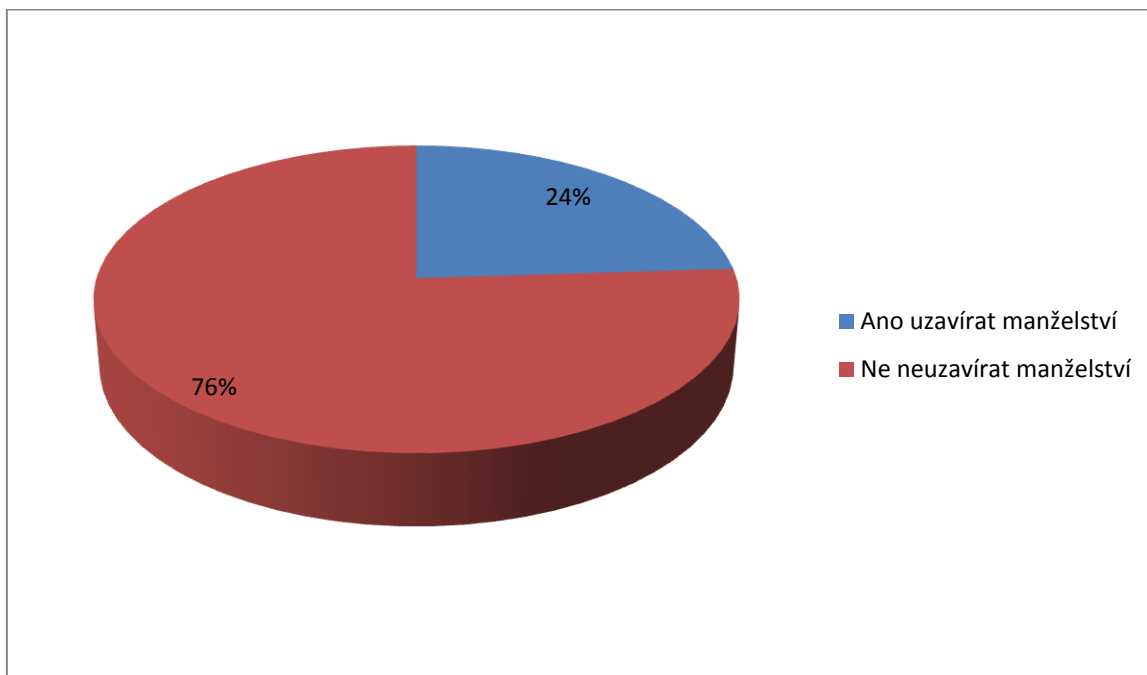
Na druhou položenou otázku, zda si respondenti myslí, že mají osoby s mentálním postižením právo na sexuální život, všichni vybrali ze dvou možností variantu ano.

U několika dotazovaných respondentů bylo připsáno i zdůvodnění u slova ano, že se jedná také o lidské bytosti, které mají svá práva. Jedním z práv je i právo na intimní, sexuální život.

Na otázku, zda mohou osoby s mentálním postižením žít v partnerském vztahu, se všichni dotazovaní shodují v tom, že ano. Na otázku, zda mají uzavírat manželství, odpovědělo ano celkem 6 respondentů a 19 dotazovaných si myslí, že ne.

Na dotaz, zda by mohli mít osoby s mentálním postižením dítě, odpovídal celý vzorek respondentů záporně. Nejčastějším důvodem je obava z neschopnosti se postarat o dítě.

Graf č.2: OTÁZKA UZAVÍRÁNÍ MANŽELSTVÍ MEZI OSOBAMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM



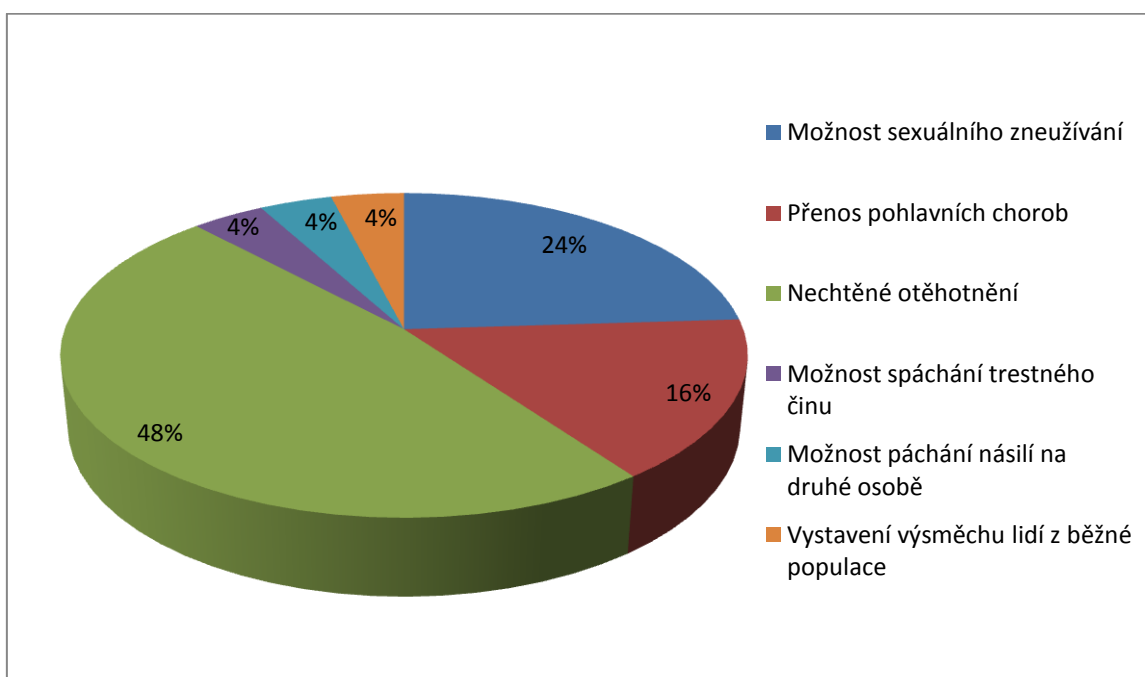
Další otázka se týkala postoje k tolerování masturbace u osob s mentálním postižením. Respondenti měli možnost se vyjádřit, zda ano nebo ne. Pouze tři respondenti uvedli, že by masturbace měla být potlačena podáváním tlumících léků. Jinak všichni ostatní respondenti uvedli, že ano, protože masturbace je přirozený jev a za předpokladu dodržování intimity a neučené techniky masturbace v tom nevidí žádný problém.

