

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Postoje společnosti k sexualitě osob
s mentálním postižením**

Diplomová práce

Brno 2014

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Soňa Chaloupková, Ph.D. Autor práce: Bc. Anna Uhrová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala PhDr. Mgr. Soně Chaloupkové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, spoustu cenných rad a připomínek, a především pak za trpělivost a čas, který mi v průběhu tvorby této práce vždy ochotně věnovala.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

.....
podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
1.2 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	9
1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	12
1.4 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	15
2 SEXUALITA.....	18
2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE V OBLASTI SEXUALITY.....	18
2.2 PSYCHOSEXUÁLNÍ VÝVOJ A JEHO KRITICKÉ ETAPY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	20
2.3 FUNKCE A DŮLEŽITOST SEXUALITY.....	25
2.4 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA.....	27
3 PROBLEMATICKÉ OBLATI SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	31
3.1 ZPŮSOBY VYBITÍ SEXUÁLNÍ TENZE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	31
3.2 ANTIKONCEPCE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	35
3.3 PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	38
3.4 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	41
4 PŘÍSTUPY A POSTOJE K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	46
4.1 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ PRÁV OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	46
4.2 HISTORICKÝ VÝVOJ NÁHLEDŮ NA SEXUALITU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	48
4.3 PŘÍSTUPY A POSTOJE K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČR.....	50
4.4 PŘÍSTUPY A POSTOJE K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V NĚKTERÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH.....	53
5 POSTOJE SPOLEČNOSTI K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	56
5.1 METODOLOGIE A CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	56
5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	58
5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	59
5.4 DISKUSE.....	91
ZÁVĚR.....	94
RESUMÉ.....	96
SUMMARY.....	96
POUŽITÁ LITERATURA.....	98
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	103
SEZNAM PŘÍLOH.....	106

ÚVOD

Sexualita jako životní potřeba je fenomén prolínající život všech lidí bez ohledu na přítomnost postižení a jako taková by měla být také chápána. V současné společnosti se stále setkáváme s množstvím kontroverzních a diskutabilních názorů, které se týkají sexuality samotné. Tím více předsudků a odsuzujících postojů lze najít ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením, na kterou je bohužel stále často nazíráno jako na nežádoucí, v některých případech až hodnou trestu. Cílem této diplomové práce je tedy právě zaměřit se na některá problematická témata, která se sexuality lidí s mentálním handicapem týkají a poukázat na to, že pokud se jako společnost této problematice neotevřeme, nikdy nedokážeme osobám s mentálním postižením poskytnout potřebnou pomoc a podporu.

Diplomová práce se skládá z částí teoretické, která je pak základem pro vypracování části empirické.

Teoretická část je složena ze čtyř kapitol. První kapitola nese název *Mentální postižení*, které je v ní také vymezeno a na základě odborné literatury definováno. Následně se první kapitola zaměřuje na popsání etiologie a klasifikace mentálního postižení, přičemž jsou uvedeny různé v současnosti používané klasifikační systémy. V závěru kapitoly jsou uvedeny charakteristické znaky jednotlivých stupňů mentálního postižení.

Druhá kapitola s názvem *Sexualita* se ve své úvodní části orientuje na vymezení základní terminologie této oblasti a její ujasnění. Uveden je zde také psychosexuální vývoj tak, jak jej popisují různí autoři, přičemž v každém období byly uvedeny také kritické etapy tohoto vývoje u osob s mentálním postižením a jeho zvláštnosti. Dále jsou popsány funkce a důležitost sexuality pro spokojený život lidí s mentálním postižením i bez něj a v závěru je popsána také problematika sexuální výchovy, její činitelé a zařazení v základním vzdělávání.

Třetí teoretická kapitola s názvem *Problematické oblasti sexuality osob s mentálním postižením* se zaměřuje na problematiku možných způsobů vybití sexuální tenze u jedinců s mentálním postižením, zejména pak na masturbaci. Druhým tématem této kapitoly je antikoncepce, především pak její druhy. Uvedeny jsou také klady a zápory jednotlivých antikoncepčních forem se zaměřením na jejich používání osobami s mentálním postižením. Následně se kapitola zabývá partnerstvím a rodičovstvím osob

s mentálním postižením a také problematikou sexuálního zneužívání, jeho zvýšeného rizika u těchto osob či možnými způsoby indikace.

Čtvrtá kapitola nese název *Přístupy a postoje k sexualitě osob s mentálním postižením* a její součástí je vymezení legislativního rámce v kontextu s touto problematikou, dále jsou pak uvedeny náhledy na sexualitu v průřezu historie. Popsány jsou zde také přístupy a postoje společnosti k sexualitě lidí s mentálním handicapem a to jak v ČR, tak také v dalších evropských zemích, konkrétně v Dánsku, Švédsku a Polsku.

Empirická část diplomové práce je obsažena v poslední kapitole a je vypracována pomocí kvantitativní výzkumné strategie. Metodou sběru dat je zvolen dotazník, protože pro práci je stěžejní získat co největší počet respondentů za účelem získání co největšího množství údajů týkajících se postojů společnosti k jednotlivým oblastem sexuality osob s mentálním postižením. V této kapitole je uvedena metodologie výzkumu, výzkumné cíle a také charakteristika výzkumného šetření. Největší část kapitoly je tvořena samotnou analýzou a interpretací získaných dat. V závěru jsou uvedeny postřehy, které by mohly pomoci k otevření se této problematice a k lepšímu přístupu společnosti k sexualitě osobám s mentálním postižením.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení

Pojem mentální postižení je předmětem psychopedie, tedy speciálně pedagogické disciplíny, jejíž název se u nás začal používat od poloviny minulého století. Tato disciplína se zabývá jak mentálním či jiným duševním postižením, tak především dětmi, mládeží či dospělými s mentálním či jiným duševním postižením, a to přednostně z hlediska jejich enkulturace, tedy socializace v nejširším smyslu slova (Valenta, M., Müller, O. 2007).

Důležité je také zaměření psychopedie na edukaci osob s mentálním či jiným duševním postižením a zpětné zkoumání vlivů výchovy a vzdělávání na tyto osoby. Mimo výše uvedené oblasti působení se psychopedie zaměřuje také na diagnostiku, poradenství, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci a integraci jedinců s mentálním postižením. Takto široký okruh působení je umožněn také tím, že psychopedie jako interdisciplinární obor spolupracuje jak s dalšími speciálněpedagogickými vědami (např. etopedie, logopedie, somatopedie), tak s vědami společenskými (např. pedagogika, psychologie, sociologie) či přírodními, kde roli hrají zejména lékařské obory (např. pediatrie, psychiatrie, neurologie). Cílem psychopedie je tedy, za využití veškerých těchto aktivit, směřovat k dosažení co největšího rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti (Bazalová B. In Pipeková, J. 2010).

Vymezení pojmu mentální retardace je podstatné jak z hlediska teoretického, neboť je nutné přesně klasifikovat podstatné znaky tohoto stavu, tak praktického, protože terminologická přesnost má pozitivní vliv na rozhodování při stanovování odpovídajícího způsobu speciálněpedagogické péče. Problémy při vymezování tohoto pojmu vyplývají zejména ze složitosti mentálního postižení, které může být determinováno celou řadou faktorů a také z faktu, že různí autoři zdůrazňují různá hlediska a teoretické postoje (Renotierová, M., Ludíková, L. 2003).

V průběhu koncipování psychopedie jako vědního oboru vznikalo, a stále existuje, velké množství nesrovnalostí a terminologické nejednotnosti. Nejrozmanitější na označení stavu mentálního postižení bylo období let 1952 – 1989, kdy se v naší odborné literatuře vyskytovalo více než dvacet různých pojmenování, např. duševně abnormální,

duševně defektní, idiocie, debilita, rozumově postižení, intelektově úchylní, slabomyslní, oligofrenní, rozumově zaostali, mentálně abnormální apod. Všechna tato označení se ale po určité době stávala společensky nepřijatelnými, a to zejména z důvodu získávání pejorativního zabarvení, a bylo tedy nutné hledat termíny nové.

Nyní používaný termín „*mentální retardace*“ zavedla Americká společnost pro mentální deficienci (American Association of Mental Deficiency – AAMD) ve třicátých letech minulého století a zastřešujícím pojmem se stal po konferenci, která se konala roku 1959 v Miláně, kde se zástupci jednotlivých vědních oborů zabývajících se problematikou jedinců s intelektovým postižením dohodli na používání pojmu „*mentální retardace*“ především z důvodu nutnosti sjednotit terminologii (Pipeková, J. 2006; Valenta, M.; Müller, O. 2007).

V české psychopedii jsou nyní nejčastěji užívány dva pojmy – mentální postižení a mentální retardace. Dle M. Černé (2008) jsou u nás tyto termíny chápány jako synonyma, přestože někteří autoři vnímají pojem mentální postižení jako širší, než je pojem mentální retardace, neboť do něj zahrnují i osoby s IQ nižším než 85, na rozdíl od mentální retardace, kde jsou řazeny osoby s IQ nižším než 70.

M. Valenta, J. Michalík a M. Lečbých (2012) uvádí, že aktuálně začíná být ale také tento dosud základní termín (*mentální retardace*) vnímán jako společensky nepřijatelný, přičemž jeho „zmírnění“ v pojem *mentální postižení*, není považováno za zcela dostačující. V tomto směru dospěla nejdále americká asociace pečující o osoby s mentálním postižením, která v důsledku „modernizace“ terminologie změnila svůj název z AAMR (American Association for Mental Retardation) na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) a nahradila termín *mental retardation* termínem *intellectual disability (ID)*.

V důsledku této terminologické nejednotnosti a roztržitosti se v průběhu historie setkáváme také s různými pohledy na definování mentálního postižení. U nás definoval tento stav významný představitel naší speciální pedagogiky Miloš Sovák (1986, s. 126), který použil označení slabomyslnost – oligofrenie, kterou vymezil jako omezení vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových, které mají různé příčiny vzniku a odlišný základ patologicko-anatomický s tím, že většinou se jedná o následky hrubšího poškození mozku, vzácněji se jedná o jiné příčiny. Další autorkou, která ve své

definici zdůrazňovala biologické faktory, je Rubinštejnová, která používá termín mentální zaostalost, definovanou takto: „*Mentální zaostalostí nazýváme tedy trvalé porušení poznávacích činností, které vznikly v důsledku organického poškození mozku.*“ (Rubinštejnová In Pipeková, J., 2006, s. 54)

U nás nejpoužívanější definici vytyčil M. Dolejší (1973, s. 38), který uvádí, že mentální retardace: „...*je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečcích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti*“.

J. Pipeková (2006) uvádí, že mentální retardaci charakterizuje celkové snížení rozumových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Tento stav může být trvalý, vrozený či částečně získaný, a je nutné jej odlišit od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.

Dle J. Slowíka (2007, s. 110) je další z nejčastěji uváděných a nejvýstižnějších definice vydaná UNESCO v roce 1983, která říká, že: „*Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.*“

1.2 Etiologie mentálního postižení

M. Černá (2008) a M. Valenta, O. Müller (2012) se shodují v tvrzení, že etiologie mentálního postižení je velmi rozmanitá, variabilní a komplikovaná, což je dáno řadou faktorů, které tento stav, projevující se více či méně sníženým intelektem, způsobují. Lidé s mentálním postižením nemohou mít nikdy naprosto stejnou

symptomatologii a nelze vždy jednoznačně určit, do jaké míry je mentální postižení způsobeno biologickými vlivy a do jaké míry se na stavu jedince s mentálním postižením podílejí vlivy sociální.

V literatuře je velmi často uváděna etiologie mentálního postižení dle Penrose (Černá, M. 1995; Pipeková, J. 2006), která názorně poukazuje na skutečnost, že mentální retardace nemá jednotnou příčinu a je multifaktoriálním problémem:

Příčiny endogenní (genetické, dědičné):

1. Dávné (způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách)
2. Čerstvé (spontánní mutace)

Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí):

1. V raném těhotenství (poškození oplozeného vajíčka)
2. V pozdním těhotenství (intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita, abnormální porod)
3. Intranatální (abnormální porod)
4. Postnatální (nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy)

Dalšími autory zabývajícími se etiologií mentálního postižení jsou J. Raboch a P. Zvolský (2001), kteří uvádí, že etiologické faktory mohou být dědičné, psychosociální, či může jít o kombinaci obou, přičemž přibližně platí závislost, že čím je mentální retardace hlubší, tím častěji lze poukazovat na biologickou příčinu. Chromosomální a metabolické poruchy jsou etiologickými faktory pouze ve 25% případů mentální retardace. Na rozdíl od těžších stupňů mentální retardace je lehká mentální retardace častěji důsledkem zděděné inteligence, mnohdy také v kombinaci s nepodnětnou výchovou.

Dále ti to autoři rozlišují etiologické faktory na prenatální a perinatální:

Prenatální faktory:

1. Infekční onemocnění matky – mezi tyto faktory patří např. rubeola, vrozená syfilida, toxoplazmóza a další.
2. Endokrinní poruchy matky – zde se jedná zejména o hypofunkci štítné žlázy.
3. Rh inkompatibilita
4. Fetální alkoholový syndrom – při pravidelné konzumaci alkoholu v období těhotenství se děti rodí asi v 15% s fetálním alkoholovým syndromem, který se projevuje opožděním vzrůstu, vznikem různých abnormit a mentální retardací.
5. Kokainový syndrom – u matek užívajících kokain se často objevují předčasné porody a u dětí těchto matek byly popsány různé anomálie a končetinové malformace.
6. Získaný defekt imunity (AIDS) – těhotenství HIV pozitivních žen často vede ke spontánním potratům, a pokud dojde k narození dítěte, dochází obvykle v několika málo letech k jeho úmrtí. Nejčastěji se zde v rámci onemocnění CNS setkáváme s progresivní encefalopatií s mentální retardací a epileptickými záchvaty.
7. Další intrauterinní poškození – existují další případy, kdy se dítě může narodit s mentální retardací, např. intrauterinní hypoxie, podvýživa matky, radiace či některé léky užívané v těhotenství.

Perinatální faktory:

1. Mozkové hypoxie novorozence
2. Krvácení do mozku v důsledku porodní patologie

M. Valenta a O. Müller (2007) rozděluje etiologické faktory na prenatální (působící před porodem), perinatální (působící během porodu a krátký čas po něm) a postnatální (působící v průběhu života).

V rámci prenatalních faktorů hrají důležitou roli vlivy hereditární, v jejichž rámci může docházet k mutaci genů, k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu. Dalšími vlivy ovlivňující mentální postižení v prenatalním období jsou vlivy environmentální a onemocnění matky, kde podstatné je, kdy k onemocnění dojde – čím dříve, tím fatálnější jsou důsledky pro zdraví dítěte. Mezi onemocnění, způsobující mentální postižení můžeme zařadit např. zarděnky, toxoplazmózu, přímé intoxikace embrya či plodu atd.

Mezi perinatální příčiny patří mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie či asfyxie, předčasný porod, nízká porodní váha dítěte či těžká novorozenecká žloutenka. Důležitým faktorem je také organické poškození mozku, tedy perinatální encefalopatie.

V době po narození dítěte je možno setkat se s velkým množstvím vlivů, které mohou způsobit mentální postižení. Mezi tyto faktory patří např. zánět mozku způsobený mikroorganismy, mechanické vlivy (traumata, mozkové léze, krvácení do mozku) a zejména v pozdějším věku onemocnění způsobující deterioraci inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, schizofrenie, alkoholové demence, epileptické demence a další). Mezi postnatální faktory lze zařadit také silnou deprivaci vedoucí k poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů (tzv. pseudooligofrenie), tento deficit však lze včasným nasycením potřeb vyrovnat či upravit.

V rámci této problematiky je tedy velmi důležité si uvědomit, že biologické a sociální faktory se v životě člověka prolínají, a celková úroveň života jedince s mentálním postižením může být jak negativně tak pozitivně ovlivněna vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a získaných životních zkušeností (Černá, M. 2008).

1.3 Klasifikace mentálního postižení

Stupeň mentálního postižení je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Tímto způsobem klasifikace se zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO), která reaguje na vývoj ve vědě a pravidelně klasifikaci nemocí včetně duševních poruch reviduje. V současnosti je platná desátá

revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), která u nás vešla v platnost 1. 1. 1993. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je stupeň mentální retardace určován na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptačního chování (Valenta, M., Lečbych, M., Michalík, J. 2012).

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí klasifikujeme:

A) Druh postižení

F 70 – 79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69 – 50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34 – 20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

C) Typ postižení

Eretický

Torpidní

Nevyhraněný (Pipeková, 2010, s. 291)

Mentální retardaci dle úrovně inteligenčních schopností klasifikuje také DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition). Tento diagnostický manuál rozděluje stupně mentálního postižení takto:

317 Mild Mental Retardation – IQ 50 – 55 až 70

318.0 Moderate Mental Retardation – IQ 35 – 40 až 50 – 55

318.1 Severe Mental Retardation – IQ 20 – 25 až 35 – 40

318.2 Profound Mental Retardation – IQ pod 20 – 25 (Valenta, Lečbych, Michalík, 2012)

Novým přístupem ke klasifikaci mentální retardace je klasifikace dle ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health; Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) z roku 2005, u nás známá jako Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která nahradila Mezinárodní klasifikaci poškození, omezení a postižení (ICIDH). Tato klasifikace byla vyvinuta pro potřeby různých disciplín a novým aspektem je směřování k umožnění samostatnějšího života osob s postižením a jejich rozsáhlá společenská integrace, jejíž cíle vedou k vyrovnání se osob se svým postižením a postižení se tak stává relativní kategorií (Bartoňová, M., Vítková, M. 2007).

MKF se soustřeďuje na pět základních komponent mapujících právě funkční schopnosti, disabilitu a zdraví:

1. Tělesné funkce (fyziologické funkce tělesných systémů včetně psychických)
2. Tělesné struktury (anatomické části těla)
3. Aktivita (provádění úkolu nebo činu) a participace (zapojení do životní situace)
4. Faktory prostředí (facilitující či bariérové prostředí klienta)
5. Osobní faktory

Pro úplnost je třeba zmínit také další mezinárodní klasifikaci, která se u nás implementuje v oblasti sociálních služeb a nese název SIS – Supports Intensity Scale, neboli Škála pro stanovení míry podpory. Výsledný kvalifikátor je zde nazýván jako SIS index, který vyjadřuje míru podpory nutnou pro zvládnutí každodenních činností klientů, přičemž dochází ke srovnání s osobami bez postižení. SIS obsahuje tři oddíly a míra podpory je škálována ze tří hledisek (typ podpory, frekvence podpory a délka denní podpory) (Valenta, M., Michalík, J. Lečbych, M. 2012, s. 13 - 16).

1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Lehká mentální retardace IQ 50-69 (F70)

V nízkém věku, zejména ve věku do 3 let dítěte s lehkým mentálním postižením lze v mnoha případech sledovat pouze mírně zpomalený psychomotorický vývoj, neboť k manifestaci větších obtíží dochází zpravidla až mezi 3 – 6 rokem věku dítěte. Přítomný je často opožděný vývoj řeči spojený s malou slovní zásobou, časté jsou také vady řeči. V pozdějším věku jsou vak jedinci s lehkým mentálním postižením schopni řeč účelně používat a vést konverzaci (Pipeková, J. 2006).

Nejtěžší potíže nastávají při nástupu do povinného vzdělávání, kde se problémy manifestují zejména při teoretické školní práci. Mnohdy se objevují potíže se zvládnutím čtení a psaní a mnozí žáci s lehkým mentálním postižením nejsou schopni zvládnout vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu základní školy. Velmi vhodné je umožnit žákům s lehkým mentálním postižením výchovu a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzaci nedostatků. V dospělém věku jsou jedinci s lehkým mentálním postižením často schopni zvládnout jednoduché zaměstnání, které je zaměřené na praktické dovednosti (Švarcová, I. 2011)

D. Šterbová (2007) k tomuto uvádí, že jedinec s lehkým mentálním postižením nemusí mít v sociokulturním kontextu, kde se na teoretické znalosti neklade příliš velký důraz, velké problémy. Důsledky mentálního postižení se manifestují spíše v případech, kdy je jedinec také emočně a sociálně nezralý, přičemž problémy mohou nejčastěji nastat např. v situaci, kdy je třeba vypořádat se s požadavky manželství či výchovy dětí. Obtíže se mohou vyskytnout také v přizpůsobení se tradicím a očekáváním společnosti.

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

Jedinci se středně těžkou mentální retardací tvoří asi 10% všech osob s mentálním postižením, přičemž jsou ve většině případů po celý život na úrovni 4 – 8 letého dítěte (Švarcová – Slabinová, I. 2011)

Ve vývoji dítěte lze od počátku pozorovat výrazné opoždění, které lze spatřit např. v tom, že dítě začíná později sedět, chodit a opoždění se týká také myšlení a řeči.