Na poslední dvě otázky dotazníkového šetření bylo potřeba odpovědět vlastními slovy. Respondenti neměli možnost žádného výběru z předložených možností odpovědi.

Položená otázka zjišťovala možnosti rizik v oblasti sexuality, kterému mohou být vystaveny osoby s mentálním postižením.

Jednou z častých odpovědí (celkem 6x) byla možnost, že by tito lidé mohli být sexuálně zneužíváni častěji než lidé v běžné populaci. Další 4 oslovení respondenti uváděli možnost přenosu pohlavních nemocí. Důležitým rizikem v sexuálním životě těchto lidí je případné těhotenství, v případě nedodržení antikoncepce, v tom vidí problém celkem 12 respondentů. Jeden respondent uvádí problém sexuality spojený s problematikou trestného činu. Jeden respondent uvádí možnost páčání násilí na druhé osobě a jeden respondent uvádí jako možné riziko, kterému osoby s mentálním postižením v případě sexuality mohou být vystaveny, výsměch lidí v běžné populaci, veřejnosti.

Graf č. 3: MOŽNOSTI RIZIK V OBLASTI SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM



Poslední otázka předloženého dotazníku byla velmi důležitá, protože ze zaznamenaných odpovědí jsem se dozvěděla celkový názor na sexualitu u osob s mentálním postižením. Ve své práci uvádím některé odpovědi z vyhodnocených dotazníků bez úprav, tak jak byly zapsány.

Prosím napište váš celkový názor na tuto problematiku?

Žena, 37 let: *„Mělo by se nechat žít osoby s mentálním postižením plnohodnotným životem, ke kterému sexualita samozřejmě také patří.“*

Žena, 41 let: *„Myslím si, že každý jedinec má právo na sexuální život. Je však třeba, aby byl každý řádně poučen s riziky, které mohou nastat.“*

Žena, 40 let: *„Sexualita je přirozená věc, dříve se o ní nemluvilo, v rámci začleňování těchto lidí do společnosti by mělo být toto téma zcela samozřejmostí.“*

Žena, 43 let: *„Myslím si, že je potřeba více poučit lidi, kteří s mentálně postiženými pracují než klienty samotné.“*

Muž, 36 let: *„Mělo by jim to být umožněno, jak se žije v páru, když mají možnost“.*

Žena, 25 let: *„ Je hodně lidí, tzv. bez postižení, kteří s tím mají problém, a veřejnost to neřeší. Sex je normální, přirozený, součást života u všech živých tvorů. Jen s tím potřebují pomáhat od malička, jako každé dítě, jen ti postižení o něco víc a volit jiný přístup. Posměch a urážky nesnáším. Vytvořit podmínky a pomáhat, radit. Poskytnout pomoc odborníkům a důvěrníkům.“*

Žena, 47 let: *„Důležité téma, které má významné místo v lidském životě, tedy i v životě člověka s mentálním postižením. Důležitost role důvěrníka, v návodu a pomoci u věcí, kterým dotyčný nerozumí, nechápe – individuální přístup, intimní prostředí, zachování svěřeného problému pouze v blízkém okruhu lidí, kteří se touto tematikou zabývají.“*

Žena, 33 let: *„Je tu jistá obava, v případě neznalosti riziko otěhotnění, nakažení pohlavní chorobou a následné přenášení. Právo na život mají všichni.“*

V zařízení domova, kde probíhalo mezi pracovníky dotazníkové šetření, se s problematikou sexuality osob s mentálním postižením pracuje. V současné době jsou vyškoleny tři pracovnice poradenským centrem Amorela, jejímž zřizovatelem je Diakonie ČCE. Všechny proškolené pracovnice se podílejí na sexuální osvětě mezi uživateli sociálních služeb. Informace o sexualitě u osob s mentálním postižením poskytují tyto pracovnice nejen uživatelům, ale i pracovníkům, kteří v tomto zařízení pracují.

Po své účasti na školení, jehož cílem byla sexuální výchova a sexualita osob s mentálním postižením, jsem se začala touto problematikou více zabývat, více přemýšlet nad tím, jak vhodně pomoci všem uživatelům, kteří mě požádají o radu či informaci.

Nejprve jsem si povídala s personálem, který se o tyto osoby stará, a zjistila jsem, že ani oni neznají některé důležité okolnosti, a navíc jsem zjistila, že i jim dělá problémy mluvit otevřeně o sexualitě, sexu. Vše to pramenilo z minulosti, z dřívějších postojů k této problematice, kdy bylo tabu o těchto věcech mluvit. Postupně jsme společně odstranili tyto komunikační bariéry.

Při svých rozhovorech s personálem zařízení jsem zjistila i odlišné názory na antikoncepci pro osoby s mentálním postižením. Převážná část zaměstnanců si myslí, že je antikoncepce velmi důležitá a je jedno, zda se jedná o ochranu ženy nebo muže. Nepatrná část zaměstnanců si myslí, že nemá cenu o antikoncepci u osob s mentálním postižením uvažovat, protože stejně nedojde k pohlavnímu styku. Navíc je potřeba často nutnost antikoncepce vysvětlit rodičům lidí s mentálním postižením, pro které je často otázka sexuality jejich dětí nepřijatelná.

V zařízení, ve kterém jsem se zajímala o otázku sexuality osob s mentálním postižením, žije v současné době celkem 5 partnerských párů v bytech chráněného bydlení sociálně terapeutického centra. Další uživatelé mají své partnerky v jiných sociálních zařízeních a společně se připravují svou účastí v párové terapii na budoucí společné bydlení. Proto zaměstnanci zařízení mají možnost účastnit se na seminářích a postupně se seznámit s problematikou párového života.

Na všech odděleních zařízení je možno se setkat s masturbací uživatelů a je jedno, zda se jedná o osoby s lehkým nebo těžkým mentálním postižením. Ráda bych se zmínila o některých hlavních problémech, se kterými se u masturbace osob s mentálním postižením setkáváme.

Častým problémem je otázka místa, kde se může jedinec s mentálním postižením bez problémů masturbaci věnovat. Je potřebné zajistit lidem s mentálním postižením takové místo, kde nebudou rušeni a kde budou sami.

Muži s těžkým mentálním postižením často nevědí, jak masturbovat. Obvykle si třou penis o své oblečení, o postel. Takovýto problém by vyřešila jednoduchá rada nebo názorná ukázka. I když je pravda, že se může mezi personálem objevit obava, aby nebyli obviňováni ze sexuálního obtěžování a tím nenarazili na etický problém.

U osob s těžkým mentálním postižením je dobře zvládnutá technika masturbace často jediným východiskem z permanentní sexuální frustrace.

Dalším problémem může být četnost masturbace během dne, kdy dochází v důsledku masturbace k neúčasti na dalších sociálních aktivitách a k zmeškávání příležitostí.

Muži i ženy s lehkým stupněm mentálního postižení řeší stejné otázky v sexualitě jako lidé v běžné populaci. Řeší otázky svého vzhledu, řeší své lásky, rozchody, nevěry. Na druhé straně jsou tyto lidé emočně nestálí, mají tendenci častěji střídát partnery, jsou snadněji ovlivnitelní.

V teoretické části diplomové práce jsem se již okrajově zmínila o „Protokolu sexuality.“ Jedná se o důležitý dokument, který vytváří obecné podmínky sexuality u osob s mentálním postižením. Protokol je přijatelný pro uživatele a vytváří vnitřní podmínky pravidel a pokynů pro personál. Vytváří podmínky pro proškolení celého personálu.

Zaměřuje se na přípravu cílových skupin. Na základní vzdělávání všech pracovníků, kteří pracují v přímé péči. Na informovanost rodičů a navázání spolupráce s nimi. A v neposlední řadě dobře vytvořený a fungující „Protokol sexuality“ seznamuje uživatele s pravidly sexuální výchovy, s její realizací.

## Dotazníkové šetření - DOTAZNÍK

Pohlaví:

Věk:

1. Sexualitu osob s mentálním postižením považují za téma  
závažné – pozoruhodné – bezvýznamné – důležité – nepotřebné - jiné

2. Jste názoru, že osoby s mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život?

ANO

NE

Prosím o napsání PROČ se přikláníte k takovému názoru.

3. Myslíte si, že osoby s mentálním postižením by měli mít možnost žít v partnerském životě?

ANO

NE

Prosím o napsání PROČ se přikláníte k takovému názoru.

4. Myslíte si, že osoby s mentálním postižením by měli mít možnost žít v manželství?

ANO

NE

Prosím o napsání PROČ se přikláníte k takovému názoru.

5. Myslíte si, že osoby s mentálním postižením by mohli mít děti?

ANO

NE

Prosím o napsání PROČ se přikláníte k takovému názoru.

6. Napište, svůj postoj k masturbaci osob s mentálním postižením v zařízení Domova?

7. Napište možná rizika v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením podle vašeho názoru?

8. Napište váš názor na sexualitu u osob s mentálním postižením.

## 8 PROTOKOL SEXUALITY

**Souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, pokynů a norem v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením v zařízení Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě.**

Každý člověk je lidská osobnost s právem na možnost mít partnerský vztah a vést sexuální život. Je jedno, zda se jedná o člověka mladého nebo starého, bez postižení nebo s postižením. V dnešní době už téma sexuality není tabu jako v letech minulých, a proto se sexualita týká i osob s mentálním postižením.

Zařízení, ve kterém jsem se zabývala svým šetřením, nemělo ještě tento dokument zpracován. Ale protože snahou domova je pomoci svým uživatelům s jejich způsobem prožití sexuality, tak skupina pracovníků, rodičů a uživatelů tento dokument právě vytvářela. I já se zajímám o osvětu sexuální výchovy u osob s mentálním postižením i personálu, který s nimi pracuje, a protože v tomto zařízení pracuji dvacet let, tak jsem se měla možnost na tvorbě tohoto dokumentu podílet. Ve své diplomové práci předkládám návrh na možné vypracování tohoto dokumentu pro potřeby zařízení.

Podstatou tohoto dokumentu není návod a ani podpora toho, aby plodili lidé s mentálním postižením děti. Ale „Protokol sexuality“ by měl napomáhat chránit lidi s mentálním postižením před sexuálním zneužíváním. Vytvořením tohoto dokumentu dochází k naplňování práv osob s mentálním postižením na svobodu, na právo na vlastní sexualitu, na plánovanou osvětu a výchovu, právo na soukromí.