Verbální projev bývá často nesrozumitelný, chudý a obsahující četné agramatismy (Pipeková, J. 2006)

Omezení u osob s tímto stupněm mentálního postižení lze vidět také v sebeobsluze, z čehož dále vyplývá nutnost chráněného bydlení pro tyto osoby (Valenta, M., Müller, O. 2009)

D. Štěrbová (2007) k tomuto doplňuje, že vzdělávání jedinců se středně těžkou mentální retardací by jim mělo poskytovat dostatek příležitostí k rozvoji omezeného potenciálu a k získání základních dovedností a vědomostí. V dospělosti jsou lidé se středně těžkou mentální retardací schopni zvládat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem, samostatný život je možný jen zřídka. Často dochází k výskytu přidružených tělesných postižení a neurologických onemocnění, zejména epilepsie. Objevují se i onemocnění psychiatrická.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)

U dětí s těžkým mentálním postižením dochází k výraznému opoždění v psychomotorickém vývoji již v průběhu prvního roku života, přičemž mentální postižení se často vyskytuje v kombinaci s dalším typem postižení (Švarcová, I. 2011).

Někteří jedinci s těžkým stupněm mentálního postižení jsou schopni naučit se základním hygienickým návykům a elementárním prvkům sebeobsluhy. Značné omezení se týká také psychických procesů a pozornosti. Schopnost komunikace je velmi omezená, v některých případech chybí úplně (Bazalová, B. In Pipeková, J. 2010).

Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou velmi omezené, ovšem včasná systematická a kvalifikovaná výchovná, vzdělávací a rehabilitační péče může velmi napomoci rozvoji motoriky, rozumových a komunikačních schopností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality života osob s těžkým mentálním postižením (Štěrbová, D. 2007).

Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20 (F73)

Výskyt tohoto stupně mentální retardace se pohybuje okolo 1% mezi osobami s mentální retardací. Etiologie je ve většině případů organická.

Osoby s tímto stupněm postižení bývají často imobilní, což je způsobeno také přítomností dalších neurologických či tělesných postižení. Řeč bývá nerozvinutá a osoby s tímto stupněm postižení jsou velmi omezeny ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Rozvinuta není ani schopnost sebeobsluhy, z čehož vyplývá nutnost zajistit celoživotní a mnohdy také celodenní péči a pomoc ve všech základních životních úkonech (Vítková, M. 2004).

Jiná mentální retardace (F 78)

Tato kategorie se používá tehdy, kdy stanovení stupně mentální retardace je velmi nesnadné, a to zejména z důvodu přidružených senzorických či somatických poškození (např. u nevidomých, neslyšících, u osob s těžkými poruchami chování, u osob s autismem atd.) (Štěrbová, D. 2007).

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Použití této kategorie mentální retardace je vázáno na případy, kdy mentální retardace je prokázána, ale nemáme dostatek informací, abychom mohli pacienta zařadit do některé z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2011).

Shrnutí:

První kapitola s názvem „Mentální postižení“ se zabývá vymezením tohoto pojmu a jeho definováním, součástí je také vymezení oboru psychopedie. V další části této kapitoly je uvedena etiologie mentálního postižení z pohledu různých odborníků, kteří se příčinami vzniku mentálního postižení zabývají. Popsána je v této kapitole také klasifikace mentálního postižení, a to podle nejčastěji uváděného systému vytvořeného WHO, tedy podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Uvedeny jsou i další klasifikační systémy. Závěr první kapitoly je pak zaměřen na charakteristiku jednotlivých stupňů mentálního postižení.

2 SEXUALITA

2.1 Vymezení základní terminologie v oblasti sexuality

Sexualita je fenomén, se kterým je spojováno velké množství pojmů a definic, které je třeba správně pochopit a rozlišovat. Nutnost ujasnění vidíme zejména u pojmů „sex“, „pohlavnost“ a „sexuální“, „pohlavní“. Tyto pojmy jsou slovníky vykládány jako „vztahující se k pohlaví, založený na pohlaví nebo na rozlišení pohlaví, vztahující se k plození nebo pohlavnímu spojení“ a není tedy divu, že se z důvodu těchto nejasných výkladů často zaměňuje pohlaví (biologické mužství či ženství) a sexualita (chování vztahující se k pohlavnímu spojení). Sexuální chování je tedy takové, které se týká takového vztahu mezi mužem a ženou, ve kterém pohlavní spojení je či může být, nebo si je někdo jako součást tohoto chování představuje a sexualita jako taková se vztahuje k velmi široké oblasti osobnosti týkající se sexuálního chování (Oakley, A. 2000).

K rozporuplnému chápání dochází také v případě pojmů „sex“ a „sexualita“. I. Binarová (2000) uvádí, že pojem „sex“ je chápán ve větší míře biologicky, jako fyzický kontakt dvou jedinců, který se děje za účelem uspokojení sexuálních potřeb. Oproti tomu pojem „sexualita“ je třeba chápat odlišně, neboť má mnohem širší význam než pojem „sex“. Tuto odlišnost autorka popisuje v definici sexuality: *„Sexualita, nebo také z angličtiny přejaté sexuální chování, je integrovanou součástí života každého člověka, je jeho naprostou a neoddělitelnou přirozeností. Sexualita vyjadřuje rozdílnost postojů, hodnot, vztahů, aktivit mezi mužem a ženou. Mluvíme-li o sexualitě, mluvíme o tom, jaké jsou rozdíly mezi mužem a ženou, jak ve fyzickém vzhledu, tak v chování.“* (Binarová, I. 2000, s. 21)

Obecná definice sexuality, která nepřihlíží ke specifickým sexuality osob s mentálním postižením, je vymezena např. v Encyklopedii Diderot (1999, s. 104) a říká, že sexualita je *„souhrn tělesných a duševních složek osobnosti člověka. Souvisí s rozdíly mezi pohlavími. Sexuální chování je ovlivňováno centry v mezimozku. Má dvě fáze: přípravnou (sblížení s imponujícím partnerem, probíhá veřejně) a výkonovou (soulož, probíhá většinou v intimitě). Reálný či zprostředkovaný (obraz, četba) sexuální podnět nebo i představa vyvolávají sexuální reakci. Sexualita má vývojové fáze (dětství, puberta, dospělost). Uvědomování si vlastní sexuální identity se objevuje kolem třetího roku věku, fyziologicky se utváří zejména v pubertě. Psychoanalytická teorie zdůraznila,*

že infantilní sexualita má význam při vývoji sexuality dospělého a při vývoji osobnosti jako celku, a že infantilní i dospělé sexuální pudy mají dopad na nesexuální chování. “

Definováním sexuality se zabývá také sexuolog J. Zvěřina (2011), který ji považuje za „*fundamentální párou aktivitu se základním reprodukčním posláním.*“ Úkolem úvodní (přípravné) fáze této aktivity je vytvoření dvojice, přičemž základní kategorii tvoří sexuální atraktivita, která je dána přítomností sekundárních pohlavních znaků. Sexuální atraktivita je však taktéž ovlivňována složkou behaviorální, která v sobě zahrnuje sblížování dvojice, tedy její koketování, namlouvání a párování, díky čemuž jsou u potencionálního partnera či partnerky vyvolány často výrazné reakce.

Jiný náhled na definování sexuality podává E. Borneman (1990), který v jejím rámci rozlišuje několik rozlišných prvků. Tento autor se zaměřuje na sexualitu z hlediska pohlaví, které je určováno náhodnou kombinací mateřských a otcovských chromozomů. V lidském těle každého zdravého člověka se nachází 46 chromozomů, přičemž dva z nich (gonozómy) určují pohlaví jedince. Zdědí-li dítě po otci chromozom Y, bude v chromozomálním smyslu mužského pohlaví, pokud se bude jednat o chromozom X, bude ve stejném smyslu pohlaví ženského. V návaznosti na biologické determinování pohlaví Borneman udává, že psychosexualita člověka nemusí vždy nutně souhlasit s jeho fyziosexualitou, tedy že může dojít k rozporu mezi subjektivním pocitem pohlavní příslušnosti a anatomickým pohlavím. V této souvislosti zdůrazňuje, že je nutné si uvědomit, že sexuální život je sice motivován biologicky, ale vyvíjí se pod vlivem společenských příkladů.

V. Capponi a spol. (1994) definují sexualitu jako „*soubor vlastností a jevů, vyplývajících z rozdílu pohlaví*“. Pohlaví je na základě těchto autorů děleno na pohlaví:

- Genetické
- Gonadální – rozlišuje se na základě toho, zda jedinec má varlata nebo vaječníky.
- Somatické – podstatné při určování pohlaví jsou vnější pohlavní orgány, resp. sekundární pohlavní znaky daného jedince
- Hypotalamické – pohlaví, které se vytváří mezi 2. – 3. měsícem nitroděložního života a vede k tomu, že se jedinec v dospělosti vnímá jako muž či žena.
- Psychosociální – pohlaví, pod kterým je jedinec zapsán v matrice (podle informací od porodníka).

Vymezením pojmu sexualita u osob s postižením se zabývá Defektologický slovník (2000), který udává, že sexualita lidí s postižením byla původně redukována na

projevy pohlavního pudu. Současná psychologie už zahrnuje pod tento pojem nižší i vyšší potřeby, zdůrazňuje význam vědomí a intelektu a poukazuje na posunutí ve smýšlení o sexualitě osob s mentálním postižením. Sexualita osob s mentálním postižením je chápána, na rozdíl od minulosti, jako nespecifická, což znamená, že mimo těžší stupně mentální retardace jsou jejich potřeby, tužby a zájmy stejné jako u lidí intaktní společnosti. Je tedy třeba ustoupit od chápání osob s mentálním postižením jako od osob asexuálních a zaměřit se na jejich přípravu k partnerskému vztahu formou vhodné sexuální výchovy.

2.2 Psychosexuální vývoj a jeho kritické etapy u osob s mentálním postižením

Sexualita a otázky s ní spojené jsou nedílnou součástí života a provázejí jedince ve všech jeho životních etapách. Pro porozumění problematice sexuality je tedy důležité znát všechna stadia psychosexuálního vývoje a chápat sexualitu jako fenomén prolínající život jedince již od raného dětství, i když to bylo dříve chápáno jako asexuální období (Lištiak - Mandzáková, S. 2013).

Podobný názor na tuto problematiku udává také K. Thorová a H. Jůn (2012, s. 14), která říká, že *„sexualita se u člověka nezjeví náhle v období puberty. Není výlučně vázaná na sexuální zralost. Již v děloze lze u plodu sledovat první sexuální reflexy. Sexualita nemizí ani s ukončením reprodukčního věku, provází člověka od dětství do stáří.“*

J. Mellan (2004) upozorňuje na fakt, že každý člověk prochází řadou kritických etap sexuálního vývoje. Pokud dojde k nezvládnutí jedné etapy, zpravidla se objeví odlišnosti v dalších etapách. U osob s mentálním postižením se tedy můžeme setkat s případy, kdy:

- již od začátku je vývoj jedince anomální a postihuje všechny systémy a roviny (např. chromozomálně podmíněné vrozené vývojové vady),
- k poškození dojde až ve chvíli, kdy většina orgánů je vyvinuta a postižení nezasáhne celý organismus rovnoměrně (např. perinatálně vzniklé poruchy),
- třetím případem je izolované postižení konkrétního systému (např. tělesné motoriky bez narušení duševní sféry).

Jednotlivé fáze psychosexuálního vývoje jsou různými autory pojímány rozdílně. V. Antonov (1993) rozlišuje tři základní etapy vývoje sexuality. V **prvním období** dochází k primitivním projevům aktivity pohlavní soustavy, které se objevují již pár dní po narození. Jedná se o aktivitu v podobě erekce sklípkových tkání pohlavních orgánů, která vzniká jako reakce na nesespecifické faktory, např. při pláči, jídle, smíchu, pocitu bolesti či úleku. Podrobněji se vývojem sexuality v dětském věku věnuje J. Pondělíčková – Mašlová (1990), která jednotlivé vývojové kroky třídí podle věku dítěte:

- 1 – 2 roky: Období, ve kterém si děti začínají všimnout a pozorovat jednotlivé části svého těla. V rámci poznávání vlastního těla si např. chlapci sahají na svůj pohlavní úd, hrají si s ním a již v tomto věku lze pozorovat ranní erekce. Žádný z těchto projevů ale není vyvolán pohlavním vzrušením a neprobíhá za účelem pohlavního dráždění.
- 2 – 3 roky: V tomto věku si dítě již uvědomuje, k jakému pohlaví přísluší a dokáže přiřadit k příslušnému pohlaví další děti i dospělé (děje se tomu tak spíše na základě zevních znaků, jako je oblečení či účes). Děti se v tomto období zabývají častěji svými pohlavními orgány, které ale ještě nejsou jako pohlavní chápány.
- 3 – 4 roky: Charakteristika tohoto věku spočívá v tom, že se děti již začínají zajímat o rozdíly mezi pohlavími a napadají je první otázky týkající se sexuální oblasti, např. jak přicházejí děti na svět.
- 4 – 7 let: Typické pro toto období je zařazování her na doktora či maminku a tatínka do herního repertoáru dětí. Objevuje se také aktivní zájem o rozdíly mezi pohlavími, což vede k vzájemnému prohlížení a osahávání. Postupně začínají děti dávat přednost příslušníkům stejného pohlaví.

J. Spilková (In Venglářová, M.; Eisner, P. 2013) nazývá tuto fázi vývoje sexuality jako první stupeň, který dle ní probíhá od narození do šesti let věku. Podstatným aspektem je kvalita interakce mezi dítětem a pečující osobou, která je základem pro vztahovou strukturu jedince. Dochází také k vytváření postojů ke svému tělu a jeho funkcím, které tvoří základ pro přijetí vlastního já a formování sebeúcty. Od druhého roku věku začíná stoupat aktivita v objevování vlastního já, které probíhá rukama i ústy a začíná se objevovat stimulace genitálu, která již může vznikat za účelem uvolnění napětí. V tomto období se také utváří schopnost používat vylučovací systém, s čímž je často u těchto dětí spojen zájem o produkty vylučování. Ke konci této etapy

dochází k dohotovení neuronální sítě zodpovědné za vědomou pozornost a kontrolu močového měchýře, útroby a sexuálních funkcí, které ale zůstávají citlivé ke změnám vyplývajících z následujících vývojových etap.

Přítomností sexuálních emocí a aktivity u dětí se zabývají také J. Zvěřina a V. Budínský (2004), kteří udávají, že je možné se v tomto věku setkat jak se sexuálním vzrušením, tak také s orgasmem či erotickou fascinací jinou osobou. Často se také objevují hry se sexuálním podtextem, které spočívají v exploraci intimních tělesných partií jiných dětí, které je často řízeno nápodobou sexuálního chování dospělých. Autoři podotýkají, že proti masturbaci ani sexuálním hrám dětí není vhodné zásadním způsobem bojovat, protože ani jeden z těchto jevů nemá erotický charakter v tom smyslu, jak je tomu v dospělosti, a jedná se pouze o projev dětské hravosti a zvědavosti.

Psychosexuální vývoj osob s mentálním postižením je charakteristický jistými specifiky v porovnání s lidmi bez postižení. V této vývojové etapě však není rozdílů příliš mnoho. Děti s mentálním postižením se stejně jako děti bez postižení soustředí na charakteristické tělesné zóny – typické je vkládání předmětů do úst, cumlání, slintání a také se objevuje první stimulace a dotykové prozkoumávání pohlavních orgánů. Dětem s mentálním postižením je v této etapě nutné poskytnout dostatek jistoty a pocitu akceptace, protože jsou ve fázi, kdy objevují své tělo, jsou zvědavé a potřebují dostatek podnětů, impulzů a pohybu. Ke konci tohoto období, tedy kolem šestého roku věku, se u dětí s mentálním postižením objevuje snaha osamostatnit se. Dítě vyhledává či se dožaduje kontaktu s jinými osobami, který se jako u jedinců bez mentálního postižení projevuje hlazením, dotýkáním či koketováním. Tento druh chování je u jedinců s mentálním postižením častěji chápán jako nežádoucí a okolí nezřídka reaguje okamžitým zákazem. Tento přístup může vést k tomu, že dětem v průběhu této etapy chybí tělesný kontakt, který může vyústit v pocitové strádání dítěte a je tedy nutné, aby si rodiče uvědomili, že pro dítě s mentálním postižením je důležité vypěstovat si pozitivní vztah ke svému tělu a již v dětském věku umožnit dotekovou zkušenost s intimními částmi těla bez pocitu strachu, studu či bolesti (Lištiak – Mandžáková, S. 2013).

Druhé období nazývá V. Antonov (1993) jako období „mladistvé intersexuality“ a probíhá přibližně od sedmi do sedmnácti let. V této etapě dochází ke zvýšení produkce androgenů pohlavními žlázami. Androgeny jsou mužské pohlavní hormony, které se ovšem vyskytují i v ženském organismu a jsou považovány za univerzální regulátory pohlavního pudu u obou pohlaví.

Specifika tohoto věkového rozhraní charakterizuje také J. Pondělíčková – Mašlová (1990):

- 7 – 8 let: Zvyšuje se četnost sexuálních otázek a zájem o ně. Pokud jedinci v tomto věku nemají dostatek správných odpovědí, vznikají různé teorie např. o porodu či těhotenství.
- 9 – 11 let: Objevují se první známky náklonnosti mezi chlapci a dívkami, která je v konečné fázi této etapy nahrazena odmítáním opačného pohlaví, čímž je zastírán právě probuzený zájem o druhé pohlaví. Typický je zvýšený zájem o konverzační témata spjatá se sexualitou a také o sexuologickou literaturu.
- 12 – 15 let: Dále pokračuje zájem o rozhovory se sexuální tematikou. U chlapců se častěji objevuje masturbace, která probíhá bez průvodních představ. U dívek je toto období spjata s počátkem menstruace.
- 15 – 17 let: V tomto období dochází k první zamilovanosti, která je u dívek provázena spíše platonickými představami, zatímco chlapci si již představují sexuální kontakty a chtějí nějaký uskutečnit. Masturbace se stává pravidelnou a je již provázena konkrétními sexuálními představami. Ke konci této etapy jsou již první sexuální kontakty realizovány.

Toto věkové rozhraní (6 – 17 let) také odpovídá přibližně druhému až čtvrtému stupni vývoje sexuality dle J. Spilkové (In Venglářová, M.; Eisner P. 2013). Druhý stupeň tvoří období od šesti let, které končí pubescencí zhruba ve dvanácti letech. V tomto období je důležitá potřeba soukromí a autonomie a také formování způsobů chování, které směřuje k utváření a potvrzování chlapecké či dívčí identity. Podstatné je kladení důrazu na rovnost pohlaví, aby byl u jedinců tohoto věku vytvořen základ vzájemného respektu a akceptace pro oboustranné uspokojování potřeb. Třetí stupeň tvoří období od puberty do rané dospělosti, tedy asi do patnácti let věku. Toto období je považováno na přiměřené zvládnutí jako nejsložitější. Zrychluje se tělesný růst, objevují se sekundární pohlavní znaky a tyto změny jsou spojeny s citlivým vnímáním vlastní společenské role. Zrychlený tělesný vývoj se odráží také v sexuálním chování, které se stává zbrklým a vyznačuje se špatným odhadem jeho sociálních dopadů, rizikovým chováním či nedostatečnou sebekritičností. Čtvrtý stupeň začíná přibližně šestnáctým rokem věku a v jeho průběhu dochází ke zpomalení tělesného růstu a nastolení hormonální rovnováhy. Objevují se první vztahy, v jejichž kontextu již dochází

k uspokojování pohlavním stykem. Jedinci v tomto věku si již vytvářejí vlastní autonomii, odpoutávají se od rodiny a vytváří vlastní důvěrná pouta.

Součástí tohoto věkového rozhraní je období puberty, které je nejrizikovějším ve vztahu k psychosexuálnímu vývoji osob s mentálním postižením. Všechny osoby v tomto věku procházejí určitým tělesným a duševním restrukturalizačním procesem, který je stejný jak u osob s mentálním postižením, tak i bez něj. Osoby s mentálním postižením však kvůli svému postižení mnohem hůře a pomaleji zpracovávají změny, které u nich probíhají, což je dáno také tím, že ač je zralost a emoce pro daný věk charakteristické, nemusí mít mladí lidé s mentálním postižením takové intelektuální schopnosti, sociální a citovou vyzrálost či vzdělání a zkušenosti, aby se navenek projevovali jako jejich vrstevníci. Znevýhodnění mladých lidí s mentálním postižením ale vyplývá také z negativních postojů učitelů či jejich izolovanosti doma nebo v institucích, která má za následek nedostatek kontaktu s vrstevníky, což zesiluje účinek krize ve vývoji mládeže s mentálním postižením. Tato krize může být také spojena s krizí identity, neboť právě v tomto období si jedinci se zdravotním postižením začínají uvědomovat svou jinakost, což bývá často bolestným zážitkem. O vystoupení z role „outsidera“ se jedinci s postižením často snaží nevhodnými způsoby, např. krádežemi či exhibicionistickým jednáním, které má za cíl zapůsobit na vrstevníky a posílit sebevědomí. Další zátěžovou situací v období puberty je u osob s mentálním postižením přijetí vlastního těla, v tomto kontextu zejména vlastního vzhledu. Všichni jedinci bez rozdílu věnují v tomto období svému tělu a vzhledu zvýšenou pozornost, a to právě z toho důvodu, že požadavky na vzhled jsou „vstupní branou“ do určité sociální skupiny. Je tedy zřejmé, že jakékoliv odchylky mají dalekosáhlé společenské důsledky a vliv na sebepojetí člověka s mentálním postižením, což může vyústit až v zablokování a fixaci na stigma postižení (Lištiak-Mandzáková, S. 2013).

Třetím stadiem dle V. Antonova (1993) je tzv. dospělá sexualita, která se váže k dozrávání mozkových struktur.

U osob s mentálním postižením je období adolescence obdobím, ve kterém i nadále probíhá hledání vlastní identity. Přeměna pubertální sexuality v dospělou sebou nese i další složité změny, a to zejména nutnost vzniku nových postojů a zájmů a získání nových vzorů chování (J. Spilková In Venglářová, M., Eisner, P. 2013).

Na závěr je nutno podotknout, že sexualita má své místo i ve stáří, a stejně jako v průběhu celého života se podílí na životní spokojenosti je v tomto věku přirozeným projevem i u osob s intelektovým postižením (Thorová, K. 2012) .

2.3 Funkce a důležitost sexuality

Sexualita má mnoho funkcí, které jsou pro uspokojivý, vyrovnaný život jedince velmi důležité a z tohoto důvodu je také přikládán velký význam jejímu správnému formování. J. Pondělíčková – Mašlová (1990) rozděluje a popisuje funkce sexuality takto:

- Funkce reprodukční: Jedná se o prazákladní funkci sexuality, která zajišťuje reprodukci druhu.
- Funkce slasti: Tato funkce sexuality je dnes také její hlavní funkcí a spočívá v tom, že při sexuálním dráždění a sexuálním uspokojování jsou prožívány pocity štěstí a slasti.
- Funkce oblažující: Tato funkce vyplývá z faktu, že sexualita je tvořena především partnerským vztahem a zpravidla se realizuje v rámci dlouhodobého milostného vztahu. Význam této funkce spočívá v touze oblažit partnera, umožnit mu prožívat pocity štěstí a tyto pocity s ním sdílet.
- Funkce komunikační: Pevný milostný a sexuální vztah vytváří a prohlubuje důvěru, porozumění a spolupráci s partnerem. Sexuální styk, který v tomto partnerském vztahu probíhá, je nejintimnější formou komunikace.
- Funkce redukování napětí: Sexuální aktivita a vzrušení s ní spojené tlumí psychické napětí, které může být často vyvoláno odlišnými vlivy, např. obavami, neúspěchem v zaměstnání apod.

S tímto členěním funkcí sexuality částečně koresponduje také dělení dle M. Venglářové a P. Eisnera (2013, s. 18):

- potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem,
- prožitek silného citu, sounáležitosti a opory,
- spokojenost, pocit potřeby pro jiné,
- sex, sexuální uspokojení,
- rodičovství, a tím i potřeba pokračování rodu.

M. Valenta a O. Müller (2009) rozlišují v intimní oblasti tři základní funkce sexuality, jejichž charakteristika není vzdálená charakteristice funkcí výše uvedeným. První funkcí je funkce *individuální* neboli *rekreační*, jejíž podstatou je fakt, že sexualita a pohlavnost přináší člověku radost, uvolnění a rozkoš, a to i v případě, že nemá partnera. Další funkcí je funkce *párová*, *komunikační* spočívající v tom, že pohlavní akt lze chápat jako velice důvěrný rozhovor mezi dvěma lidmi. Poslední funkcí je funkce

*druhov*á neboli *prokreační*, která poukazuje na fakt, že v důsledku sexuálních styků se lidem rodí děti.

S. Lištiak – Mandzáková (2013) rozlišuje tři jiné roviny, ve kterých sexualita na člověka působí. První rovinou je rovina biologická neboli *sexus*, která ovlivňuje pohlavnost jedince, jeho vztahy a pudy. Druhou rovinu nazývá jako duševní, *eros*, která se dotýká psychických projevů, tedy citů, představ či zamilovanosti. Třetí rovina je duchovní, jinak také *agapé*, kterou jsou ovlivňovány především mravní postoje, rozumové poznání a láska.

Sexualita jako taková je také jednou z potřeb lidí, stejně jako např. potřeba spánku, příjmu potravy či vylučování a stejně jako tyto potřeby má vliv na zdraví jedince. Sexuálními aktivitami je stimulován systém žláz s vnitřní sekrecí, srdečně cévní systém a její realizací je navozováno psychické uvolnění. Pravidelnost pohlavního styku také vede k podpoře vylučování hormonů, čímž je pozitivně ovlivněno právě zdraví, např. endorfíny, které jsou při sexu uvolňovány, vyvolávají stav spokojenosti. Známý jsou také pozitivní důsledky na imunitní systém člověka. Civilizovaný život s sebou v současnosti nese mnoho frustrací, které v napjatých situacích způsobují zvýšení krevního tlaku, svalového napětí a zrychlení srdeční činnosti, čímž je imunitní systém oslabován a mohou vznikat i závažnější onemocnění. Právě pohlavní styk vede k uvolnění, které nemalou měrou pomáhá imunitnímu systému k zotavení. Pravidelný aktivní sexuální život má pozitivní dopad také na mentální zdraví jedince, tedy především na úzkost, deprese či agresivitu (Vrublová, Y. 2005).

Pozitivním vlivem sexuálních aktivit na zdraví člověka se zabývá také Zvěřina, J.; Budínský, V. (2004). Sexuální vyžití tito autoři také chápou jako cestu k lepšímu tělesnému zdraví a ochranu před různými nemocemi. Sexuální aktivity jsou zde vnímány také jako druh přirozeného pohybu, kterého v současné době není dostatek, a tudíž právě sex může být zdrojem nezbytného tělesného pohybu.

D. Štěrbová (2007, s. 25 – 26) se k důležitosti sexuality vyjadřuje takto: *„Sexualita je spjata se sexuálním zdravím jako souhrnem tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytostí, 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 z nejintimnějších forem prožívání jedince, potřebou emočního naplnění v koexistenci s druhým člověkem. Spoluprobí proměnlivý a dynamický rozměr člověka. Je vytvářena interakcí mezi jednotlivcem a společenskými*

strukturami. Existuje tedy během životního cyklu, harmonizuje utváření identity a posilování mezilidských vazeb. Je počátkem nejhlubšího spojení mezi lidmi. Je základem pro blahobyt jednotlivců, dvojic, rodin a společnosti. Základem zdravé sexuality je sebeláska a sebeakceptace.“

2.4 Sexuální výchova

Jak již bylo uvedeno, sexualita je součástí života každého jedince a proto má také každý člověk právo být o této oblasti adekvátním způsobem informován (Svatoš, J. 2004).

Aktivity se sexuální výchovou spojené byly v počátcích závislé na činnosti jednotlivců, což se nezměnilo až do počátku druhé poloviny 20. století. Odborné publikace na témata spjatá se sexualitou, partnerstvím, rodičovstvím či manželstvím se začaly objevovat v 60. letech minulého století, ale největší průlom v sexuální výchově přišel až v 90. letech, a to především z důvodu nutnosti řešit stoupající počet mladých lidí nakažených virem HIV a také zvýšenou tendenci k patologickému chování u dospívajících (Vrublová, Y. 2005).

Obecné vymezení sexuální výchovy je různými autory pojímáno rozdílnými způsoby. J. Zvěřina (2003, s. 249) říká, že *„otevřená sexuální výchova je zdrojem zodpovědného a méně impulsivního přístupu mladých lidí k sexualitě.*“ Jejím cílem je vychovávat mladé lidi k pozitivním postojům a naučit je vyhýbat se rizikům, která jsou s touto oblastí spjata.

Dle R. Hajnové a S. Kleinové (2002, s. 11) by sexuální výchova měla být součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu a měla by mladé lidi vést k povědomí o tom, jak se svou sexualitou nakládat v různých životních etapách i situacích. Soustavná sexuální výchova by tedy měla *„zahrnovat nejen poskytování základních biologických informací, jako je sexuální anatomie, fyziologie, hygiena, antikoncepce atd., ale formovat osobnost dítěte, aby se názorově orientovalo a bylo motivováno usilovat o žádoucí životní styl.*“ V tomto smyslu je sexuální výchova rozdělena do tří kategorií:

- **Vztah** je první oblastí, kterou by se sexuální výchova měla zabývat a zahrnuje v sobě utváření citového vztahu dítěte k ostatním lidem. Jedná se o problematiku související již s raným věkem dítěte, neboť právě v tomto období dochází k vytváření pocitu bezpečí a jistoty. Tato oblast

je také charakteristická tím, že k tomuto druhu výchovy dochází vždy, často i bezděčně.

- Druhou kategorií je **vzor**, kterým jsou pro dítě často právě rodiče či jiné blízké osoby. V této oblasti dítě přejímá zcela přirozeně modely chování těch osob, které jsou pro ně zdrojem pocitu bezpečí a jistoty. Děti se učí nápodobou ženským či naopak mužským vzorům chování, komunikaci, způsobům manifestace sexuální přitažlivosti apod.
- Poslední oblastí je oblast **poučení**, která již není doménou rodiny, ale školy. I pro tuto kategorii je však stěžejní rodinné zázemí, protože pokud není adekvátní působení v sexuálním kontextu zahrnuto již v dětském věku, často i sebelepší poučení ve škole nemá význam.

S podílem vlivu na sexuální výchovu jak ze strany rodiny tak školy komentuje také M. Valenta a O. Müller (2009), kteří udávají, že pro realizaci sexuální výchovy je nejpřirozenějším prostředím právě dobře fungující rodina. Rodina jako taková je také jediným prostředím, ve kterém je možno dítěti zároveň poskytnout jak teoretické informace, tak praxi ve formě partnerského soužití, jehož je dítě svědkem. Ne vždy je ovšem možné, aby byla sexuální výchova realizována v rodinném prostředí, což dále řeší právě škola, která může na dítě působit a mimo vzdělávání také formovat postoje a ovlivňovat osobnost dítěte.

Sexuální výchova by měla směřovat u všech lidí, bez ohledu na případnou přítomnost postižení, k těmto hlavním úkolům:

- poskytnutí základních informací o lidském těle, jeho ochraně a zdraví, dále také o životním stylu, sexuálním chování lidí, mezilidských vztazích, partnerství, manželství, rodičovství, vlastní ochraně a umění jednat s jinými lidmi,
- působení směřující k vytvoření pozitivních racionálně a emocionálně koncipovaných postojů k základním lidským hodnotám a negativním hodnotám, k jevům jako je např. alkoholismus, drogy, promiskuita,
- působení směřující k vytvoření žádoucích návyků a dovedností, které jsou podstatné pro seberealizaci a pocity štěstí a k očekávanému sexuálnímu chování (Štěrbová, D. 2007, s. 40).

J. Svatoš (2004) dodává, že u mladých lidí s mentálním postižením sexuální výchova vede také ke zvýšení sebevědomí a zlepšení schopnosti orientovat se ve složitých sociálních vztazích. Spolu s adekvátní sexuální výchovou se u lidí

s mentálním postižením dále zlepšuje komunikace, což vyplývá z obohacení slovníku vlivem této výchovy. Pozitivní dopad soustavné sexuální výchovy probíhající od dětství lze vidět v možnosti postupem času řešit stále složitější témata, jako je plodnost či antikoncepce. Jednou z nejdůležitějších funkcí sexuální výchovy u osob s mentálním postižením je však poskytnutí informací vedoucích k prevenci negativních jevů, a to především sexuálního zneužívání, sociálně nepřijatelného chování a riziku onemocnění některou z pohlavně přenosných chorob.

Při sexuální výchově je také nutno vždy respektovat zvláštnosti vyplývající ze stupně mentálního postižení a tedy individuálně přizpůsobit sexuální výchovu každému z jedinců s mentálním postižením a jeho potřebám. Důvodem je hlavně fakt, že u každého stupně postižení se objevují specifické problémy. U jedinců s lehkým mentálním handicapem se často řeší problémy týkající se promiskuity, prostituce, nemocí či zneužívání a sexuální výchova by měla směřovat ke způsobům řešení těchto problematických oblastí, tedy k informacím o antikoncepci či existujících pohlavních chorobách. Zaměření by v tomto případě mělo také více směřovat k podpoře udržení vztahu. U osob se středně těžkým mentálním postižením je třeba zaměřit se na obdobná témata, ale je nutné poukázat také např. na vhodná místa, pomůcky a způsoby masturbace. Podávané informace by měly u těchto jedinců směřovat také k poukázání na důležitost hygieny a schopnost rozpoznání sexuálního zneužívání. U osob s těžkým mentálním postižením je třeba řešit sexualitu obecně, neboť často dochází k jejímu opomíjení z důvodu většího počtu dalších obtíží (Bazalová, B. 2004).

Sexuální výchovou s ohledem na stupeň postižení komentuje také M. Valenta a O. Müller (2009):

- V případě **lehkého mentálního postižení** by se sexuální výchova neměla svým obsahem lišit od obsahu sexuální výchovy u většinové společnosti. Nedostatečná informovanost se v tomto případě může projevit nedostatečnými hygienickými návyky, předčasným zahájením sexuálního života, neschopností vést domácnost, starat se o děti apod. Při sexuální výchově jedinců s lehkým mentálním postižením se jeví jako vhodné využívání hry a zážitku z ní (inscenace, hry s maňásky, panenkami atd.). Důležitá je také názornost, v jejímž rámci lze v sexuální výuce pracovat s různými vizuálními pomůckami (obrázky, schémata, fotografie, modely, filmy, ...). Své místo zde mají i metody dialogické a skupinové řešení problémů, přičemž by měl být kladen důraz na opakování.

- Osoby se **středně těžkým stupněm mentálního postižení** potřebují v rámci sexuální výchovy hlavně podporu a pomoc při nácviku sociálních dovedností. Jako jeden z podstatných aspektů v případě těchto osob se jeví schopnost říct „ne“. Informace by měly být předkládány strukturovaně v jednoduché a velice konkrétní podobě a pro zvýšení názornosti lze použít stejné pomůcky, jako při sexuální výchově osob s lehkým mentálním postižením.
- Sexuální výchova osob s **těžkým mentálním postižením** by měla být vedena převážně názornou formou, např. modelováním z hlíny či plastelíny (umísťování částí těla na správné místo apod.), pomocí realistických panen a modelů, kresbami v životní velikosti. Snaha při sexuální výchově těchto osob směřuje především k upevňování základních hygienických návyků a činností sebeobsluhy, které směřují k větší samostatnosti a tím ke zlepšení kvality života.

V rámci základního vzdělávání v ČR je sexuální výchova u jedinců s lehkým mentálním postižením vzdělávajícím se podle RVP ZV – LMP realizovaná hlavně prostřednictvím vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět na 1. stupni a Člověk a zdraví na 2. stupni. Tyto vzdělávací oblasti se však dále prolínají do vzdělávacích oblastí Člověk a společnost, Člověk a příroda a kontextová témata lze najít v průřezových tématech Osobnostní a sociální výchova a Mediální výchova.

U jedinců vzdělávajících se podle RVP ZŠS – I. díl je sexuální výchova obsažena ve vzdělávacích oblastech Člověk a jeho svět, Člověk a zdraví, které se dále tematicky prolínají do vzdělávacích oblastí Člověk a společnost, Člověk a příroda a průřezových témat Osobnostní a sociální výchova a Mediální výchova. RVP ZŠS – II. díl zařazuje sexuální výchovu do vzdělávacích oblastí Člověk a komunikace a Člověk a zdraví (MŠMT 2010).

Shrnutí:

Druhá kapitola, nesoucí název „Sexualita“, se ve své první části zabývá vymezením a popsáním základních pojmů, které jsou s touto problematikou spjaty. Dále je popsán psychosexuální vývoj, jeho průběh a charakteristické jevy pro jednotlivé životní etapy. Vymezeny jsou také funkce sexuality a její nutnost pro spokojený a plnohodnotný život všech lidí bez rozdílu. Závěrečná podkapitola se zaměřuje na sexuální výchovu, její nejdůležitější oblasti ve vztahu k osobám s mentálním postižením a také její zařazení v základním vzdělávání.

3 PROBLEMATICKÉ OBLATI SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

3.1 Způsoby vybití sexuální tenze u osob s mentálním postižením

Jak již bylo uvedeno výše, sexualita je součástí osobnostní výbavy každého jedince a jako taková musí být také vhodným způsobem ventilována. Osobám s mentálním postižením často chybí možnost či schopnost uspokojit sexuální puzeň, ať formou sexuálního styku či autoerotiky, čímž vzniká sexuální napětí. Tato neschopnost vypořádat se s nahromaděnou sexuální energií může vyústit až ve společensky nevhodné chování, které se může projevovat jako:

- nepřiměřené chování vyznačující se např. boucháním hlavy do stěny, kousáním rukou, přetrvávajícím smíchem nebo pláčem a pohybovými stereotypy,
- obsedantní chování,
- náhlé změny nálad, upadání do depresí, trucovitost nebo sexuální symbolické náhrady,
- další neurotické projevy jako tiky a grimasy, slintání nebo fetiše (Lištiak – Mandzáková, S. 2013).

L. Novosad (2009) vysvětluje tento problém tím, že člověk s mentálním postižením si zpravidla neví se svou sexualitou rady, nemá dostatek příležitostí ji uspokojit a pokud ano, často ani neví jakým způsobem.

Jednou z možných forem uvolnění sexuálního napětí, jak u jedinců s mentálním postižením tak bez něj, je masturbace, někdy také nazývána jako *ispance* či *onanie*. Brzek A. a kol. (1993, s. 36) definují masturbaci jako činnost „*při níž si člověk mechanickým drážděním erotogenních zón, nejčastěji pohlavních orgánů, navodí orgasmus (pocitové pohlavní vyvrcholení) u muže spojené s výronem semene*“.

K. Thorová (2012) chápe masturbaci jako zcela přirozenou součást sexuálního života, která může být jeho hlavním projevem či pouze stupněm před zahájením pohlavního styku.

U jedinců s mentálním postižením masturbace představuje nejčastější formu sexuálního uspokojení, se kterou ale může být spjato velké množství problémů. Jelikož možnost učit se běžnému sexuálnímu chování je u osob s mentálním postižením v porovnání s lidmi majoritní společnosti omezená, mohou se vyskytnout situace, kdy je

nutné lidem s postižením pomoci vhodnou intervencí. Potřebnou pomoc je nutno poskytnout ve chvílích, kdy pozorujeme tyto signály:

- osoba s postižením má obtíže v dosáhnutí orgasmu, po masturbaci je neklidná až agresivní,
- klient nedokáže rozpoznat vhodnou dobu a místo pro tuto intimní aktivitu a nezvládá s ní spojenou hygienu,
- při masturbaci dochází ke zraňování,
- či jiné signály vyplývající z vývojové úrovně a mentálního stavu (Venglářová, M.; Eisner, P. 2013).

Problematické oblasti masturbace osob s mentálním postižením komentuje také D. Štěrbová (2007), která dále uvádí, že tito jedinci často nevědí, jak masturbovat, což obvykle znamená, že masturbace je prováděna např. třením penisu nebo vaginy přes oblečení či vůči jiným lidem i objektům. Také frekvence masturbace je často až příliš vysoká či probíhá na veřejných místech. Právě v těchto případech je masturbace jedinců s postižením hodnocena jako deviantní chování, nikoliv jako způsob uvolnění sexuálního napětí a uspokojení přirozené fyziologické potřeby. Je tedy vhodné, aby se osoby s mentálním postižením učily vztahu k této aktivitě spolu s edukátorem. V rámci rozpravy o tomto tématu by se mělo s klienty hovořit hlavně o masturbaci a měly by být v konverzaci používány různorodé termíny. Jako doprovodný materiál lze použít fotografie, kreslení nebo video k sexuálnímu vzdělávání, ve kterém herci (modely, loutky) masturbaci předvádějí. Dobrá je také názorná ukázka masturbace na modelu vaginy či penisu. Jedince s mentálním postižením je také vhodné provést po místech, která jsou pro masturbaci vhodná či zavést modifikaci v podobě sexuální pomůcky např. v případě, kdy je k ní používán nevhodný objekt.