Kulturní normy našeho zařízení se neustále upravují, zastáváme tento pohled na sexualitu:

- jakékoliv formy sexuality, které prožíváme, jsou na stejné úrovni
- vždy musí záležet na názoru obou partnerů, co pro ně sexualita znamená a jak důležitou úlohu pro oba bude mít
- sexualita mezi lidmi stejného pohlaví má stejnou hodnotu jako sexualita u osob opačného pohlaví
- v zařízení dochází k toleranci homosexuality



## **Struktura protokolu**

1. Oblast dpovědnosti a práva zaměstnanců
2. Oblast sexuálních aktivit, oblast vztahů
3. Oblast řešení rizik – antikoncepce a zneužívání
4. Oblast kontaktu a péče
5. Oblast spolupráce s rodiči a opatrovníky
6. Oblast prevence – osvěta

### **1. Oblast odpovědnosti a práva zaměstnanců**

Každý ze zaměstnanců se seznámí s vytvořeným protokolem sexuality a bude tento dokument dodržovat.

Každý zaměstnanec jedná v souladu s vytvořeným protokolem sexuality.

Každý zaměstnanec má povinnost ponechat všechny informace z tohoto dokumentu z oblasti sexuality uživatelů v zařízení. Informace nebudou předávány mimo zařízení, protože se jedná o vnitřní dokument.

Každý zaměstnanec je povinen vyslechnout problém uživatele bez emocí, v klidu. V případě závažného problému je povinen zaměstnanec uvědomit členy sexuální skupiny nebo ředitele zařízení.

Každý zaměstnanec, který bude projednávat s uživateli problém, vše zapíše do knihy hlášení na oddělení, kde se problém vyskytl, nebo do knihy sexuální osvěty. Každý zapsaný problém bude projednán a uživateli bude poskytnuta potřebná rada nebo mu bude umožněna schůzka s odborníkem.

### **2. Oblast sexuálních aktivit, oblast vztahů**

**Oblast přátelství** – Domov dovoluje svým uživatelům navazovat přátelské i partnerské vztahy, které podporuje pořádáním společenských a sportovních aktivit. Jedná se o společenské diskotéky, osobní návštěvy, telefonování, dopisování, účast na párové terapii.

V případě navázání partnerského vztahu se bude naše zařízení snažit vytvořit těmto párům prostředí potřebné ke společnému životu.

**Oblast tolerance vztahů** – Domov umožňuje společné bydlení párů na pokojích, ale i v bytě v centru sociálně aktivizačních služeb. Domov toleruje a podporuje zamilované vztahy a přátelské vztahy.

Případná touha po oficiálním sňatku, je nahrazena partnerským slibem jednotlivých párů. Případné těhotenství je v podmínkách zařízení nemožné.

**Masturbace** – Domov bere masturbaci uživatelů jako jednu z přijatelných forem sexuální aktivity a je jedno, zda dotyční žijí v partnerském vztahu či nikoliv. Vše za předpokladu poučení uživatelů jednotlivých oddělení. Uživatelé dodržují pravidla osobní hygieny, znají pravidla vhodné masturbace. Masturbace je přípustná pouze v soukromí a v případě, že neobtěžuje ostatní uživatele a personál. Pracovníci zařízení v okamžiku potřeby uživatelům vysvětlí princip masturbace vhodnou formou, nikoliv však pomocí s masturbací.

**Mazlení a milování** – V domově je mazlení a milování povoleno v případě souhlasu obou partnerů a v soukromí. Protokol sexuality musí vycházet z platných zákonů a musí být respektovány legislativní směrnice.

Mazlení a milování je v zařízení přípustné v heterosexuálním i homosexuálním vztahu za předpokladu vedení partnerů k zodpovědnosti, vhodnému používání antikoncepce při pohlavní styku.

**Prostituce, nepřístupné formy sexuality** – Uživatelé našeho zařízení nemohou provádět pohlavní styk s prostitutkou a využívat služeb veřejných domů. V případě dovolené nebo pobytů mimo domov nemá domov žádnou zodpovědnost za vyhledávání těchto sexuálních služeb. Provozování prostituce v zařízení je zakázáno.

Pedofilie, exhibicionismus a podobné problematické formy sexuality jsou v domově zakázány. Uživatelé Domova jsou s touto problematikou seznamováni v rámci osvěty. Při zjištění potřeby těchto forem sexuality u uživatelů bude toto řešeno za pomoci odborníků.

Sexografie je přípustná v zařízení domova v případě, že se nejedná o dětskou pornografii, zobrazování styku se zvířaty a pornografií s násilím. Prohlížení povolených témat je intimní věcí uživatelů.

### 3. Oblast řešení rizik – antikoncepce a zneužívání

**Antikoncepční prostředky** – Domov v rámci sexuální výchovy a osvěty seznamuje uživatele zařízení s důležitostí antikoncepce při pohlavním styku. Zajišťujeme odborná vyšetření gynekologem, sexuologem a dalšími odborníky.

K zavedení antikoncepce dochází pouze za předpokladu odborného vyšetření, se souhlasem uživatelky a se souhlasem opatrovníka. Antikoncepci si hradí uživatelka domova ze svých prostředků.

**Těhotenství, rodičovství** – Domov není přizpůsoben pro nabídnutí sociálních služeb uživatelům, kteří se rozhodnou pro rodičovství. V případě potřeby zajistí domov odbornou spolupráci s orgány a institucemi, které tyto služby budoucím rodičům poskytují. Těmto situacím bude zařízení předcházet sexuální výchovou a osvětou. V případě otěhotnění bude žena informována o možnosti interrupce.