Pokud dojde k projevům sexuálního chování, které je společností chápáno jako nevhodné či sociálně nepřijatelné, např. obnažování či výše zmíněná masturbace na veřejnosti, je nutno zhodnotit, zda tento problém vyplývá z nedostatku soukromí či nedostatečné sexuální výchovy a osvěty (Lištiak – Mandzáková, S. 2013).

I přes všechny výše uvedené problematické aspekty masturbace osob s mentálním postižením je nutné si uvědomit, že právě ona dává těmto jedincům možnost se osobnostně rozvíjet, snížit míru frustrace, být vlídnější ke svému okolí a tedy i žít prožitkově hodnotnější život (Novosad, L. 2009).

Další formou uvolnění sexuálního napětí je pohlavní akt, jinak pojmenováván také jako kopulace, koitus či soulož. J. Zvěřina a V. Budínský (2004, s. 200) udávají, že „v nejobecnějším pojetí se tímto pojmem rozumí sexuální spojení muže a ženy, tedy kontakt pyje s ženskými pohlavními orgány.“ Tito autoři dále uvádějí, že ačkoli je pohlavní styk nejdiskutovanější způsob, jak dosáhnout intenzivních sexuálních prožitků a plnohodnotného uspokojení, neměli bychom jej absolutizovat a považovat jeho funkci v pohlavním životě za výlučnou a nezastupitelnou.

U osob s mentálním postižením se objevují v tomto směru překážky na úplném počátku, neboť na rozdíl od jejich vrstevníků nemajících mentální postižení je jim jen málokdy věnována eroticky zaměřená pozornost a také oni sami se neshledávají v tomto směru atraktivními. S tímto je spojen také fakt, že výsledky výzkumů v oblasti této problematiky dokazují, že genitální (pohlavní) sexuální aktivita má s rostoucím stupněm mentálního postižení klesající tendenci (Lištiak – Mandzáková, S. 2013).

U osob s lehkým mentálním postižením je navazování běžných sexuálních vztahů častější z několika důvodů. Tito jedinci procházejí psychosociální vývojem, který je velmi podobný vývoji u zdravé populace, a oproti lidem s těžšími stupni postižení se více pohybují ve skupině vrstevníků. Také vzhled lidí s lehkým mentálním postižením se v zásadě příliš neliší od vzhledu vrstevníků bez handicapu. V rozporu je zde ovšem mentální a biologická zralost, z čehož v případě párové sexuality vyplývá např. promiskuita či neporozumění zásadám vztahu dvou lidí. U lidí se středně těžkým mentálním postižením jsou již obtíže výraznější a obecně se tyto jedinci dělí, ve vztahu ke genitální (pohlavní) aktivitě, do dvou skupin:

- jedinci, kteří neprojevují snahu o sblížení – u těchto osob dochází k přetrvávání rané fáze sexuálního vývoje a sexuální napětí je uvolňováno především masturbací. Naším cílem by mělo být umožnit těmto osobám adekvátní sexuální uspokojení, ovšem pokud o tuto oblast zájem neprojevují, respektujeme to,
- jedinci, u kterých je snaha o sblížení patrná – v případě zájmu osob se středně těžkým mentálním postižením o sexuální aktivity se musíme první ujistit, zda tyto jedinci jsou schopni ovládat své chování a respektovat přání partnera či partnerky a ujistit se, že sexuální aktivita je bezpečná a nepůsobí negativně na okolí.

Osobám s těžkým mentálním postižením často chybí chápání spojitosti mezi sexuálním uspokojením a párovou sexualitou. K sexuálním kontaktům u těchto jedinců dochází jen

výjimečně, a pokud ano, je nutné především sledovat, zda je tento kontakt z obou stran žádoucí (Venglářová, M., Eisner, P. 2010; Štěrbová, D. 2007).

S párovou sexualitou souvisí také riziko sexuálně (pohlavně) přenosných chorob neboli STD z anglického *sexually transmitted diseases*, přičemž riziko jejich vzniku v současné době neustále stoupá (Zvěřina, J. 2003).

I. Kuklová (In Weis, P. 2010) rozděluje sexuálně přenosné choroby do dvou skupin:

- nemoci šířené téměř výhradně pohlavním stykem – do této skupiny se řadí čtvrtá a pátá pohlavní nemoc, syfilis, kapavka a měkký vřed. V ČR platí zákon, dle kterého je nutno přítomnost těchto chorob hlásit.
- Choroby šířené převážně pohlavním stykem – vznik těchto nemocí může být ovlivněn dalšími faktory, mj. častým střídáním sexuálních partnerů, prostitucí, pohlavním stykem bez použití prezervativu, vysoká četnost pohlavních styků atp. Do této kategorie lze zařadit např. chlamydiové infekce, mykotické a virové infekce (např. HIV) a další.

S. Lištiak – Mandzáková (2013) je toho názoru, že u osob s mentálním postižením je riziko nákazy některou z pohlavně přenosných nemocí zvýšeno především tím, že tito jedinci často nejsou schopni správně používat jedinou z bariérových antikoncepčních metod, kterou je kondom. Mezi další důvody zvýšené rizikovosti u této skupiny lidí lze zařadit také nízkou úroveň vědomostí o vzniku pohlavních chorob či fakt, že představují potenciální oběti sexuálního zneužívání. Autorka dále uvádí další z problematických oblastí, kterou je tlumení nahromaděné sexuální energie u osob s mentálním postižením prostřednictvím medikamentů. Medikamentózní léčba v tomto případě neumožňuje potřebné uvolnění sexuální energie a je v současnosti považována za neetickou.

Je tedy nutné si uvědomit, že jednotlivé projevy sexuálního chování, ať už se jedná o masturbaci, projevenou bi-, hetero- ,homosexualitu či koitální i nekoitální sex, jsou pro každého člověka velmi důležité a soudy o možné „normálnosti“ či „nenormálnosti“ zde nejsou na místě (Novosad, L. 2009).

3.2 Antikoncepce u osob s mentálním postižením

Antikoncepce, či jinak také kontracepce, zahrnuje všechna opatření sloužící zabránění oplodnění. Jejím hlavním úkolem je zamezit setkání (spojení) vajíčka a spermií vnikajících do těla ženy při pohlavním aktu. V dnešní době se lidé mohou rozhodovat mezi velkým množstvím antikoncepčních metod, jejich volba by však měla vycházet z dohody mezi oběma partnery (Machová, J.; Marádová, E.; Klementa, J. a kol. 1998).

J. Pondělíčková – Mašlová (1990, s. 109) charakterizuje antikoncepci jako *„metodu, která umožňuje pohlavní styk mezi dvěma plodnými jedinci různého pohlaví, aniž by došlo k otěhotnění. Má zajistit, aby se nenarodilo nechtěné dítě, a vzhledem k odstranění strachu z nežádoucího početí umožňuje i plné emoční prožití intimního styku. Antikoncepce má být spolehlivá a zdravotně nezávadná, nesmí tedy poškozovat zdraví žádného z obou partnerů. Po vysazení antikoncepčního prostředku se má plodnost opět obnovit a nemá nijak ovlivnit zdraví pozdějšího dítěte.*

Antikoncepce by také neměla rušit průběh pohlavního spojení a měla by být dostupná nejen technicky, ale také cenově. Dosud však nebyl nalezen prostředek, který by všechny výše uvedené požadavky splňoval. V případě volby mezi jednotlivými antikoncepčními metodami by partneři měli znát mechanismus účinků jednotlivých způsobů ochrany proti početí, jejich přednosti i nedostatky, a na základě těchto informací si zvolit nejvhodnější metodu vyhovující oběma partnerům (Brzek, A. a kol, 1993).

Y. Vrublová (2005) rozděluje antikoncepční metody do pěti skupin:

1. Metody přirozené antikoncepce: v případě těchto kontracepčních metod nedochází k používání žádných tablet ani ochranných prostředků. Patří zde **přerušovaná soulož** (*coitus interruptus*), která je ale považována za jednu z nejméně spolehlivých. Další přirozenou metodou je **využívání neplodných dnů** ženy. V tomto případě se jedná o zjištění doby ovulace a nutná je také znalost období plodnosti.

2. Bariérová (mechanická) antikoncepce: v této skupině je nejznámější formou užití **kondomu**. Tato forma ochrany před početím má však i další velmi významnou funkci, a to, že jako jediná dokáže zabránit onemocnění pohlavní chorobou.

R. Uzel (2004) považuje využití této metody u jedinců s mentálním postižením za obtížně přijatelnou.

S tímto názorem se ztotožňuje také K. Thorová (2012), která udává, že u této formy ochrany před početím dochází často k selhání i u lidí majoritní populace, natož u osob s mentálním postižením, kteří jsou nezřídka limitováni nedokonalou motorikou a exekutivními funkcemi.

Dle M. Valenty, M. a O. Müllera (2009) je při využívání prezervativu muži s mentálním postižením podstatné hlavně zvládnutí techniky jeho používání.

Další formou bariérové antikoncepce je tzv. **vaginální pesar**. Jedná se o elastický klobouček, který je zpravidla vyroben ze stejného materiálu jako kondom, tedy z latexu. Pesar si zavádí žena do pochvy a jeho obměnou může být cervikální klobouček, který si žena nasazuje přímo na děložní čípek. Časté je používání **nitroděložních tělísek**, která jsou mezinárodně označována jako IUD (*Intra – Uterine Device*). Nitroděložní tělíska jsou v současnosti považována za antikoncepci 21. století, a to zejména z toho důvodu, že se jedná o dlouhodobou formu antikoncepce, která se zavádí na pět až sedm let (Vrublová, Y. 2005; Machová, J., Marádová, E., Klementa, J. a kol. 1998).

Problematiku používání nitroděložních tělísek u žen s mentálním postižením komentuje M. Havlín (2004), který udává problematické aspekty této metody, mezi které patří riziko poranění dělohy při zavádění a extrakci a možnost výskytu zánětlivých či krvácivých komplikací.

3. Spermicidní látky: v tomto případě se jedná o aplikaci látek hubících spermií (spermicidů) do pochvy. Tyto látky způsobují znehybnění spermií a jsou používány ve formě gelů, pěn apod. (Vrublová, Y. 2005, Brzek, A. a kol, 1993)

4. Hormonální antikoncepce: Hormonální antikoncepce dnes patří k nejpoužívanější formě ochrany před otěhotněním. Za její hlavní výhodu je považován fakt, že tato technika nijak nesouvisí s pohlavním aktem a také jej nenarušuje. Hormonální antikoncepce může být podávána formou tablet, injekcí či se jedná o podkožní antikoncepční tyčinky (Zvěřina, J. 2003).

Hormonální antikoncepce ve formě **tablet** je jedna z kontracepčních metod, která je u žen s mentálním postižením využívána. Největším problémem při využívání tohoto způsobu zabránění těhotenství je nutnost pravidelného, každodenního užívání a také z tohoto důvodu je předepisována spíše ženám s lehčím stupněm mentálního postižení. Vliv užívání hormonální antikoncepce ve formě tablet může mít na ženy

s lehkým mentálním postižením také výrazně pozitivní vliv v tom smyslu, že u nich dochází k posílení zodpovědnosti a budování pocitu hrdosti nad tím, že svou mentální kapacitou mohou kontrolovat tak důležitý životní aspekt, jako je vlastní plodnost (Uzel, R. 2004).

K. Thorová (2012) také upozorňuje, že je třeba v tomto případě zvážit zdravotní kontraindikace, které jsou u žen s mentálním postižením čtenější než u žen intaktní společnosti.

Injekční antikoncepce je u nás známá ve formě preparátu Depo-provera, který bývá aplikován 4x do roka a z důvodu této dlouhodobosti bývá u dívek a žen s mentálním postižením často upřednostňován. I zde však mohou být patrné negativní příznaky, které je třeba uživatelkám před zahájením užívání přednést. Mezi tyto negativa patří např. občasné atypické krvácení, nepříznivý vliv na pleť a častější depresivní symptomatologie (Havlin, M. 2004, Uzel, R. 2004).

Další formou hormonální antikoncepce jsou **podkožní tyčinky**. Tyto tyčinky se umisťují pod kůži na vnitřní straně paže, cca 7 cm nad loketní jamkou. Pod kůži se vkládá vždy šest tyčinek, které hned po aplikaci začínají uvolňovat do krevního oběhu hormon odvozený od hormonu žlutého tělíska. V současnosti se používají tyčinky Norplant a také jejich vylepšená verze Capronol (jsou vstřebatelné a nemusí se odstraňovat) (Vrublová, Y. 2005).

5. Chirurgická antikoncepce: Tato metoda spočívá v přerušení vejcovodu, nebo jeho uzavření (Machová, J., Marádová, E., Klementa, J. a kol. 1998).

Jedná se o způsob ochrany před otěhotněním známý jako **sterilizace** a je možný jak u mužů (vasektomie), tak u žen (laparoskopicky provedené přerušení vaječníků) (Zvěřina, J. 2003).

Otázka sterilizace jedinců s mentálním postižením představuje nejen etický problém, ale také závažnou otázku lidských práv (Valenta, M., Müller, O. 2009).

K tomuto se vyjadřuje také S. Lištiak – Mandzáková (2013), která hlavní otázku shledává v tom, zda není sterilizace spíše ochranou společnosti před představou, že i člověk s mentálním handicapem je sexuální bytostí, než vlastní ochranou těchto lidí. Je také nutno si uvědomit, že i když sterilizace znamená definitivní ochranu před početím, nevyřeší se díky ní sexuální abnormality ani žádné jiné problémy dospívajících. Sterilizace tedy neřeší sexuální problémy a neměla by být chápána jako náhrada za adekvátní sexuální osvětu a výchovu.

Rodiče se rozhodují pro sterilizaci svého dítě s postižením nejčastěji z důvodu obav nechtěného těhotenství zapříčiněného selháním antikoncepce či otěhotněním v důsledku sexuálního zneužití. Důvodem bývá také fakt, že na rozdíl od jedinců s mentálním postižením, kteří se rozhodnou mít dítě, si jejich okolí uvědomuje důsledky tohoto rozhodnutí (nutnost zvládnutí péče o dítě apod.). Rozhodnutí o sterilizaci je velmi kontroverzním a problematickým tématem a nemělo by k němu docházet pouze se souhlasem opatrovníka, vhodné je v tomto případě rozhodnutí soudu. Stejně tak souhlas osoby s mentálním postižením k tomuto zákroku by měl být náležitě prošetřen, jelikož psychické manipulování těmito osobami je vzhledem k jejich postižení často poměrně jednoduché (Thorová, K. 2012).

M. Havlín (2004) uvádí základní požadavky, které by měly být při výběru antikoncepce zohledněny. Patří mezi ně především účinnost, bezpečnost, dostupnost a finanční přijatelnost. U osob s mentálním postižením je také při volbě některé z antikoncepčních metod třeba zohlednit míru a typ postižení, možná doprovodná záchvatovitá i jiná onemocnění a různost sociálního zázemí.

R. Uzel (2004, s. 17) vidí nutnost také v tom, že *„jakákoliv antikoncepce v těchto případech by měla být důsledkem dobrovolného rozhodnutí uživatelky s plným uplatněním základního lidského práva na plánované rodičovství tak, jak je postulováno příslušnými mezinárodními dokumenty.“*

3.3 Partnerství a rodičovství osob s mentálním postižením

Partnerské vztahy jsou důležitou součástí života všech osob. Jejich hlavní význam spočívá v uspokojování potřeby sounáležitosti a lásky a naplnění těchto životně důležitých potřeb je nezbytné nejen u lidí bez postižení, ale stejně tak u lidí s handicapem. Touha po navázání partnerského vztahu i potřeba milovat a být milován je také zřejmá u všech lidí bez rozdílu. Právě navázání partnerského vztahu má na kvalitu života jedinců s mentálním postižením pozitivní vliv. Tyto osoby jsou ve svém životě zralejší, vyrovnanější, lépe spolupracují a nezřídka je právě partnerský vztah potvrzením plnohodnotnosti a „normality“ (Valenta, M., Müller, O. 2009).

S. Lištiak – Mandzáková (2013) je toho názoru, že pro člověka s postižením může mít partnerství ještě větší význam, než pro člověka majoritní populace. Prostřednictvím partnerského vztahu dochází u těchto osob nejen k uspokojení

intimních potřeb, ale ještě ve větší míře jde o společenskou hodnotu tohoto vztahu a jeho symbolický význam.

M. Vágnerová (2004) rozlišuje tři základní role, které by člověk s postižením měl ve svém dospělém životě zvládnout. Mimo roli profesní a rodičovskou zde patří také role partnerská. V naplnění této role jsou lidé s postižením vystaveni především překážkám vyplývajícím z omezených možností kontaktů, tudíž mají tyto osoby menší šance najít si přátele či partnera. Tato sociální deprivace nezřídka vede také k přehnané fixaci na blízké osoby, např. osobního asistenta, personál nemocnice apod. Člověk s postižením od takového vztahu očekává mnohem více, než je běžné a tudíž pak necítí naplnění svých citových potřeb a také potřeb přátelství a lásky. Tato frustrace může být dále výsledkem hledání partnera, který je dosažitelný, aniž by došlo k výběru na základě jeho charakteristik a vlastností. Je tedy zřejmé, že jakékoliv postižení mění mezilidské vztahy. U lidí majoritní populace a jejich vztahu k osobám s postižením často převládají pocity lítosti, soucitu, viny či potřeby o tyto jedince pečovat, což činí tyto vztahy asymetrickými a snadno zranitelnými. V očích intaktní společnosti také často stojí na prvním místě postižení jedince a až na dalším místě vnímání těchto osob jako mužů či žen. Existují také případy, kdy se postižení manifestuje v takové míře, že navázání a udržení partnerského vztahu není realizovatelné a tito jedinci pak zůstávají závislí na svých rodičích či jiných blízkých osobách.

Při navazování kontaktů a vytváření vztahů hrají roli také vnější znaky osob s postižením, které mohou nezasvěceného člověka odradit. Jedná se např. o různé formy mimovolných pohybů, grimasování, obtíže ve verbálním projevu či celková špatná koordinace těla, které mohou být vlivem stresu při seznamování ještě výrazněji manifestovány. Rozdíly v úspěšnosti navázání partnerského vztahu vznikají také v závislosti na společenském prostředí, ve kterém jedinec s postižením žije a vyrůstá. Jedinci s postižením, kteří vyrůstají v citově stabilní rodině, kde má své místo jak pozitivní motivace, tak adekvátní sexuální výchova, mají mnohem vyšší předpoklad k pozdějšímu plnohodnotnému partnerskému životu. Oproti tomu lidé, kteří jsou celý svůj život závislí na ústavní péči, mají vyšší náchylnost k neúspěšnosti v partnerských vztazích (Novosad, L. 2009).

S vlivem společenského prostředí na možnost rozvíjení partnerských vztahů souhlasí J. Slowík (2009), který jako rozhodující vidí přístup nejbližšího okolí, který vysokou měrou ovlivňuje míru možností navazování nejen partnerských vztahů. Přitom právě rodina by měla být základem pro připravenost lidí s mentálním postižením na

partnerství. Rodiče by měli jít svým dětem příkladem a do výchovy zahrnout potřebnou komunikaci týkající se intimních otázek, měli být svým dětem také oporou a zdrojem pozitivní energie. Pokud dojde k navázání partnerského vztahu, je třeba začít řešit praktickou přípravu na partnerské soužití. V současné době mohou osoby s mentálním postižením navštěvovat zážitkové kurzy, ve kterých se učí např. zvládat partnerskou komunikaci, adekvátně řešit konflikty, nést za svůj vztah zodpovědnost a nutné je také zvládnutí dovedností spojených s každodenním životem v domácnosti.

Pravděpodobným vyústěním většiny partnerských vztahů bývá sňatek. Takto institucionalizovaný partnerský vztah definuje J. Zvěřina (2003, s. 111) jako „*pilíř rodiny coby základní stavební článek společnosti*.“

Pro osoby s mentálním postižením je podstatný především Zákon o rodině, v jehož prvním odstavci § 14 je uvedeno, že manželství „*nemůže uzavřít osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům*“, ve druhém odstavci § 14 je dále uvedeno, že *osoba, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, může uzavřít manželství s povolením soudu*.“ Pokud i v těchto případech dojde k uzavření manželství bez povolení soudu, upravuje tuto situaci čtvrtý a pátý odstavec: „*Uzavře-li manželství osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba, která trpí duševní poruchou, která by měla za následek zbavení způsobilosti k právním úkonům, vysloví soud neplatnost manželství i bez návrhu. Uzavře-li manželství osoba, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, nebo osoba stížená duševní poruchou, která by měla za následek zbavení způsobilosti k právním úkonům bez povolení soudu, vysloví soud neplatnost tohoto manželství na návrh kteréhokoli z manželů. Neplatnost manželství soud nevysloví, jestliže zdravotní stav manžela se stal slučitelný s účelem manželství*“ (Valenta, M., Müller, O. 2009).

Jak uvádí J. Zvěřina (2003) v manželství se partneři dostávají i do jiných, než jen sexuálních rolí a velmi významnou roli zde hraje založení rodiny, neboť právě těhotenství je nejvýznamnější konsekvencí heterosexuálního chování.

Plánované rodičovství je v dnešní společnosti chápáno jako jedno ze základních lidských práv a je samozřejmé, že ani osoby s mentálním postižením by neměly o toto právo přijít (Uzel, 2004).

Dle M. Vágnerové (2004) je rodičovství také jakousi alternativou uspokojení potřeby seberealizace, která se zdá být dostupnou i osobám s postižením. Lidé s postižením si často přejí mít dítě také z důvodu potvrzení normality a často oprávněný tlak okolí na jejich bezdětnost si tyto osoby mohou vysvětlovat jako další omezování

jejich osobní svobody. V tomto případě se jejich snaha prosadit své právo mít potomky stává jakýmsi bojem za svou plnoprávnost a možná rizika ustupují do pozadí.

Rodičovství tedy může být osobami s mentálním postižením považováno za žádoucí sociální roli, zvláště pak u těch, kteří dlouhodobě fungují v partnerském vztahu. Intaktní společnost by se tedy měla zbavit všech dosud přetrvávajících předsudků, v jejichž důsledku může docházet až k popření práv osob s mentálním postižením. Na druhé straně je ovšem nesmírně důležité rozhodnutí mít dítě dobře zvážit, neboť jinak může dojít k velké emoční újmě jak u budoucích rodičů, tak jejich dětí. V situaci, kdy rodič není schopen náležitě plnit svou úlohu, se objevuje riziko zanedbání péče o dítě, z kterého může vyplynout ublížení dítěti. Řešením sice je odebrání dítěte biologickým rodičům, ovšem tento krok vede k psychickému strádání dítěte i rodičů s mentálním postižením (Štěrbová, D. 2007).

Je tedy vždy důležité zvážit nejen potenciální možnost postižení dítěte, ale také to, zda se o něj rodiče dokáží adekvátně postarat. Při vyjádření touhy partnerů s mentálním postižením po dítěti je nutné nejdříve zjistit motivace, která je k tomuto přání vede (Valenta, M., Müller, O. 2009).

3.4 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením

Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením patří mezi jedno z největších rizik a problémů, které se sexuality a jejího vyjádření osobami s mentálním postižením týkají. Alarmující je také fakt, že ač *Deklarace práv mentálně retardovaných* z roku 1971 uvádí, že osoba s mentálním postižením má stejná práva jako ostatní občané, tedy mj. právo na ochranu proti využívání a zneužívání, tak k tomuto jevu dochází velmi často (Valenta, M. Müller, O. 2009).

Skutečnost, že riziko sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením není zdaleka zanedbatelným problémem, komentují také S. Lištiak – Mandzaková (2013) či K. Thorová (2012), které zmiňují některé výzkumy uvádějící, že k němu dochází až u poloviny těchto osob. Objevují se však také zjištění vyplývající z jiných výzkumů, která udávají, že se sexuálním zneužíváním se v určitém bodě svého života setká až 90% osob s mentálním postižením, přičemž riziko sexuálního zneužití je až 2,2krát vyšší než u jedinců majoritní společnosti. Také bylo zjištěno, že sexuální zneužívání je nejčastější u

žen s lehkou a hraniční mentální retardací a s postupem prohlubujícího se mentálního handicapu toto riziko klesá.

D. Štěrbová (2007) aktuálnost tohoto jevu vysvětluje také souvislostí s nárůstem různých druhů a forem násilí v současnosti, které má fyzický, psychický či sociální charakter.

Vymezení sexuálního zneužívání je u různých autorů rozdílné. Např. M. Vágnerová (2004) udává, že se jedná o projev zneužití moci dospělé osoby nad osobou slabší a závislou, tedy ve většině případů nad dítětem. Pohlavní zneužití je dle autorky vymezeno jako využití vybraného jedince k aktivitám, které tento jedinec není schopen pochopit, s cílem vlastního sexuálního uspokojení. Jedná se o chování, které je protiprávní a při kterém také dochází k porušení obecně platných norem.

Takto vymezený pojem „sexuální zneužívání“ komentuje také P. Pöthe (1999, s. 52), který jej doplňuje o charakteristiky, které by měli být součástí každé definice tohoto problému. Společným jmenovatelem definic je dle autora *„zneužití moci pachatelem, zrazení dětské důvěry, neschopnost dítěte dát souhlas k takovému jednání, manipulace s dětskou psychikou či fyzické donucení k jednání, aktivity zahrnující veškeré formy sexuálního uspokojení prostřednictvím dětské oběti.*

S. Lištiak – Mandzáková (2013) ovšem upozorňuje, že je třeba odlišit pojem sexuální zneužívání a zneužívání dítěte, protože sexuálně zneužita může být i dospělá osoba, která byla zbavena svéprávnosti. Se sexuálním násilím se často váže také násilí fyzické a v tomto případě se jedná o znásilnění s doprovodným psychickým traumatem.

Sexuální zneužívání se dělí:

- **Sexuální zneužívání bez fyzického kontaktu**, při kterém dochází k prezentaci různých materiálů se sexuální tematikou, k verbálním sdělením majícím sexuální obsah či k exhibování těla pachatele.
- **Sexuální zneužívání s fyzickým kontaktem**, které v sobě již zahrnuje vaginální či anální soulož, aktivní i pasivní orální a genitální aktivity a další způsoby manipulace s různými částmi těla oběti.
- **Vyžádání autoerotických aktivit**, při kterém pachatel nutí oběť k odhalení, svléknutí, vykonání potřeby či masturbaci.

Oběti jsou ke všem těmto aktivitám donucovány pomocí různých prostředků, např. zneužíváním moci, vydíráním, využíváním naivity či mentálního handicapu oběti. Objevit se mohou také výhrůžky, užití fyzické síly či psychické manipulace (Thorová, K. 2012).

Druhy a formy sexuálního zneužívání popisuje také D. Štěrbová (2007, s. 82 – 83)

- **Exhibicionismus** – bezkontaktní forma, při které dochází k ukazování genitálií okolí, zejména dítěti.
- **Harassment** – chování se sexuálním podtextem, které je vyznačováno např. slovními výpady, poplácáváním, tisknutím k sobě apod.
- **Obtěžování** – dotyková forma, při které je oběť osahávána a líbána, časté je spojení s vulgárními slovy či gesty.
- **Sexuální útok** – chování, které se vyznačuje užitím síly ze strany agresora a následnou obrannou reakcí oběti. Zahrnuje v sobě dotýkání, mazlení, poškozování prostřednictvím vnikání do intimních oblastí, které se děje prostřednictvím prstů, předmětů atd.
- **Znásilnění** – vnucené vniknutí do vagíny či konečníku dítěte (klienta) penisem.
- **Incest** – sexuální zneužívání, které se děje v rodinném kruhu.
- **Pedofilní obtěžování** – obtěžování prepubertálního dítěte dospělým.
- **Sexuální turistika**
- **Sexuální útok s následkem smrti**
- **Skupinové zneužívání**

Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením má spolu s integrací těchto jedinců do společnosti stoupající tendenci. Lidé s mentálním postižením se oběťmi sexuálního zneužívání stávají častěji, a to z celé řady důvodů, které vyplývají ze specifík jejich chování a prožívání. Jedná se zejména o větší důvěřivost, omezené sociální zkušenosti a neschopnost odhalit blížící se nebezpečí. Pachatelé také často využívají dezorientace těchto osob v neznámém prostředí, jejich strachu z ještě většího osamocení či zostuzení (Venglářová, M., Eisner, P. 2013).

Další rizikové faktory udává S. Lištiak-Mandzaková (2013), podle které se osoby s mentálním postižením stávají oběťmi sexuálního násilí častěji také proto, že mají chabý úsudek a slabou schopnost odhadnout důsledky svého jednání. Dalším důvodem pachatelů ke zneužívání těchto osob je často také fakt, že u jedinců s mentálním postižením je menší pravděpodobnost, že tuto událost oznámí, a zároveň také menší šance, že jim někdo uvěří.

Nezřídka nebezpečí sexuálního zneužití osoby s mentálním postižením vychází od osoby, která byla jedinci blízká a na jejíž asistenci byl závislý, tedy od rodinných

příslušníků (strýc, přítel matky) či známých a vzdáleněji příbuzných (Novosad, L., 2002).

S tímto názorem se ztotožňují i další autoři, např. P. Pöthe, I. Matznerová, M. Velemínský (2002) tvrdí, že z okruhu vlastní rodiny osoby s mentálním postižením pochází až dvě třetiny pachatelů sexuálního zneužívání. Skutečnost, že je osoba s mentálním postižením sexuálně zneužívána, může být často obtížné odhalit. Tito autoři také popisují varovné signály, které nám mohou pomoci tento jev zachytit:

- Klienti či děti se mohou až úzkostně vyhýbat specifickým situacím, např. koupání, vykonávání potřeby či intimní hygieně.
- Může se objevit výrazná obava a snaha o vyhýbání se konkrétním osobám.
- Zjevná ztráta nálady a ochoty ke spolupráci spolu se záchvaty pláče či hněvu.
- Zvýšení potřeby masturbačních aktivit, kresba se sexuální tematikou.
- Opakované provádění činností se sexuálním podtextem – svlékání, napodobování sexuálního kontaktu spolu se zvukovým doprovodem atd.
- Degradace na chování nižší věkové úrovně – častější pláč, pomočování atd.
- Problematické usínání, noční můry.
- Pokusy o sebepoškození zejména v intimních partiích, které mohou vyústit v pokus o sebevraždu.

M. Valenta a O Müller (2009) mezi varovné signály řadí také nezvyklý zájem o genitálie jiných lidí, zjištění vaginálního výtoku či pohlavní choroby, nezvyklou změnu chování a případné modřiny na těle jedince.

Pokud dojde ke vzniku incidentu, je nutné především zabránit pokračování sexuálního zneužívání a obětem poskytnout potřebnou pomoc a podporu. Při řešení této problematické situace je nutný ohleduplný přístup k postiženému, čemuž napomáhá především řešení prostřednictvím osoby blízké oběti, která dokáže navodit pocit bezpečí. Pokud nedojde k zastavení sexuálního zneužívání, může dojít i k hlubším psychickým změnám. U jedinců s mentálním postižením je tento fakt komplikován dalšími psychiatrickými obtížemi, které znesnadňují odhalení symptomů sexuálního zneužívání (Venglářová, M.; Eisner, P., 2013).

Hlavním cílem je zejména zabránit vzniku těchto incidentů a je tedy nutno vytvářet strategie a postupy, které budou užitečné pro vytváření programů prevence, neboť právě ta je nejlepší ochranou před sexuálním zneužíváním. U osob s mentálním postižením je podstatné začít se sexuální osvětou již v dětském věku, aby došlo

k vytvoření základu pro přijímání dalších informací v průběhu dospívání a časné dospělosti (Štěrbová, D., 2007).

Shrnutí:

Třetí kapitola s názvem „Problematické oblasti sexuality osob s mentálním postižením“ pojednává o aspektech sexuálního života osob s mentálním postižením, které jsou v současnosti velmi diskutované a v jejichž rámci nacházíme největší spektrum názorů. Jsou zde popsány možnosti vybití sexuální tenze, které jsou u jedinců s mentálním postižením reálné. Uvedeny jsou také možné formy antikoncepce spolu s jejich riziky i přednostmi. Kapitola se dále zabývá potřebností partnerských vztahů osob s mentálním postižením a problematikou jejich rodičovství. V závěru je řešeno sexuální zneužívání lidí s mentálním postižením, jeho důsledky i možnosti zjištění.

4 PŘÍSTUPY A POSTOJE K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

4.1 Legislativní vymezení práv osob s mentálním postižením

Důležitost lidské sexuality a jejího formování jakožto životní energie či komunikačního média je stejná pro všechny lidi bez rozdílu, a tak jsou i základní práva na sexualitu a sexuální vztahy vymezena také pro osoby s mentálním postižením. I když se může zdát, že právě dva základní pojmy této problematiky, tedy **právo** a **sex**, se vzájemně vylučují, zůstává faktem, že právní normy v tomto případě vždy vymezovaly pravidla, kterými je třeba se řídit a jejichž porušení bude odpovídajícím způsobem sankcionováno. Práva osob také musí být společností respektována, bez ohledu na to, kdo ji zastupuje, tedy v našem případě bez ohledu na mentální postižení, a právě znalost těchto práv je nezbytným předpokladem pro akceptování sexuality lidí s mentálním postižením. Trestněprávní normy směřují v současnosti především k ochraně nejvyšší lidské hodnoty, kterou je svoboda, v jejímž rámci se myslí především ochrana před možným násilím či respektování práva na soukromí a rozhodování o svém vlastním intimním životě. I v případě těchto práv je však vyslovena podmínka, která říká, že toto jednání nesmí přinášet škodu jiným lidem a nesmí znamenat ohrožení zájmů společnosti (Lištiak – Mandzáková, S. 2013).

D. Štěrbová (2007, s. 51) uvádí, že v České republice se zatím příliš nedaří prosazovat práva lidí s mentálním postižením, která se týkají prožívání jejich sexuality. Problematické je také prosazování práva na osvětu a systematickou výchovu v této oblasti, přičemž se tyto nedostatky v respektování práv osob s mentálním postižením netýkají jen laické veřejnosti, ale i veřejnosti odborné. Největší obtížnost lze vidět ve faktu, že „*lidé s mentální retardací jsou v trojím obklíčení: jsou lidmi, kteří potřebují nejvíc základního plánovaného vzdělávání v oblasti sexuality a kteří ho obdrží nejméně a kteří jsou trestáni společností za to, co ostatní vědí.*“

M. Mitröchner (2004) problematiku sexuality osob s mentálním postižením ve vztahu k právu zkoumá ze dvou hledisek:

- Jako první hledisko lze chápat ochranu osob s mentálním postižením, především pak dětí a nezletilých, před nejružnějšími formami sexuálního zneužívání. Tuto trestněprávní ochranu jedinců s mentálním postižením řeší trestní zákon, sexuálně motivované trestné činy především VIII. hlava trestního zákona, která

je dělí na další dva oddíly – trestné činy proti svobodě člověka a trestné činy proti důstojnosti člověka. Mezi trestné činy, se kterými se v rámci této problematiky můžeme setkat, patří **znásilnění** (§ 241 trestního zákona), **omezování osobní svody** (§ 231), **zbavení osobní svobody** (§ 232), především sexuální motivované **vydírání** (§ 235), **útisk** (§ 237), **pohlavní zneužívání** (§ 242, § 243) a jako poslední lze zmínit **soulož mezi příbuznými** (§ 245).

- Druhé hledisko v sobě zahrnuje právo osob s mentálním postižením na sexuální život, který, jak již bylo uvedeno, je součástí života všech lidí, bez ohledu na somatické či mentální zdraví. Tabuizování, odsuzování či znemožňování sexuality lidí s mentálním postižením je jednoznačně protiprávním jednáním, neboť žádného člověka nelze omezovat v sexuálním chování a sexuálních projevech, pokud toto chování není nebezpečné a nemá povahu trestného činu. Vyskytují se i případy, kdy dochází k trestání lidí s mentálním postižením za projevy jejich sexuality, což je nejen nehorázné, ale je to i v přímém rozporu se základními lidskými právy. Je tedy třeba respektovat základní pravidlo párové sexuality, které říká, že je dovoleno vše, co je oběma příjemné a pro oba akceptovatelné, což platí i pro osoby s mentálním postižením.

Důležitým dokumentem zastřešujícím právní problematiku sexuality lidí s mentálním postižením je **Protokol o sexualitě a vztazích** (dokument pro rozvoj vztahů, lásky a přátelství a ochraně před sexuálním zneužitím), který zatím u nás nemá legislativní zastoupení. Při tvorbě Protokolu o sexualitě a vztazích a jeho filozofii bylo využito dokumentů zakotvených v legislativě České republiky, mezi které patří:

- **Standardy kvality sociálních služeb** vydaných MPSV v roce 2002. Při jejich tvorbě byly využity zkušenosti z Velké Británie a jsou orientovány především na uživatele (klienta) a na zachování jeho důstojnosti a práv.
- **Deklarace práv mentálně postižených osob** (Valné shromáždění OSN, 20. Prosinec 1971), která má za cíl zabezpečit ochranu práv osob s mentálním postižením. Jedná se o právo mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti; právo na zdravotní péči, vhodnou fyzikální terapii, výchovu, readaptaci a vedení, které umožňují těmto lidem maximálně rozvinout jejich možnosti a schopnosti; právo na ekonomické zabezpečení a adekvátní životní úroveň, což je spojeno s právem pracovat či se zabývat jinou užitečnou činností; právo na život v kruhu vlastní rodiny či rodiny opatrovníka a účast na

společenském životě; právo na kvalifikovaného opatrovníka; právo na ochranu před jakýmkoliv ponižujícím zacházením a v případě vlastního trestního stíhání právo na zákonný proces; v případě částečného či úplného omezení práv v důsledku hloubky mentálního postižení právo na postup chránící postiženého proti jakékoli formě zneužití.

- **Deklarace sexuálních práv** (Valencie, 1997), jejímž cílem je vytváření takových podmínek ve společnosti, které by uspokojovaly potřeby každého jednotlivce a respektovaly sexuální práva.
- **Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF** (1995)
- **Všeobecná deklarace lidských práv** (Charta OSN, 10. 12. 1948)
- **Evropská sociální charta** (Rada Evropy, 1961)
- **Deklarace práv zdravotně postižených osob** (Valné shromáždění OSN, 1975)
- **Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** (Valné shromáždění OSN, 1993)
- **Helsinská deklarace rovnosti o službách pro lidi s mentálním postižením** (1996)
(Štěrbová, D. 2007)

Samotný Protokol o sexualitě a vztazích je často užíván v rámci sociálních služeb a jeho podstatou je zlepšení orientace a znalosti podmínek v oblasti norem sexuality a je směřován k rodičům, zákonným zástupcům či opatrovníkům (Šulová, L., Fait, T., Weiss, P., 2011).

Na závěr je tedy nutno říct, že každému je nutno zachovat právo rozhodovat se o svém sexuálním i reprodukčním životě a zároveň jednat tak, aby nedocházelo k ohrožování práv ostatních lidí. Povinností společností je zabezpečit tyto práva a důstojný život i osobám s mentálním postižením a zároveň dětem zajistit zdravý vývoj (Hloušek, J. 2009).

4.2 Historický vývoj náhledů na sexualitu osob s mentálním postižením

Sexualitu lze chápat jako fenomén starý jako lidstvo samo. Je sice velmi těžké říci, jakým způsobem spolu žili muži a ženy např. 40 000 let před n.l., ovšem s postupem času a vývojem člověka a kultury lze najít množství zachovaných „důkazů“,

kteřé nám postoje k sexualitě v dané době přibližují. V průřezu historie existovaly např. fáze náhodného výběru, přirozené sexuality či tabuizování tohoto aspektu lidského života, přičemž určitou roli vždy hrálo náboženství a zeměpisné pásmo. Určitý náhled na tuto problematiku lze také najít v odborných i populárních literárních dílech, uměleckých dílech malířů a sochařů (Vrublová, Y, 2005).

Historií sexuality se ve své publikaci zabývá také K. Thorová a H. Jůn (2012). Tito autoři řeší problematiku historie dětské sexuality a udávají, že děti začaly být za projevy spjaté se sexualitou trestány ve druhé polovině 18. století a toto tvrdě puritánské období trvalo až do začátku 20. století, kdy se názory začaly postupně uvolňovat. Je však nutno říci, že některé nesmyslné postoje (např. k masturbaci či právě projevům dětské sexuality) přetrvávají dodnes. K těmto postojům často přispívaly lékařské publikace pojednávající o škodlivosti masturbace, která v nich byla popisována jako činnost, která vede k celkovému oslabení fyzických sil, problémům s pamětí či s rozumovými schopnostmi. Někteří lékaři také byli toho názoru, že masturbace rozostřuje vidění, způsobuje neurologické poruchy, revmatismus a bolesti hlavy, přičemž tyto názory byly pojmány jako pravdivé po celých 150 let. Až s psychosexuální periodizací Sigmunda Freuda, která poukázala na normalitu projevů dětské sexuality, začaly trestající tendence v tomto směru slábnout. Podstatným počínem v historickém pohledu na sexualitu byl také experiment, při kterém došlo k přesunu sexuality do laboratorních podmínek a k prozkoumání sexuálního aktu jako fyziologického a anatomického procesu, jehož výsledkem bylo položení základu léčby sexuálních dysfunkcí. Historie sexuality v Evropě je pak spjata se třemi „sexuálními revolucemi“:

- První revoluce je datována do prvního tisíciletí našeho letopočtu a je spjata především s šířením křesťanství. V tomto období byla opět tabuizována homosexualita a započala se tzv. éra monogamie párové rodiny. Názory v této éře byly velmi extrémní a sex se stal činností respektovanou pouze v rámci manželství.
- Druhá sexuální revoluce proběhla ve druhé polovině 16. století a přinesla s sebou tzv. hédonismus, tedy touhu po tělesné rozkoši a smyslových prožitcích.
- Třetí revoluce spojená se sexualitou spadá do 60. a 70. let 20. století a její význam tkví v objevení antikoncepce a tedy v rovnoprávnějším postavení žen jak v běžném, tak v sexuálním životě. Pohlavní styk se tímto přestal vázat pouze na těhotenství, či jak tomu bylo dříve, na manželství.