**Pohlavní nemoci** – Pracovníci domova v rámci sexuální výchovy poskytují informace týkající se pohlavních nemocí, které jsou přenosné. Uživatelé se seznamují s péčí o své tělo, s hygienickými návyky, s používáním antikoncepce, kondomů i z hlediska prevence přenosu pohlavních nemocí.

Důležitou ochranou před šířením pohlavních nemocí je postupné odbourávání promiskuitních vztahů.

**Zneužívání** – Osoba s mentálním postižením je lehce zneužitelná lidmi, kteří se o ni starají, kterým důvěřuje. Za zneužití se bere jakékoliv ohrožení jejich tělesného nebo psychického života. V případě zjištění sexuálního zneužívání nebo násilí na osobách s mentálním postižením v domově je třeba jednat rychle. Situaci je nutné nahlásit řediteli zařízení, svolat řešící skupinu.

Sexuálním zneužíváním je každé chování zaměstnance zařízení se sexuálním podtextem. Případně kontakt mezi osobou s mentálním postižením a zaměstnancem, který těmto lidem s postižením poskytuje péči. Obě formy jsou v zařízení domova nepřístupné.

Při zjištění zneužívání a násilí na osobách s mentálním postižením v domově postupujeme podle tohoto vypracovaného postupu:

- a) Zastavit zneužívání a oddělit oběť od zneuživatele.
- b) Zajistit bezpečí zneužívaného.

- c) Neprodleně celou situaci nahlásit vedení zařízení. V případě neoznámení je zaměstnanec trestně zodpovědný za tento stav.
- d) Je nutné poskytnutí pomoci a podpory oběti a okamžitě zamezit další zneužívání.
- e) Nutností je vysvětlit oběti zneužívání situaci, která se stala. Oběti je důležité vysvětlit, že ona není za stav vinná.
- f) Vedení zařízení má povinnost nahlásit sexuální zneužívání na Policii ČR a být nápomocno při dalším vyšetřování tohoto problému.
- g) Oběti musí být nabídnuto poradenství s odborníky a musí být zajištěna lékařská péče. Zařízení domova poskytne pomoc i pachateli sexuálního zneužívání a je jedno, zda se jedná o dalšího uživatele zařízení nebo o člena personálu. Zaměstnancům zařízení bude poskytnuta pomoc v rámci schůzek s odborníky, členy skupiny a supervizí.

#### **4. Oblast kontaktu a péče**

Kontakt mezi uživateli je přípustný v případě, že nikomu ze zúčastněných nepůsobí žádnou psychickou a ani fyzickou újmu. Kontakty mezi uživateli zařízení jsou přípustné na základě souhlasu a dobrovolnosti.

Kontakty mezi uživatelem a zaměstnancem jsou přípustné pouze tehdy, pokud nemají sexuální podtext a nepůsobí nikomu fyzickou nebo psychickou újmu. Každý zaměstnanec musí znát hranice kontaktu s uživatelem a musí mít jasno, zda si kontaktem s uživatelem nevytváří prostor ve svém citovém životě. Vždy se jedná o stav, kdy uživatel je v závislé podobě. Zaměstnanec je v rozumové a citové převaze nad uživatelem.

**Tělesná péče** – uživatel by měl být nabádán zaměstnanci k tomu, aby si co nejvíce pomohl sám. Každá nabídnutá pomoc uživateli by měla nejprve s ním být projednána slovně nebo názornou pomůckou. V případě nepochopení stavu zaměstnanec povede ruku uživatele k výkonu fyzické pomoci.

Při osobní hygieně vždy slovně popisujeme každý úkon s uživatelem, kdy dochází ke kontaktu s ním. Zaměstnanec asistující při intimní hygieně vždy používá ochranné pomůcky - rukavice a nenavazuje s uživatelem oční kontakt.

## **5. Oblast spolupráce s rodiči a opatrovníky**

Při vyjednávání se zájemcem o sociální službu poskytovanou domovem budou rodiče případně opatrovníci uživatele seznámeni s obsahem vypracovaného dokumentu „Protokol sexuality.“

Rodiče i opatrovníci se mohou vyjádřit k jednotlivým bodům dokumentu, mohou vyslovit své názory. Mohou kdykoliv nahlédnout do tohoto dokumentu a podílet se na řešení aktuálních problémů týkajících se jejich dítěte.

## **6. Oblast prevence – osvěta**

V domově je vedena prevence a osvěta na úrovni vzdělávání zaměstnanců, sexuální výchovy uživatelů a osvěty rodičů a opatrovníků.

### **Vzdělávání zaměstnanců**

Každý zaměstnanec je seznámen s obsahem dokumentu „Protokol sexuality“ a je proškolen v jednotlivých bodech dokumentu.

Pracovníci v přímé péči mají možnost účastnit se na různě pořádaných školeních, seminářích, konferencích. Mohou se účastnit kurzů na téma „Sexualita a vztahy lidí s postižením.“ V posledních letech zařízení úzce spolupracuje s Poradenským centrem Amorela, jejímž zřizovatelem je plzeňská Diakonie ČCE.

Zaměstnanec, který si není jistý svým řešením problému, může využít služeb školícího, skupiny, využít týmové spolupráce nebo se obrátit na spolupracující odborníky.

### **Sexuální výchova uživatelů**

V domově sexuální výchova uživatelů vychází ze stupně a druhu jejich mentálního postižení tak, aby mu každý rozuměl. Sexuální výchova obsahuje jednotlivá témata jako je: citová výchova, fyziologie lidského těla, sebeobslužné a hygienické návyky uživatelů, partnerský vztah, masturbace, pohlavní styk, antikoncepce, pohlavní zneužití, pohlavně přenosné nemoci.