M. Venglářová a P. Eisner (2013) se této problematice také dotýkají, zejména ve smyslu náhledů na monogamní svazky, které dle těchto autorů lze najít již u starých evropských civilizací. Manželství tak jak je známe dnes vzniklo roku 1563, a jak již bylo uvedeno výše, vycházelo převážně z křesťanské víry a znamenalo praxi jedné manželky. Tato tradice, ustanovená na tridentském koncilu, se však ujímalo několik desetiletí. Tento tlak na sexuální střídmost však často nevedl ke kýženému cíli, neboť díky tomuto se jednalo spíše o sociálně-ekonomický nástroj potlačující lásku mezi dvěma lidmi.

K názoru, že v rámci sexuality hraje podstatnou roli právě také láska, se přiklání Y. Vrublová (2005), která říká, že lásku mezi mužem a ženou je možné nazývat láskou pohlavní, protože k tělesnému sblížení mezi dvěma lidmi vede téměř vždy. Dle této autorky se formy lásky také během historie měnily, stejné však zůstaly city, které je každý jedinec schopen ovládnout jen velmi těžce. Láska byla jiná během pravěku, starověku, středověku a je jiná i v současném novověku, avšak stále patří mezi základní životní potřeby každého člověka a je tedy nutné mít stále na mysli nejen sex, ale také lásku.

Sexualita osob s mentálním postižením byla a dosud je opředena nepříznivými postoji, jejichž kořeny lze spatřovat v napětí mezi stigmatem a normou. Sociální stigma často znamená určitý rozpor mezi individuální variabilitou a všeobecným názorem, který se dotýká zejména toho, jak má člověk vypadat, pohybovat se, realizovat a uspokojovat své potřeby atd., z čehož dále vyplývá právě fakt, že pokud se společnost setká se spojením pojmů „sexualita“ a „postižení“, často jsou výsledkem pocitu hanby, nejistoty a strachu a sexuální život této skupiny lidí je nazírán jako nežádoucí, odporný až úchylný. V poslední době však celková normalizace a liberalizační procesy směřují ke změně v této situaci a osobám s mentálním postižením se začínají postupně přiznávat stejná práva jako lidem bez handicapu a touha po partnerství je dnes již, alespoň v odborných kruzích, nazírána jakou součástí individuálního rozvoje i osobnosti s postižením (Lištiak – Mandzáková, S. 2013).

4.3 Přístupy a postoje k sexualitě osob s mentálním postižením v ČR

Společnost v posledních letech v mnoha směrech mění své postoje k sexualitě lidí s mentálním postižením, které jsou výsledkem emočních, sociálních a rozumových

vlivů, avšak i přes tyto změny jsou lidé s mentálním postižením stále zatíženi předsudky, mylnými představami a osobními bariérami, které musí překonávat (Valenta, M., Müller, O. 2009).

S tímto názorem koresponduje také názor S. Lištiak – Mandzákové (2013), která říká, že ač se předpokládá, že lidé s mentálním postižením získají ve společnosti právoplatné místo rovnající se životu jedinců bez handicapu, směrem k sexualitě a zdravotnímu postižení se společenské postoje mění pomaleji a v menší míře. Problémem je také fakt, že mylné představy a předsudky týkající se sexuality jsou ve společnosti přítomny každodenně, což ještě více komplikuje právě situaci sexuality lidí s mentálním postižením.

V literatuře je dnes již popsána celá řada mýtů, kterými je problematika sexuality jedinců s mentálním handicapem opředená. Existuje např. předsudek, že **lidé s mentálním postižením jsou asexuální** a jako takoví by měli být před sexualitou chráněni, přičemž tato ochrana většinou končí právě zákazem sexuálního života a tedy i odepřením práva na intimitu. V rámci tohoto předsudku se vyskytuje otázka, zda se nejedná spíše o ochranu společnosti před faktem, že lidé s mentálním postižením jsou také sexuálními bytostmi, než o ochranu těchto lidí samotných (Marková, D. 2009).

Další předsudky uvádí Valenta, M. a Müller, O. (2009):

- **Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud:** Tento předsudek je odrazem postoje společnosti, která vnímá osoby s mentálním postižením jako hypersexuální, uspokojující své pudy kdekoliv a kdykoliv. Často docházelo k farmakologickým zásahům ve snaze tento zvýšený sexuální pud řešit a neznámé nejsou ani diskuse o zákrocích do mozku řešících sexuální puzení.
- **Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací:** Tento velmi radikální předsudek je postaven na názoru společnosti, že pokud jedinci s mentálním postižením nabídneme dostatek aktivit a fyzického vybití, eliminujeme tím jeho myšlenky na sexuální potřeby. Ve vztahu k tomuto předsudku je však nutno, aby si společnost uvědomila, že nelze sexualitu zobecnit pouze na její pudovou stránku, ale v potaz se musí brát také potřeba přítomnosti blízké osoby a věci s tímto spojené.
- **Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví:** V případě tohoto předsudku je podstatné, aby si společnost uvědomila fakt, že lidé zůstávají sexuálními bytostmi i v případech, kdy žijí v nekoedukovaném prostředí.

- **Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem:** Tento předsudek je přímo spojen s odmítnutím, ať už rodičů či jiných osob, faktu, že i mladý člověk prochází obdobím dospívání, v průběhu kterého se u něj začínají objevovat city a sexuální potřeby.
- **Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy:** Není správné přisuzovat sexuální výchově roli jakéhosi „spouštěče“ sexuální touhy, ta se zpravidla probudí i bez ní a právě díky ní lze sexualitu jedince s mentálním postižením v určité míře kultivovat.
- **Osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality:** Odchytky v sexuální oblasti u těchto jedinců nebývají primárně způsobeny mentálním postižením. Je nutno si uvědomit, že spíše nese vinu nepřirozenost prostředí, nedostatečná informovanost či traumatizující zkušenosti.
- **Součástí intimního vztahu musí být i pohlavní styk**

Jiné příklady předsudků ukazujících na způsob, jak společnost vnímá sexualitu jedinců s mentálním postižením, uvádí M. Venglářová a P. Eisner (2013). Jedním z těch, které ještě nebyly uvedeny výše, je mýtus říkající, že **většina lidí s mentálním postižením je sexuálně deviantní**. Pro většinu těchto předsudků je společným jmenovatelem neinformovanost či strach, a je tomu tak i v tomto případě. Mezi jedinci s mentálním postižením lze najít stejné procento deviantních, jako je tomu u lidí bez handicapu. Dalším, zde uvedeným mýtem, je ten, který říká, že **lidé s mentálním postižením nejsou schopni mít vztah**, přičemž stejné tvrzení lze použít i na osoby intaktní společnosti. V současnosti se můžeme setkat také s postojem říkajícím, že **lidé s postižením nesmějí mít sex ani děti**, a to i přesto, že neexistuje žádný zákon ani nařízení, které by lidem s mentálním postižením tato práva odmítalo. Šířitelé tohoto postoje argumentují převážně případným nechráněným sexem a následným početím dalšího postiženého jedince.

Všechny výše uvedené předpoklady o sexualitě osob s mentálním postižením ve velmi vysoké míře ovlivňují kvalitu jejich života a také možnosti jejich začlenění do majoritní společnosti. Ať už se zaměříme na kterýkoliv z uvedených předsudků, zjistíme, že jeho důsledkem je vždy negativní přístup k sexualitě těchto osob, např. pokud jsou tito jedinci viděni jako nestárnoucí děti či asexuální bytosti, je jejich sexuální chování odmítáno a redukováno nebo pokud jsou nazírány jako osoby sexuálně impulzivní, je jejich chování společností dále hodnoceno jako nekontrolovatelné atd.

Úkolem společnosti by tedy mělo být poskytnutí odborné a kvalitní podpory lidem s mentálním handicapem a z ní vyplývající svobodné prožívání sexuálního života s minimem rizik. Základem pro vytvoření takovéto podpory je právě pozitivní přístup k sexualitě osob s mentálním postižením (Lištiak – Mandzáková. S, 2013).

4.4 Přístupy a postoje k sexualitě osob s mentálním postižením v některých evropských zemích

Situace v Dánsku

Situace v Dánsku byla v největší míře ovlivněna N. E. Bank Mikkelsenem, vůdčí osobností Celonárodního výboru pro sociální blaho, který na změnu situace apeloval. Situace v této zemi se ještě v 70. letech příliš nelišila od situace v ostatních evropských zemích, kde společným znakem bylo oddělování jedinců odlišného pohlaví, nedostatečná možnost soukromí a tím pádem také znemožnění intimního života lidí s mentálním postižením. N. E. Bank Mikkelsen provedl sociální reformu, která situaci významně změnila a kterou podtrhuje šest příkázání. Tato „Bankova“ příkázání jsou směřována především k zaměstnancům ústavů:

- povinnost zařizovat bydlení v bytech a ústavech tak, aby byl klientům umožněn sexuální život,
- povinnost poskytovat rodinné poradenství a pomoc při sňatku,
- povinnost poskytovat více a kvalitněji sexuální poradenství, než je nutno poskytovat lidem bez postižení,
- povinnost poskytovat sexuální vzdělávání o ochranných pomůckách stejně jako o antikoncepci a doporučovat sterilizaci, je-li indikována,
- povinnost poskytovat vzdělávání v oblasti sexuálních praktik,
- povinnost ovlivňovat veřejné mínění v oblasti lidských práv postižených.

(Vojtová, V. In Pipeková, J., Vítková, M. 1996, s. 107)

Ovšem i po vydání těchto příkázání se neustále objevovaly problémy spjaté se sexualitou osob s mentálním postižením a jejím řešením. Další obrat přišel až s pořádáním kurzů pro zaměstnance ústavů, kteří začali informace v nich získané šířit i v širší společnosti. V roce 1989 byl pak vydán průvodce zabývající se sexualitou pod názvem „Sexualita bez ohledu na postižení“, ve kterém je uveden požadavek práva lidí s mentálním postižením na sexuální život (Vojtová, V. In Pipeková, J., Vítková, M. 1996).

Situace v Polsku

R. J. Kijak (2010) uvádí, že pokud se pokusíme analyzovat literaturu zaměřenou na sexualitu, může se zdát, že v důsledku procesu emancipace dochází k uvolňování nejradikálnějších názorů na tuto problematiku. Dle tohoto autora se tak však děje pouze u lidí bez handicapu a mimo svět jedinců s mentálním postižením. Problém sexuality u jedinců s mentálním postižením je zanedbáván, což se projevuje především nedostatkem zájmu o tuto problematickou oblast a také nedostatečně připravenou koncepcí sexuální výchovy osob s mentálním postižením v polské a evropské pedagogice. Až v poslední době se začínají objevovat vědecké publikace pojednávající o sexuálním a psychickém rozvoji lidí s mentálním postižením, což lze považovat po dlouhé době mlčení v polské speciální pedagogice za pozitivní znamení. V odborných kruzích se již plně ujal názor, že osoby s mentálním postižením potřebují, bez ohledu na stupeň postižení, rozvíjet své sexuální potřeby, což také vyplývá ze zřejmých a pozorovatelných příznaků jejich sexuality. Navíc se již plnohodnotně ujal postoj, že neexistuje důvod odepírat lidem s mentálním postižením právo na lásku a vytváření partnerských vztahů. Jako problematické se pak jeví nedostatečné věnování pozornosti tomuto tématu v literatuře a tradice výzkumů v této oblasti v polské speciální pedagogice chybějící. Stejně jako u nás, i v Polsku je problém sexuality osob s mentálním postižením obklopen všeobecnou dezorientací, předsudky a mýty, které vyplývají právě mj. z faktu, že zkoumání této problematiky je nedostačující a pokud již k němu dojde, vede často k sociální disonanci.

Situace ve Švédsku

Historie přístupů k sexualitě osob s mentálním postižením byla i ve Švédsku podobná přístupům v dalších evropských zemích. Sexualita jedinců s mentálním postižením byla ovlivněna represemi a ti lidé byli pod neustálou kontrolou ze strany společnosti. Projevy sexuálního chování byly často trestány a segregace vedla k izolovanému a oddělenému životu lidí s mentálním postižením. Často také docházelo ke sterilizaci lidí s mentálním postižením a jejich potřeba sexuality a lásky byla ignorována. V rozmezí let 1960 až 1970 se společnost začala stávat otevřenější jak ve vztahu k sexualitě, tak k osobám s mentálním postižením. Většina dospělých lidí s mentálním postižením žila v této době v malých skupinových domovech, kde jim byla poskytována pomoc a podpora zvenčí. Způsob života těchto jedinců však byl stále velmi

odlišný od způsobu života, kterým žili lidé bez handicapu, tedy např. jako pár nebo v rámci své vlastní rodiny. Místo toho žili jedinci s mentálním postižením dále pod dohledem zaměstnanců spolu s dalšími lidmi s postižením a neměli v rozhodování o svém životě možnost volby. V průběhu posledních tří desetiletí se odehrála ve způsobu života lidí s mentálním postižením významná změna. Děti již nadále nevyrůstají ve velkých institucích, ale společnost se snaží o umožnění života v rámci rodiny spolu s rodiči a sourozenci. Tato změna vyplývá především z ideologických a politických reforem, které spolu s principem normalizace k této změně ve Švédsku přispěly (Löfgren-Martenson, L. 2004).

Shrnutí

V této kapitole, nazvané „Přístupy a postoje k sexualitě osob s mentálním postižením“ jsme se v první části zaměřili na vymezení legislativního rámce s touto problematikou souvisejícího, uvedeny jsou zde také nejdůležitější dokumenty, které se sexuality osob s mentálním postižením týkají. Následně jsou popsány historické přístupy k sexualitě jako takové a také k sexualitě osob s mentálním postižením. V posledních dvou podkapitolách jsou popsány přístupy, postoje a předsudky k problematice sexuality lidí s mentálním handicapem a to jak v ČR, tak také v dalších evropských zemích, konkrétně v Dánsku, Polsku a Švédsku.

5 POSTOJE SPOLEČNOSTI K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

5.1 Metodologie a cíle výzkumného šetření

Výzkumná strategie

Empirická část diplomové práce je tvořena kvantitativním výzkumem. Kvantitativní výzkum je výzkumnou strategií, která pracuje s číselnými údaji a nejčastěji se zaměřuje na množství, rozsah či frekvenci výskytu jevů. Cílem kvantitativního výzkumu není snaha o sblížení se zkoumanými osobami a proniknutí do situací, ve kterých se vyskytují, jak je tomu při výzkumu kvalitativním. V případě kvantitativního výzkumu často vůbec nedochází k osobnímu kontaktu mezi výzkumníkem a zkoumanou osobou a jeho cílem je jednoznačné vyjádření zjištěných údajů pomocí čísel, které se dají dále matematicky zpracovat. (Gavora, P. 2000).

Technika sběru dat

Pro zpracování empirické části této práce byla použita technika sběru dat pomocí dotazníku. Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí a je jednou z nejvíce frekventovaných metod zjišťování dat. Pomocí dotazníku lze získávat velké množství informací v poměrně krátkém časovém úseku, a proto je dotazník považován za ekonomickou techniku sběru dat (Gavora P. 2000).

Položky v dotazníku se liší svou otevřeností. V tomto případě jsou zařazeny otázky uzavřené, a to dichotomické, sestávající se z hotových alternativ odpovědí „ano“, „ne“, „neumím se vyjádřit“, které nám přináší základní informace na takto položené otázky. Dále byly zařazeny otázky se širší škálou alternativ, ve kterých byly respondentům nabídnuty konkrétní odpovědi, přičemž zároveň byla nabídnuta možnost jiné, pokud by respondenti nesouhlasili s žádnou z nabídnutých možností. Dotazník obsahuje také otázky otevřené, ve kterých byl respondentům poskytnut prostor k vlastnímu vyjádření, tyto otázky byly nepovinné. Součástí dotazníku jsou také tzv. škálované položky, kterými bylo získáváno stupňované hodnocení daného jevu a položky s řazením možností podle subjektivního pocitu důležitosti jednotlivých alternativ uvedených v dané otázce.

Dotazník se skládá z úvodní části, ve které došlo k seznámení respondentů s účely dotazníku, druhou část tvoří položky zaměřující se na problematiku sexuality

osob s mentálním postižením. Třetí část je závěrečná a jejím prostřednictvím byly získány demografické údaje o respondentech.

Dotazník v podobě, ve které byl respondentům předkládán, je uveden v kategorii „Přílohy“.

Cíle

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit postoje intaktní společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením a problémovým otázkám s ní spojenými, tedy postoje k aktivnímu sexuálnímu životu, partnerství, rodičovství, užívání antikoncepce, zneužívání a sexuální výchově osob s mentálním postižením.

Dílčí cíle:

- Analyzovat získaná data na základě diferenciac z hlediska věku respondentů. Vytvořeny byly tři věkové kategorie: 18 – 30 let; 31 – 45 let, 46 let a výše.
- Analyzovat získaná data na základě diferenciac z hlediska nejvyššího dosaženého stupně vzdělání respondentů. Vytvořeny byly tři kategorie (základní – střední – vysokoškolské).
- Analyzovat získaná data na základě diferenciac z hlediska zaměření profese respondentů, tedy z hlediska toho, zda se jedná či nejedná o pomáhající profesi.

Pro potřeby empirické části této diplomové práce byly dále stanoveny **hypotézy**, na jejichž vyvrácení či potvrzení se výzkum zaměřuje:

H1: Respondenti první věkové kategorie (18 – 30 let) mají pozitivnější přístup k právu osob s mentálním postižením na plnohodnotný sexuální život, než respondenti třetí věkové kategorie (46 let a výše).

H2: Respondenti se základním vzděláním mají k masturbaci osob s mentálním postižením negativnější postoj, než respondenti s vysokoškolským vzděláním.

H3: Respondenti pracující v pomáhajících profesích spíše uznávají potřebu osob s mentálním postižením na partnerský vztah, než respondenti pracující v jiných profesích.

H4: Respondenti druhé věkové kategorie (31 – 45 let) mají pozitivnější postoj k uzavření manželství mezi dvěma osobami s mentálním postižením, než respondenti první věkové kategorie (18 – 30 let).

H5: Respondenti nepracující v pomáhajících profesích vidí sterilizaci jako vhodný prostředek k zabránění početí častěji, než respondenti pracující v pomáhajících profesích.

H6: Respondenti se základním vzděláním se k rodičovství osob s mentálním postižením staví kladněji, než respondenti se vzděláním vysokoškolským.

H7: Respondenti třetí věkové kategorie (46 let a výše) mají negativnější postoj k sexuální výchově osob s mentálním postižením, než respondenti druhé věkové kategorie (36 – 45 let).

5.2 Charakteristika výzkumného šetření

Časový harmonogram:

1. Osnova teoretické části a příprava výzkumu: květen 2013 – červenec 2013
2. Teoretická část: srpen 2013 – listopad 2013
3. Realizace empirické části (předložení dotazníků): srpen 2013 – listopad 2013
4. Analýza získaných dat: prosinec 2013 - únor 2013
5. Dokončení diplomové práce: březen 2013 – duben 2013

V úvodní fázi výzkumu došlo ke stanovení hypotéz a následně ke konstrukci dotazníku, který má návaznost na kapitoly teoretické části této diplomové práce a směřuje k získání dat potřebných pro splnění cílů výzkumu. Již zhotovený dotazník byl poté administrován 112 respondentům, přičemž počet respondentů, kterého jsme chtěli dosáhnout, byl 100 ($n = 100$), čehož se nám podařilo docílit. Výzkumný soubor tedy činí 100 respondentů a jedná se o osoby majoritní společnosti různého věku a dosaženého stupně vzdělání (viz. níže). Po sesbírání dostatečného množství dat následovalo vyhodnocení dotazníku a analýza získaných údajů. Data tímto výzkumem získaná byla pro lepší přehlednost vyhodnocena v podobě tabulek a grafů, kde lze

názorně vidět zastoupení jednotlivých odpovědí. Po vyhodnocení všech položek dotazníku došlo k testování stanovených hypotéz a tím také ke splnění dílčích cílů empirického šetření.

5.3 Analýza a interpretace získaných dat

Dotazník byl vyplněn rovným stem respondentů ($n = 100$), přičemž administrováno bylo 112 dotazníků. Návratnost tedy činí 89, 3%, a je tudíž vzhledem k obecně požadovaným 75% dostatečná. Při analýze dat nebyly nalezeny žádné položky v dotazníku, které by byly nesprávně vyplněny a všech sto responsí bylo při analýze vyhodnoceno.

Otázka č. 1: *Souhlasíte s některým z následujících výroků?*

Označte všechny, které jsou dle Vašeho názoru pravdivé.

Výroky; $n = 100$	Počet
Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud	18x
Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem	31x
Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb	1x
Problémům se sexualitou osob s mentálním postižením se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví	5x
Nesouhlasím s žádným z výroků	57x

Tab. 1: Předsudky u sexuality osob s MP



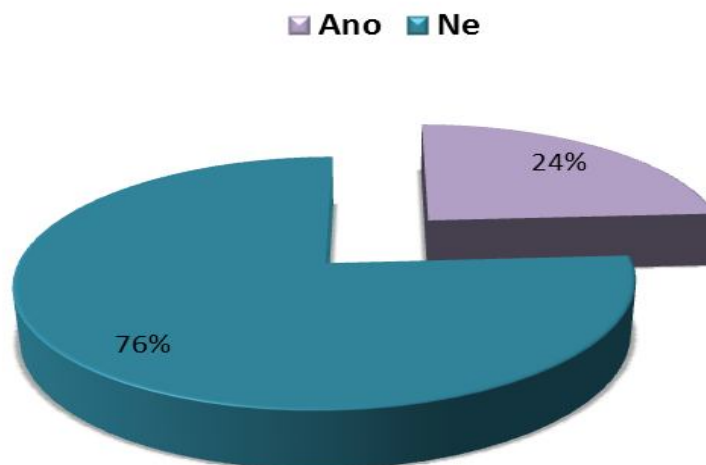
Graf 1: Předsudky u sexualitě osob s MP

Úvodní otázka měla za cíl zmapovat, které z výše uvedených výroků vnímají respondenti (n = 100) jako pravdivé. Respondentům bylo předloženo pět možných variant, přičemž museli zvolit minimálně jednu odpověď, pokud souhlasili s více výroky, mohli zvolit i vyšší počet. 57 respondentů nevnímá jako pravdivý ani jeden z uvedených výroků a zvolili tedy pouze tuto jednu možnost. Výrok říkající, že člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem, byl zvolen 31x a je tedy druhou nejčastěji volenou možností. Třetím, nejčastěji jako pravdivým výrokem je chápán ten, který říká, že jedinci s mentálním postižením jsou jedinci se zvýšeným sexuálním pudem a tento výrok byl zvolen 18x. Řešení problematiky sexualitě osob s mentálním postižením oddělením obou pohlaví vidí jako účelné 5 respondentů a jeden respondent je toho názoru, že lidé s mentálním postižením jsou zcela bez sexuálních potřeb.

Otázka č. 2: Setkal/a jste se někdy s projevem sexuality jedince s mentálním postižením? Pokud ano, kde a jaká byla Vaše reakce?

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Ano	24	24
Ne	76	76

Tab. 2: Osobní setkání s projevem sexualitě jedince s MP



Graf 2: Osobní setkání s projevem sexuality jedince s MP

Na otázku č. 2 odpovědělo 100 respondentů, z toho 76 (tj. 76 %), tedy více než $\frac{3}{4}$ se s projevem sexuality jedince s mentálním postižením nikdy nesetkalo. Zbývá necelá $\frac{1}{3}$ respondentů (tj. 24 %) se s tímto jevem setkala, jak jde vidět ve výše uvedené tabulce či grafu.

Druhá část otázky byla nepovinná a reagovali na ni pouze respondenti, kteří měli zájem se vyjádřit a kteří se s projevem sexuality jedince s mentálním postižením setkali. Respondentům v tomto případě nebyla nabídnuta žádná alternativa odpovědi a k vyjádření tedy docházelo pouze vlastními slovy. Celkem se k této otázce vyjádřilo 15 respondentů:

„Byli více spontánní, neměli zábrany projevů na veřejnosti, které občas „rádoby“ normální lidé občas mají.“

„Kamarádka má postiženou dceru, jednalo se o dva lidi sobě rovné. Těžko posuzovat jaký postoj by bylo vhodné k tomuto zaujmout. Dítě, ale v těle dospělého člověka.“

„Na základní škole, reakce žádná.“

„Neutrální.“

„Překvapení, rychle jsem odešla.“

„Sebeuspokojení mentálním i fyzickým postižením v nákupním centru. Rozporuplné pocity.“

„Sebeuspokojování v autobuse, dělala jsem, že nic nevidím.“

„Setkal jsem se s masturbací chlapce v MHD. Reakce byla pobavení.“

„Smích.“

„Snažila jsem se z místa co nejdříve odejít a nerada se s tím člověkem nadále setkávám... Nicméně často chodím do Ústavu pro mentálně postižené a zde jsem se s tímto nikdy nesetkala...“

„V autobuse, kde se přepravovala skupinka mentálně postižených, přičemž dva z nich si dělali rukou dobře. Snažila jsem se to ignorovat.“

„V autobse, překvapená.“

„V práci, je to zcela normální jev, jen je třeba přistupovat obezřetně.“

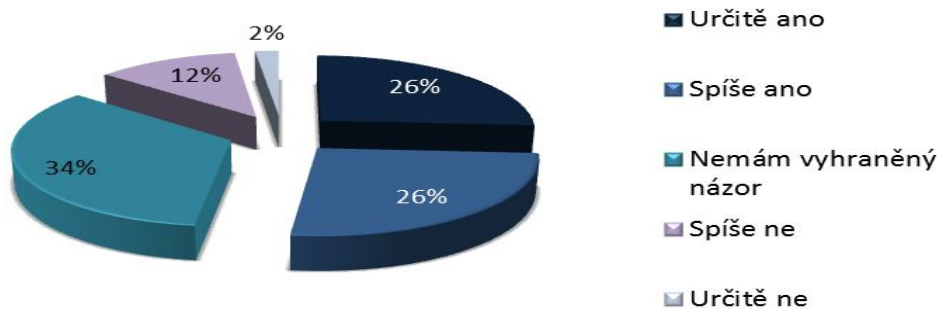
„V rámci dobrovolnictví, osoba s těžkou MR, snaha dotýkat se, vysvětlení – ne, tohle ne – podpořené gestem ne.“

„Známi mají mentálně postiženou dceru a ta si našla mentálně postiženého muže – mají spolu dítě...“

Otázka č. 3: Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.
„Problematiku sexuality osob s mentálním postižením považuji za hodnou pozornosti.“

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Určitě ano	26	26%
Spíše ano	26	26%
Nemám vyhraněný názor	34	34%
Spíše ne	12	12%
Určitě ne	2	2%

Tab. 3: Závažnost problematiky sexuality osob s MP



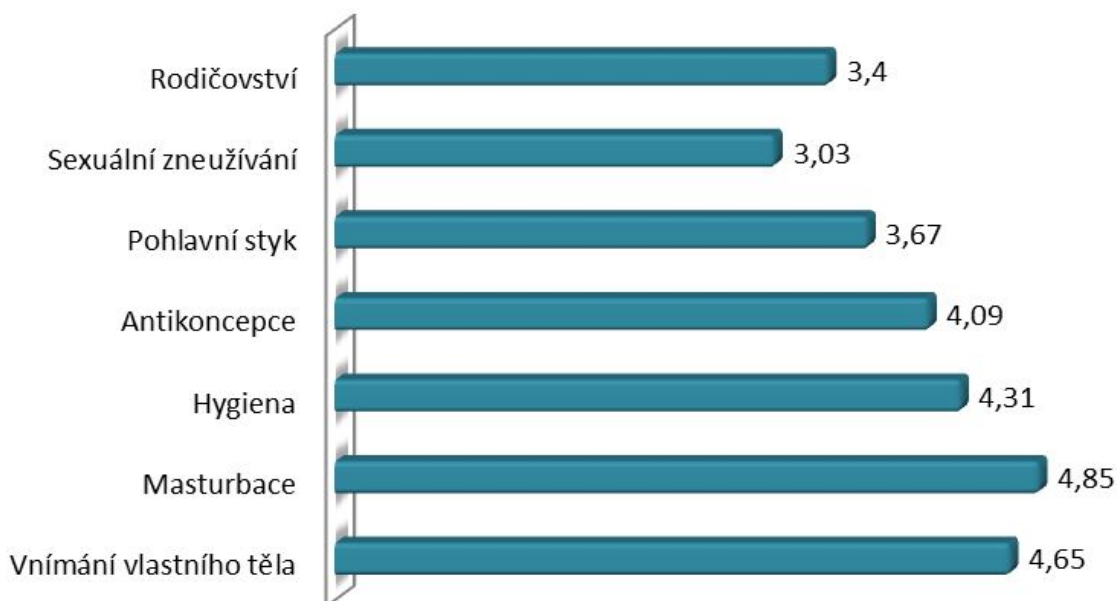
Graf 3: Závažnost problematiky sexuality osob s MP

Cílem této otázky bylo zjistit, nakolik se společnosti jeví problematika sexuality osob s mentálním postižením jako podstatná a hodná pozornosti. Na otázku odpovídalo opět sto respondentů ($n = 100$), kteří si vybírali z nabídnutých odpovědí právě tu nejvíce odpovídající jejich postoji. Nejvíce respondentů (34 %) nemá k této otázce vyhraněný postoj, ovšem z výše uvedeného grafu i tabulky vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů se přiklání k tomu, že tato problematika je pozornosti hodná a to v rovnoměrném zastoupení odpovědí „Určitě ano“ (26%) a „Spíše ano“ (26%). Dvanácti respondenty je problematika sexuality osob s mentálním postižením chápána jako spíše nedůležitá a dva respondenti zvolili odpověď „Určitě ne“, která naznačuje nesouhlas s věnováním jakékoliv pozornosti této problematice.

Otázka č. 4: Seřad'te následující oblasti podle toho, které Vám ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením připadají nejproblematictější.

Odpovědi; $n = 100$	Průměrné pořadí
Vnímání vlastního těla	4,65
Masturbace	4,85
Hygiena	4,31
Antikoncepce	4,09
Pohlavní styk	3,67
Sexuální zneužívání	3,03
Rodičovství	3,4

Tab. 4: Nejproblematictější oblasti sexuality osob s MP



Graf 4: Nejproblematictější oblasti sexuality osob s MP

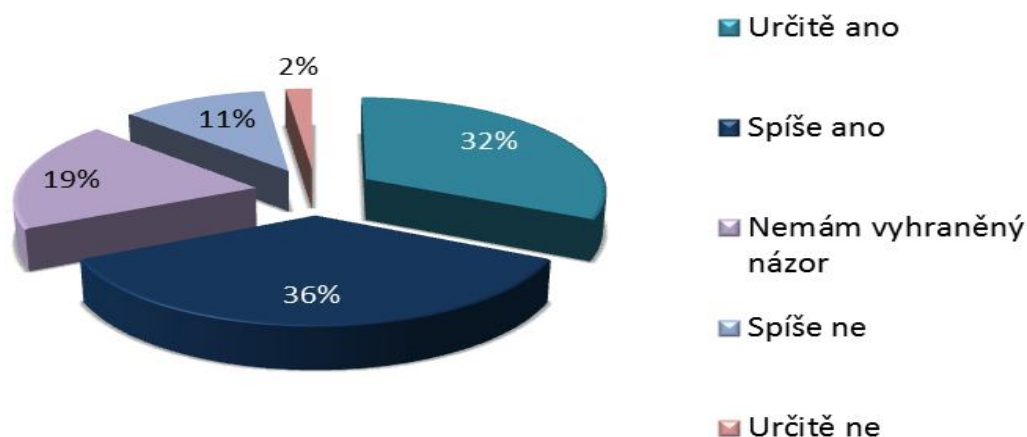
Otázka č. 4 se zaměřuje na vnímání problematičnosti uvedených aspektů týkajících se sexuality jedinců s mentálním postižením. V tomto případě bylo respondentům ($n = 100$) nabídnuto 7 variant (7 aspektů sexuality), které měli ohodnotit číslem 1 – 7, přičemž číslo 1 akcentuje nejvyšší míru problematičnosti a číslo 7 míru nejnižší. V uvedené tabulce a grafu jsou uvedeny průměrné hodnoty, které ukazují, v jaké míře jsou jednotlivé oblasti respondenty vnímány jako problematické. Jako nejvíce problematická oblast byla vyhodnocena oblast sexuálního zneužívání, druhou je oblast rodičovství osob s mentálním postižením. Třetím nejvíce problematickým aspektem se respondentům jeví pohlavní akt lidí s mentálním postižením, následuje antikoncepce, hygiena a vnímání vlastního těla osobami s mentálním postižením. Jako nejméně problematická byla vyhodnocena oblast masturbace lidí s mentálním postižením.

Otázka č. 5: Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

„Osoby s mentálním postižením mají stejné právo na plnohodnotný sexuální život, stejně jako lidé bez postižení. Svou odpověď prosím krátce zdůvodněte.“

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Určitě ano	32	32%
Spíše ano	36	36%
Nemám vyhraněný názor	19	19%
Spíše ne	11	11%
Určitě ne	2	2%

Tab. 5: Právo na plnohodnotný sexuální život osob s MP



Graf 5: Právo na plnohodnotný sexuální život osob s MP

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky a grafu, většina respondentů (68%) se v tomto případě přiklání k názoru, že osoby s mentálním postižením mají právo na plnohodnotný sexuální život, což je zahrnuto v rámci odpovědi „Určitě ano“ (32%) a „Spíše ano“ (36%). I zde se ovšem můžeme setkat s negativními postoji respondentů, přičemž 11% z nich by osobám s mentálním postižením toto právo spíše nepřiznalo a další 2% vůbec neuznávají právo těchto osob na plnohodnotný sexuální život. 19% respondentů nemá k této otázce vyhraněný postoj.

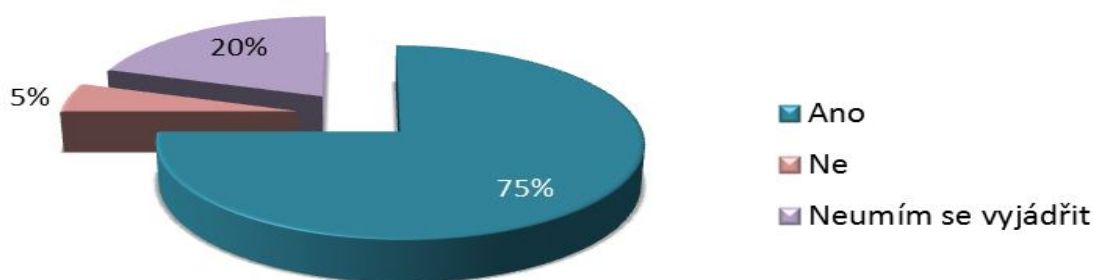
Ve druhé části otázky byli respondenti požádáni, aby svou odpověď krátce zdůvodnili, což učinilo 98 respondentů (tj. 98%; n = 98). Odpovědi v doslovném znění

uvádíme v tabulce umístěné v kategorii „Přílohy“, kde jsou seřazeny v závislosti na tom, jak konkrétní respondent odpověděl na první část otázky.

Otázka č. 6: *Myslíte si, že by měli být jedinci s mentálním postižením informováni o svých právech v oblasti sexuality?*

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Ano	75	75%
Ne	20	20%
Neumím se vyjádřit	5	5%

Tab. 6: Informování o právech v oblasti sexuality



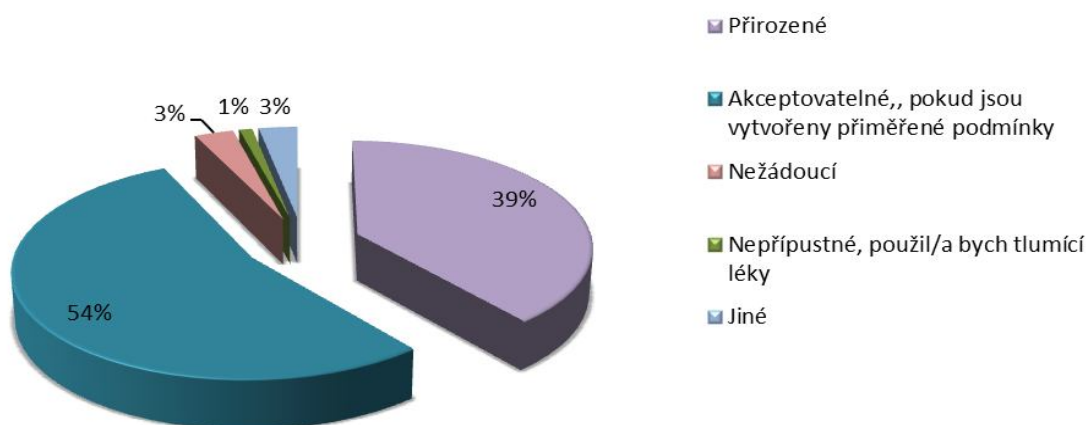
Graf 6: Informování o právech v oblasti sexuality

V případě této otázky se rovné $\frac{3}{4}$ (tj. 75%) respondentů shodují v názoru, že lidé s mentálním postižením by měli být informováni o svých právech v oblasti sexuality, i zde však lze najít 5% respondentů, kteří tuto informovanost jedinců s mentálním postižením nepovažují za žádoucí a přímo s ní nesouhlasí. Zbývajících 20% respondentů nedokáže určit, zda by osoby s mentálním postižením měly být o svých právech spojených se sexualitou informovány.

Otázka č. 7: Která z uvedených možností nejlépe vystihuje Váš názor na sebeuspokojování osob s mentálním postižením?

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Přirozené	39	39%
Akceptovatelné, pokud jsou vytvořeny přiměřené podmínky (soukromí, hygiena, naučená technika masturbace,...)	54	54%
Nežádoucí	3	3%
Nepřípustné, použil/a bych tlumicí léky	1	1%
Jiné	3	3%

Tab. 7: Názory na sebeuspokojování osob s MP



Graf 7: Názory na sebeuspokojování osob s MP

V rámci této otázky jsme zkoumali postoje společnosti k sebeuspokojování osob s mentálním postižením. Respondentům (n = 100) byly nabídnuty jednotlivé možnosti, ale měli také možnost zvolit odpověď „Jiné“ a blíže ji specifikovat. Nadpoloviční většina respondentů (54%) je toho názoru, že sebeuspokojování lidí s mentálním postižením je akceptovatelné, jako nutné však vidí vytvoření přiměřených podmínek, kterými mj. může být právě soukromí, hygiena či naučená technika masturbace. Převážně pozitivní postoj vyjádřený odpovědí „Přirozené“ zastává 39% respondentů.