Sexuální výchova a osvěta uživatelů probíhá buď individuálně, kdy si uživatel sám vybere, s kým chce svůj problém řešit, nebo skupinově na schůzkách, kde se problém řeší v rámci diskuze.

Sexuální výchovu provádí členové skupiny nebo důvěrník slovně i s použitím názorných pomůcek a výukového materiálu.

### **Osvěta rodičů a opatrovníků**

Osvěta rodičů a opatrovníků je popsána v bodě č. 5 tohoto dokumentu.

Tento dokument „Protokol sexuality“ je závazný pro všechny zaměstnance Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě.

Dne: .....

Návrh vypracovala: .....

Řešící členové týmu:

## 8.1 PROTOKOL SEXUALITY- V BODECH

1. Právo na sexuální život má každý člověk. Domov podporuje projevy tělesných a sexuálních požitek u uživatelů.
2. V případě souhlasu a dobrovolnosti jsou povoleny v domově všechny formy kontaktu. Nesmí však působit uživatelům psychickou ani fyzickou újmu.
3. V domově tolerujeme partnerství bez rozdílu pohlaví.
4. V domově nepodporujeme rodičovství.
5. Uživatelé mají právo na získání informací o sexualitě ve srozumitelné formě vzhledem k jejich stupni mentálního postižení.
6. Při tělesném, psychickém nebo sexuálním zneužití se má možnost uživatel obrátit na členy řešící skupiny, důvěrníka nebo kteréhokoliv pracovníka domova.
7. Domov poskytuje informace na základě prevence a osvěty uživatelům, zaměstnancům i rodičům a opatrovníkům uživatele.

Tento „Protokol sexuality“ je zatím pouze pracovní verzí. Na dokumentu bude ještě pracováno tak, aby plně vyhovoval potřebám uživatelů i zaměstnanců Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě.

Součástí „Protokolu sexuality“ bude metodický pokyn, jakou formou bude každý rozhovor s uživatelem na téma sexuality zaznamenáván do individuálního plánu uživatele. Uvažujeme o zřízení složky „sexualita“ v individuálním plánu každého uživatele. Pracovník, který by byl koordinátorem v řešení otázek sexuality, v prevenci a osvětě sexuální výchovy a stal by se facilitátorem řešící skupiny, by měl mít předpoklady pro tuto práci.

Zvolený pracovník by měl mít základní znalosti v oboru sexuality a průběžně se vzdělávat. Měl by dobře znát uživatele zařízení a umět reagovat na problémy z této oblasti.

Tento pracovník by měl mít jasno i v otázkách své vlastní sexuality. Neměl by mít potíže s používáním pojmů ze sexuality.

Určený pracovník musí sám mít kladný vztah k sexualitě tak, aby nebyl v rozporu s vypracovanými body „Protokolu sexuality.“

Pracovník by měl tolerovat názory na sexualitu ze strany ostatních zaměstnanců a uživatelů, i když se budou lišit od názorů jeho vlastních.

Zvolený pracovník by měl mít schopnost okamžitě reagovat na daný problém v oboru sexuality, protože se často může setkat s otázkami vyplývajícími přímo z každodenní situace.

Pracovník by měl být citově stabilní i ve svém soukromém životě.

Znovu je důležité si připomenout, že na tvorbě dokumentu „Protokolu sexuality“ se nepodílí pouze jeden pracovník zařízení, ale celý zvolený tým řešící skupiny.



## 9 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala schopností navazovat partnerské vztahy u osob s mentálním postižením. Vedeným rozhovorem s pěti vybranými páry jsem zjišťovala, zda i oni jsou schopni žít v partnerském vztahu s osobou opačného pohlaví.

Jsem přesvědčená, že sexualitě osob s mentálním postižením je potřeba se v budoucnosti více věnovat, protože tato otázka byla často pro všechny zúčastněné tabu. Pracovníci si dlouho mysleli, že není potřeba o sexualitě s lidmi s postižením hovořit, protože nejsou schopni navazovat partnerské vztahy s opačným pohlavím a vést milostný život.

Bylo to podmíněno hlavně tím, že lidé s mentálním postižením žili v nekoedukovaných zařízeních, kde nebylo jednoduché navázat partnerský vztah s lidmi opačného pohlaví. Těmto lidem chyběla partnerská láska, život ve společné domácnosti s milovaným člověkem. I lidé s mentálním postižením žijí v přirozeném partnerském vztahu, jsou schopni vést sexuální život, a tudíž se nevyčleňují z majoritní společnosti.

Z rozhovorů s lidmi s mentálním postižením jsem se dozvěděla, že chtějí žít s někým, kdo je jim oporou, má je rád, tráví s nimi společný čas. Ti, kteří bydlí ve společné domácnosti v partnerském vztahu, mají kladný vliv na ty, kteří uvažují nad navázáním vztahu s osobou opačného pohlaví. Nemůže být pro lidi s mentálním postižením lepšího příkladu než přímá ukázka toho, co funguje v běžném životě.

V druhé oblasti praktické části diplomové práce jsem měla možnost na základě dotazníkového šetření u vybraných zaměstnanců zjistit jejich pohled na problematiku sexuality osob s mentálním postižením, na jejich prevenci a osvětu.

Všichni oslovení respondenti byli ochotní se mnou spolupracovat, i když se mi všichni svěřili s tím, že za svůj život vyplnili řadu různých dotazníků, ale na sexualitu se jich ještě nikdo neptal a navíc u osob s mentálním postižením.

Z vyhodnocení dotazníkového šetření u pracovníků zařízení vyplývá, že nikdo z nich není proti partnerskému vztahu u osob s mentálním postižením a všichni souhlasí s právem těchto lidí na sexuální, milostný život. Všichni oslovení pracovníci ve svém dotazníku napsali nesouhlas s tím, aby měly ženy s mentálním postižením dítě.

V třetí části praktického výzkumu diplomové práce jsem se zaměřila na sestavení dokumentu „Protokol sexuality,“ který je velmi důležitý pro ochranu osob s mentálním postižením proti sexuálnímu zneužívání, nechtěnému těhotenství.

Vytvořením protokolu sexuality dochází k naplňování práv osob s mentálním postižením na svobodu, na právo na vlastní sexualitu, na plánovanou osvětu a výchovu, na právo na soukromí.

V zařízení, ve kterém pracuji, tento dokument není dosud vytvořen, ale skupina pracovníků, kteří se o otázky sexuality osob s mentálním postižením zajímají, se bude v nejbližší době zabývat sepsáním tohoto dokumentu.

Ve své diplomové práci jsem se pokusila o vytvoření návodu na „Protokol sexuality.“ Rozpracováním tohoto návodu „Protokolu sexuality“ pro uživatele a pracovníky zařízení, kteří budou pracovat v realizačním týmu, vznikne dokument „Protokol sexuality,“ který je souhrnem postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů typických pro každou instituci.

Při zpracování diplomové části jsem čerpala potřebné podklady od autorů, kteří se zabývají problematikou sexuality osob s mentálním postižením. Čerpala jsem i ze starších zdrojů odborné literatury, protože není mnoho autorů, kteří se touto problematikou zabývají. Informace jsem vyhledávala i v zahraniční literatuře a získané poznatky jsem se snažila použít ve své práci.

Přínosem pro mě byla i moje účast na seminářích, konferencích a školeních na téma sexuality, sexuální výchovy a partnerských vztahů osob s mentálním postižením. Měla jsem možnost zúčastnit se odborného školení Poradenského centra AMORELA, které se zabývá sexualitou osob s mentálním postižením.

Díky mému zájmu o oblast sexuality osob s mentálním postižením a mé účasti na řadě seminářů pořádaných k tomuto tématu se v současnosti podílím na školení uživatelů a pracovníků v zařízení.

Téma sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením je velmi důležité a zajímavé. Díky tomu, že se dlouhou dobu o sexualitě těchto lidí nemluvalo, je potřeba se této problematice i nadále věnovat.

## 10 SHRNU TÍ

Diplomová práce je zaměřena na sexuální výchovu a sexualitu u osob s mentálním postižením. V diplomové práci si pokládám otázku, zda jsou osoby s mentálním postižením schopny navázat partnerský vztah s opačným pohlavím a zda mohou žít ve společné domácnosti jako lidé z běžné populace.

V teoretické části práce se snažím o definici mentálního postižení, klasifikaci mentálního postižení, zajímám se o příčiny mentálního postižení.

V druhé kapitole teoretické části práce jsem se zaměřila na sexualitu osob s mentálním postižením. V této kapitole se čtenáři mají možnost dočíst, že osoby s mentálním postižením nejsou nijak odlišné ve své sexualitě oproti lidem z intaktní populace. Zaměřuji se na problematiku masturbace, která bývá často v nekoedukovaném zařízení jedinou možností sexuality osob s mentálním postižením. Dotýkám se problematiky antikoncepce u osob s mentálním postižením a případného sexuálního zneužívání těchto mentálně postižených jedinců.

Ve třetí kapitole se zaměřuji na sexuální výchovu osob s mentálním postižením, na prevenci a osvětu v této oblasti. Poukazuji na důležitost vytvoření dokumentu „Protokol sexuality,“ který je typický pro každé zařízení. Jedná se o obecný souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, který je typický pro každou instituci.

V poslední kapitole teoretické části diplomové práce popisují zařízení Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Stodě, kde jsem měla možnost spolupracovat s vybranými uživateli a pracovníky. Zaměřila jsem se na charakteristiku popisu zařízení Centra sociálně aktivizační služby ve Stodě, kde jsou umístěny byty pro soužití párů opačného pohlaví.

V teoretické části diplomové práce vycházím z podkladů autorů, kteří se sexualitou osob s mentálním postižením zabývají.

V části metodologické je popisována technika sběru dat. Zvolila jsem kvalitativní metodu výzkumu, protože jsem pracovala s menším vzorkem osob. Zaměřila jsem se na zpracování kazuistiky pěti partnerských párů opačného pohlaví, na rozhovory s nimi. Rozhovory jsem následně zaznamenala do písemné podoby. Vyhodnotila jsem dotazníky, které jsem rozdala vybranému vzorku pracovníků zařízení. Na závěr diplomové práce jsem

se pokusila o vypracování dokumentu „Protokol sexuality,“ pro který bylo podkladem studium a analýza potřebných dokumentů domova.

Praktická část má tři části vlastního výzkumu.

V první kapitole jsem zpracovala u pěti párů opačného pohlaví jejich kazuistiku a s těmito respondenty jsem vedla rozhovory, kde jsem jim pokládala předem připravené otázky. Vše jsem zpracovala a vyhodnotila. Vyhodnocením rozhovorů jsem získala přehled o tom, zda jsou osoby s mentálním postižením schopny žít v partnerském vztahu stejným způsobem jako lidé z běžné populace.

Druhá kapitola se věnuje vyhodnocení dotazníkového šetření vybraného vzorku pracovníků domova. Na základě položených otázek v dotazníku jsem získala přehled o názorech na možnost soužití osob s mentálním postižením v partnerském vztahu, na problematiku sexuality, na možnosti uzavírání sňatků.

V třetí části diplomové práce jsem se snažila o vytvoření podkladů dokumentu „Protokol sexuality“ tak, aby se s ním v budoucnosti mohlo dále pracovat a aby mohl být použit jako plnohodnotný dokument domova.

Téma sexuality a sexuální výchovy osob s mentálním postižením je velmi důležité a zajímavé. Kvůli tomu, že se dlouhou dobu o sexualitě těchto lidí nemluvílo, je potřeba se této problematice i nadále věnovat.

## 11 SUMMARY

This diploma thesis is oriented on sexual education and sexuality of people with mental disability. In diploma thesis I ask question whether people with mental handicap are able to establish relationship with opposite sex and whether they can live in joint household as regular population.

In the theoretical part of my thesis I tried to define mental disability, to classify mental disability and I inquire about causes of mental disabilities. In second chapter of theoretical part I concentrated on sexuality of people with mental handicapped. In this charter revers can read that mentally handicapped people are not different in their sexuality than people of intact population. I concentrated on issue of masturbation, which is often only option of sexuality for mentally handicapped people in single-sex institutions. I touched the issue of contraception of people with mental diasability and potential sexual abuse of these people. In the third chapter I focused on sexual education of people with mental handicap, on prevention and enlightenment in this area. I pointed out the importance of creating the Protocol of Sexuality, document which is typical for each facility. In last chapter of theoretical part of my diploma thesis I described the The Home for Handicapped People in Stod, where I had the oportunity to cooperate with selected occupants and workers. I concentrated on characteristic of description of Center of Social Activation Services institution, where apartments for cohabitation of opposite-sex couples are located. Theoretical part of my diploma thesis is based on datas of authors who deals with sexuality of people with mental disability.

Methodological part describes technique of data collection. I chose qualitative research method because I worked with small sample of people. I concentrated on processing of casuistry of 5 couples of opposite sex, on interviews with them, which I recorded in written form. I evaluated the questionnaires, which I distributed among selected sample of facility workers. In the end of my diploma thesis I tried to work out Protocol of Sexuality document, based on study and analysis of The Home's necessary documents.

Practical part has 3 parts of actual research. In first chapter I proceeded casuistry of 5 opposite-sex couples and I interviewed them by asking them in advance prepared questions. Then I proceeded and evaluated it. By evaluation of these interviews I gained knowledge whether mentally handicapped are able to live in partner relationship in the same way as members of regular population. Second chapter deals with evaluation of questionnaire inquiry of selected sample of The Home's workers. On basis of questions

asked in questionnaire I gained knowledge about opinions on cohabitation of mentally handicapped people in partnership, on issue of sexuality and on possibility of marriage. In the third part of my diploma thesis I tried to create basis of Protocol of Sexuality document so it could be used in future as fully-fledged document.

The topic of sexuality and sexual education of mentally handicapped people is very important and interesting. Because topic of sexuality of these people was omitted for a long time it is necessary for the future to pursue this issue more.

## 12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AUGUSTYN, Józef, 1998. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Kamelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-33-1.
- BLECHOVÁ, Zdenka, 2003. *Partnerské vztahy*. 1. vyd. Praha: Fontána. ISBN 80-7336-064-0.
- HARRISOVÁ, Robie H, 1995. *Pojďme si povídat o sexu*. 1. vyd. Bratislava: vydavatelství INA. ISBN 80-85680-23-8.
- KOLLE, Oswald, 1970. *Kouzlo lásky*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 08-033-70.
- KVAPILÍK, Josef, Marie ČERNÁ, 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0019-9.
- MARKOVÁ, Zdeňka, Ljuba STŘEDOVÁ, 1987. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: SPN. ISBN 14-340-87.
- MITHLOHNER, Miloslav, 2008. *Sexualita mentálně postižených – II: Sborník materiálů z celostátní konference*. 1. vyd. Praha: Orfeus. ISBN 978-80-903519-7-4.
- MÜLLER, Oldřich, 2001. *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc. ISBN 80-244-0207-6.
- PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 81. publikace. Brno: Paido. ISBN 80-85931-65-6.
- PONDĚLÍČEK, Ivo, 1981. *Stárnutí, osobnost a sexualita*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 08-063-81.
- PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, Jaroslava, 1990. *Nezralá sexualita*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 08-009-90.
- PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, Jaroslava, Jan RAMBOUCH, 2005. *O sexualitě a partnerských vztazích*. 1. vyd. Praha: Galen. ISBN 80-7262-323-0.
- ŠILEROVÁ, Lenka, 2003. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-0291-6.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc. ISBN 978-80-244-1689-2.

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

ŠVARCOVÁ, Iva, 2000. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.

TROJAN, Ondřej, 2009. *Jak mluvit s dětmi o sexu: Rádce pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Praha: FRAGMENT. ISBN 978-80-253-0833-2.

UZEL, Radim, 2006. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-69-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.

ORFEUS Občanské sdružení, 2009. *Sexualita mentálně postižených – II: Sborník materiálů z celostátní konference*. 1. vyd. Praha: Orfeus. ISBN 978-80-903519-7-4.



## **13 PŘÍLOHY**

Obrázek č 1: PÁR SOŇA A JIRKA	57
Obrázek č. 2: PÁR LENKA A BOHUSLAV	60
Obrázek č 3: PÁR ANNA A JINDŘICH	68
Tabulka č.1: POČET ZÚČASTNĚNÝCH RESPONDENTŮ	72
Tabulka č.2: POČET RESPONDENTŮ, KTEŘÍ DOTAZNÍK NEODEVZDALI	73
Graf č. 1: GRAF POSOUZENÍ ZÁVAŽNOSTI TÉMATU SEXUALITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	73
Graf č.2: OTÁZKA UZAVÍRÁNÍ MANŽELSTVÍ MEZI OSOBAMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	74
Graf č. 3: MOŽNOSTI RIZIK V OBLASTI SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	75
Dotazníkové šetření: DOTAZNÍK	79