Negativní postoje se opět v malém počtu vyskytují, přičemž 3% respondentů nazírají na sebeuspokojování jedinců s mentálním postižením jako na nežádoucí a jeden z respondentů (1%) je toho názoru, že tento akt je u těchto osob nepřípustný a jeho řešením mohou být tlumící léky. Zbylá 3% volila jinou, vlastní odpověď:

„Všechno se odvíjí od závažnosti postižení, těžké jakkoliv odpovědět.“

„Je stejně přirozené jako v majoritní společnosti.“

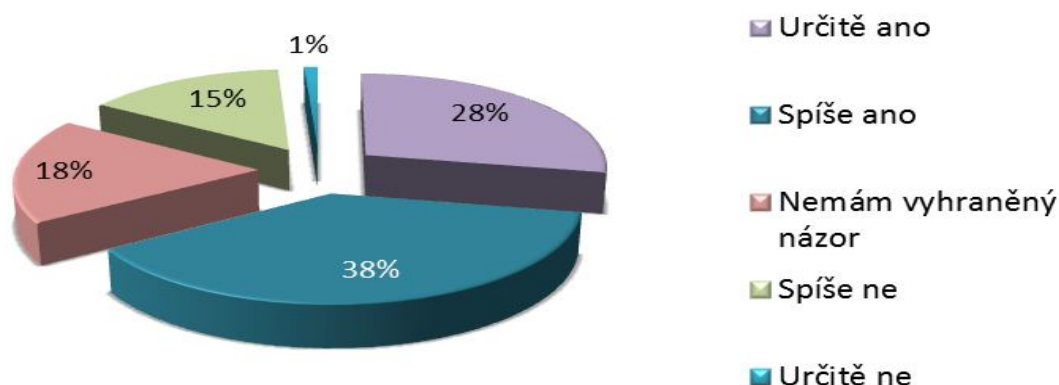
„Bohužel u osob s mentálním postižením je to čistě pudové a co vím – pracovní zkušenosti – nesmí se jim to zakazovat a musí si svou práci dokončit, jinak bývají agresivní.“

Otázka č. 8: Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

„Potřeba partnerských vztahů u osob s mentálním postižením je stejná, jako u osob bez postižení.“

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Určitě ano	28	28%
Spíše ano	38	38%
Nemám vyhraněný názor	18	18%
Spíše ne	15	15%
Určitě ne	1	1%

Tab. 8: Potřeba partnerských vztahů u osob s MP



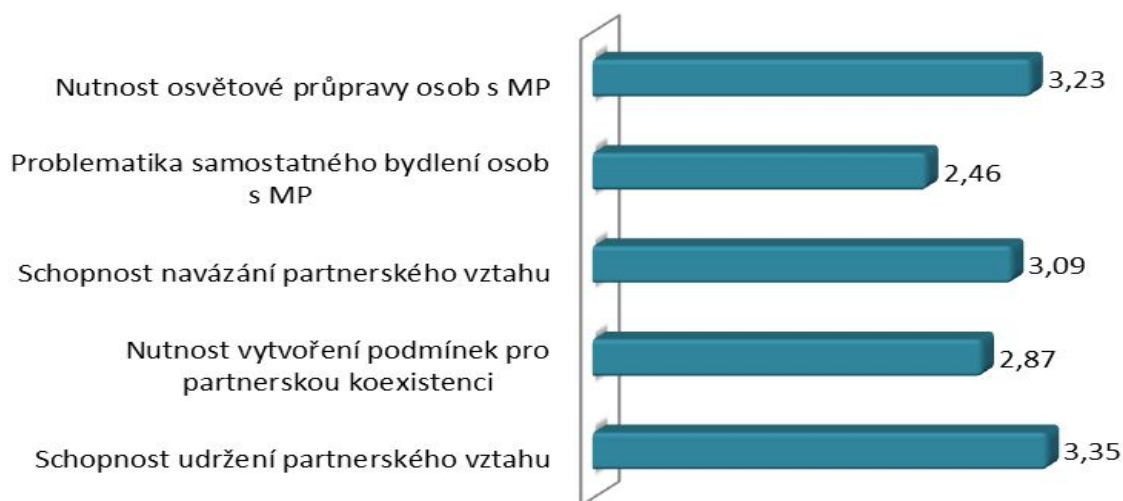
Graf 8: Potřeba partnerských vztahů u osob s MP

Potřeba partnerských vztahů u osob s mentálním postižením je další problematickou oblastí, na kterou jsme se respondentů tázali především s cílem zjistit, zda je partnerství u těchto osob chápáno jako stejně tak potřebné, jak je tomu u osob majoritní společnosti. Jak vyplývá z výše uvedené tabulky a grafu, potřeba partnerského soužití je i u osob s mentálním postižením společností chápána jako důležitá součást života. Nejzastoupenějšími odpověďmi jsou odpovědi „Spíše ano“ (38%) a „Určitě ano“ (28%). Spíše negativní postoj k partnerství dvou osob s mentálním postižením zastává 15% respondentů a 1% se k partnerství lidí s mentálním postižením staví jako k výhradně nepotřebné komponentě jejich života. Zbýlých 18% respondentů se nedokáže k této problematice vyjádřit.

Otázka č. 9: V čem vidíte největší problém v rámci fungování partnerských vztahů osob s mentálním postižením?

Odpovědi; n = 100	Průměrné pořadí
Schopnost udržení partnerského vztahu	3,35
Nutnost vytvoření podmínek pro partnerskou koexistenci	2,87
Schopnost navázání partnerského vztahu	3,09
Problematika samostatného bydlení osob s MP	2,46
Nutnost osvětové průpravy osob s MP	3,23

Tab. 9: Problematické oblasti partnerství osob s MP



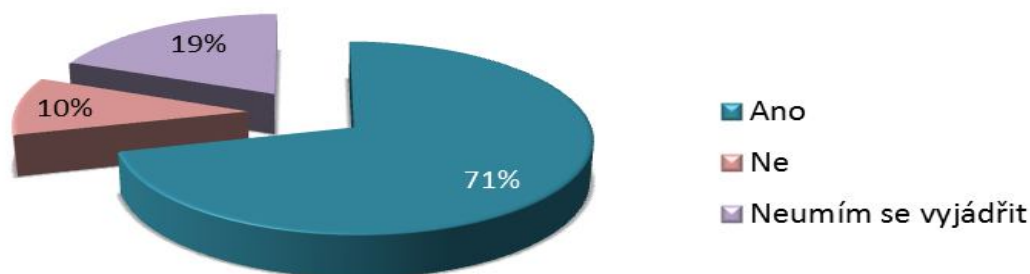
Graf 9: Problematické oblasti partnerství osob s MP

V rámci této otázky jsme se zaměřili na problematické oblasti partnerského života osob s mentálním postižením. Respondentům (n = 100) bylo předloženo pět oblastí týkajících se tohoto prvku spojeného s problematikou sexuality lidí s mentálním handicapem a úkolem respondentů bylo seřadit tyto oblasti od nejvíce (č. 1) po nejméně (č. 5) závažnou. Ve výše uvedené tabulce a grafu jsou uvedeny průměrné hodnoty, které jsme po vyhodnocení této otázky získali. Jako nejvíce problematická je respondenty nahlížena otázka samostatného bydlení osob s mentálním postižením, druhá v pořadí je oblast vytvoření podmínek pro partnerské soužití a koexistenci. Třetí nejproblematictější oblastí, tak jak ji volili respondenti, je úplný počátek partnerského vztahu, tedy jeho samotné navázání. Nutnost osvěty lidí s mentálním postižením v tomto směru byla vyhodnocena jako čtvrtá nejproblematictější oblast a po ní následuje schopnost udržení partnerského vztahu mezi jedinci s mentálním handicapem.

Otázka č. 10: *Souhlasíte s uzavřením manželství mezi dvěma plnoletými osobami s mentálním postižením, které nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům?*

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Ano	71	71%
Ne	10	10%
Neumím se vyjádřit	19	19%

Tab. 10: Souhlas s uzavřením manželství u osob s MP



Graf 10: Souhlas s uzavřením manželství u osob s MP

Otázka č. 10 je zaměřena na vyjádření souhlasu či nesouhlasu respondentů (n = 100) s uzavřením manželství mezi dvěma jedinci s mentálním postižením, přičemž je stanovena podmínka, že oba jedinci jsou již plnoletí a nebyli zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Za těchto podmínek s uzavřením manželství souhlasí téměř $\frac{3}{4}$ respondentů (71%), zcela proti je 10% respondentů. Zbývajících 19% respondentů se v rámci této otázky nemohlo pro žádnou z odpovědí rozhodnout, zvolili tedy možnost „Neumím se vyjádřit“.

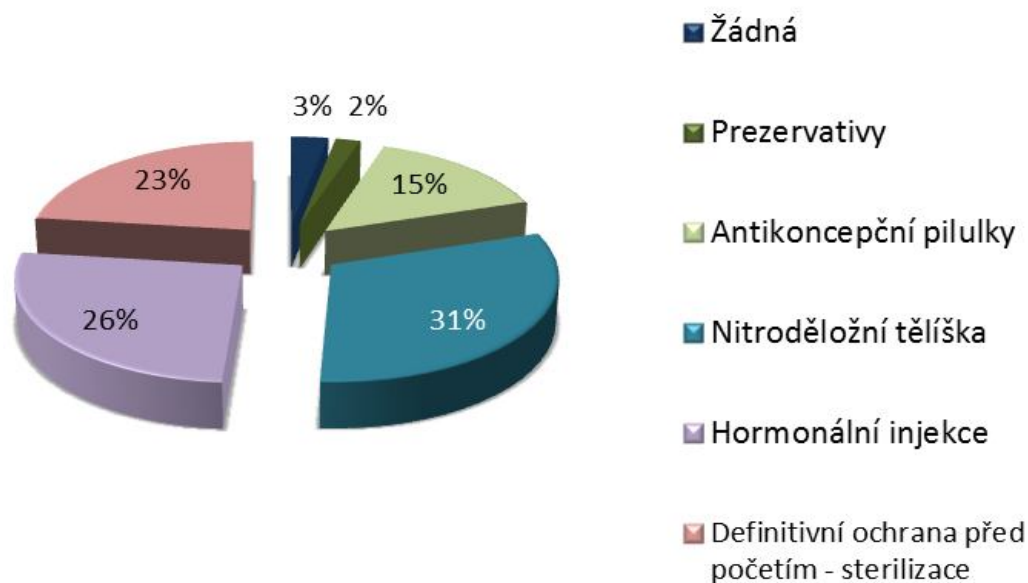
Otázka č. 11: *Prosím, krátce vysvětlete, proč souhlasíte nebo nesouhlasíte s uzavřením manželství mezi dvěma plnoletými osobami s mentálním postižením, které nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům.*

Tato otázka má návaznost na otázku č. 10 a jejím cílem bylo zjistit důvody respondentů k souhlasu či nesouhlasu s uzavřením manželství osob s mentálním postižením, kteří splňují podmínky uvedené ve znění otázky. K této otázce se vyjádřilo 95 respondentů (tj. 95%) a doslovné znění uvádíme v tabulce v Přílohách, kde jsou také odpovědi řazeny podle toho, jaký názor na uzavření manželství jednotliví respondenti zastávají (viz. otázka č. 10).

Otázka č. 12: *Jaká forma antikoncepce je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro osoby s mentálním postižením?*

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Žádná	3	3%
Prezervativy	2	2%
Antikoncepční pilulky	15	15%
Nitroděložní tělíska	31	31%
Hormonální injekce	26	26%
Definitivní ochrana před početím - sterilizace	23	23%

Tab. 11: Antikoncepce u osob s MP



Graf 11: Antikoncepce u osob s MP

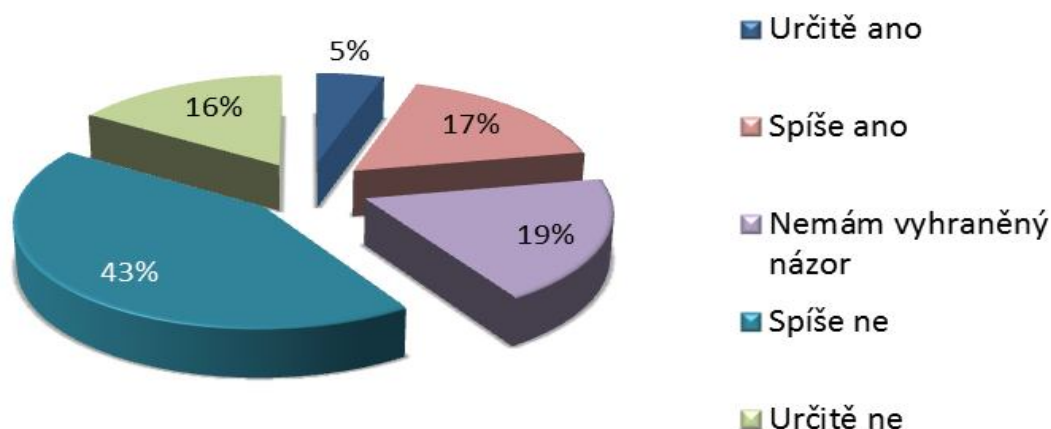
V rámci této otázky jsme se zaměřili na zjištění toho, jaká je v očích společnosti nejlepší forma antikoncepce pro osoby s mentálním postižením. Odpovídalo opět 100 respondentů ($n = 100$), z nich 31% vidí nejadekvátnější formu antikoncepce u jedinců s mentálním postižením v nitroděložních tělíškách, která jsou také, jak je uvedeno v teoretické části, v současnosti jednou z nejpreferovanějších antikoncepčních forem. Jak lze vidět ve výše uvedené tabulce i grafu, druhou nejlepší formou se jeví hormonální injekce, kterou zvolilo 26% respondentů. Poměrně vysoký počet respondentů, 23%, uvedl jako nejvíce žádoucí definitivní ochranu před početím, tedy sterilizaci. Tento fakt, spolu s odpověďmi respondentů i v jiných otázkách, poukazuje na skutečnost, že těhotenství osob s mentálním postižením je vnímáno jako jeden z největších problémů v oblasti sexuality těchto jedinců. Antikoncepční pilulky jsou vhodnou formou antikoncepce pro ženy s mentálním postižením pouze pro 15% respondentů, prezervativy zvolily pouze 2% respondentů. Zbývá 2% zastává názor, že lidé s mentálním postižením by neměli užívat žádnou z výše uvedených antikoncepčních forem.

Otázka č. 13: Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

„Pokud chtějí, mají osoby s mentálním postižením právo mít děti.“

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Určitě ano	5	5%
Spíše ano	17	17%
Nemám vyhraněný názor	19	19%
Spíše ne	43	43%
Určitě ne	16	16%

Tab. 12: Právo mít dítě u osob s MP



Graf 12: Právo mít dítě u osob s MP

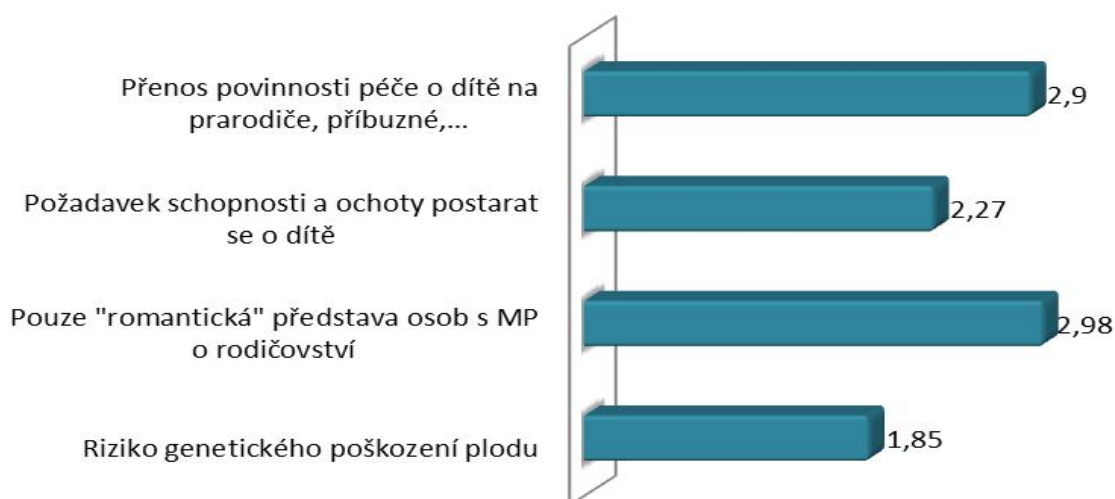
V této otázce jsme se zaměřili na postoje respondentů (n = 100) k možnému rodičovství jedinců s mentálním postižením. Jak vyplývá z výše uvedeného grafu a tabulky, k tomuto problému zastává většina respondentů negativní názor, což je zastoupeno v nejvíce volené možnosti „Spíše ne“ (43% respondentů) a možnosti „Určitě ne“ (16% respondentů), dohromady má tedy 59% respondentů k rodičovství osob s mentálním postižením odmítavý postoj. Zajímavá je skutečnost, že ač v ostatních otázkách spojených se sexualitou osob s mentálním postižením zastává většina respondentů spíše podpůrný postoj uznávající práva těchto jedinců na různé aspekty sexuálního života, v tomto případě tomu tak není. Pouze 5% respondentů má výhradně

kladný postoj k rodičovství lidí s mentálním postižením, dalších 17% zvolilo možnost „Spíše ano“. Zbývajících 19% respondentů nemá k této otázce vyhraněný postoj.

Otázka č. 14: Které z následujících faktorů považujete za nejvíce rizikové ve vztahu k rodičovství osob s mentálním postižením?

Odpovědi; n = 100	Průměrné pořadí
Riziko genetického poškození plodu	1,85
Pouze „romantická“ představa osob s MP o rodičovství	2,98
Požadavek schopnosti a ochoty postarat se o dítě	2,27
Přenos povinnosti péče o dítě na prarodiče, příbuzné,...	2,9

Tab. 13: Rizikové faktory rodičovství osob s MP



Graf 13: Rizikové faktory rodičovství osob s MP

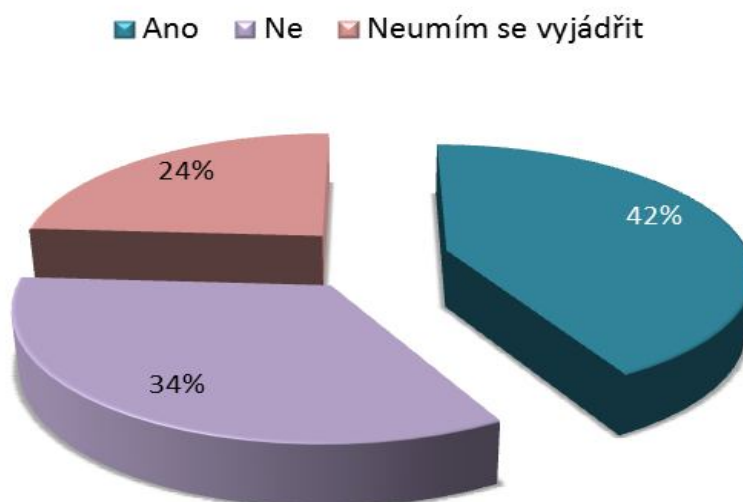
Otázka č. 14 svým zaměřením navazuje na otázku předchozí a jejím cílem bylo zjistit, který z předložených problematických aspektů případného rodičovství osob s mentálním postižením vnímají respondenti (n = 100) jako nejvíce rizikový. Respondentům byly nabídnuty čtyři možnosti, které následně řadili podle svého mínění od nejvíce (č. 1) po nejméně (č. 5) rizikové. Jako nejproblematičtější vnímají klienti právě riziko genetického poškození plodu, což se často objevuje také ve výše uvedených doslovných odpovědích respondentů v předchozích otázkách. Jako druhá nejrizikovější oblast byla vyhodnocena schopnost a ochota lidí s mentálním postižením se o dítě, v případě jeho početí a narození, postarat. Na posledních dvou místech stojí

s velmi malým rozdílem v průměrné hodnotě přenos této povinnosti na jiné osoby a často také velmi nedokonalá představa osob s mentálním postižením o rodičovství.

Otázka č. 15: *Myslíte si, že osoby s mentálním postižením se stávají oběťmi sexuálního zneužívání častěji, než lidé bez postižení?*

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Ano	42	42%
Ne	34	34%
Neumím se vyjádřit	24	24%

Tab. 14: Sexuální zneužívání



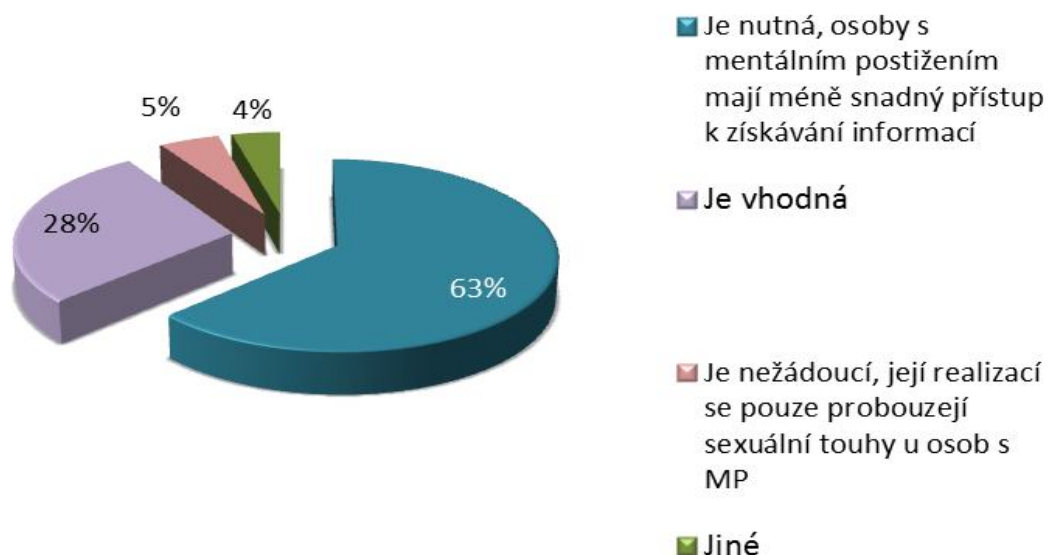
Graf 14: Sexuální zneužívání

Otázka č. 15 se zaměřuje na názory respondentů k problematice sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením, zejména pak na to, zda jsou respondenti spíše přesvědčení o tom, že k tomuto dochází u jedinců s mentálním postižením častěji, než u majoritní společnosti. Po vyhodnocení odpovědí jsme zjistili, že celých 42% respondentů je toho názoru, že lidé s mentálním postižením se stávají oběťmi sexuálního zneužívání častěji, než lidé bez handicapu. 34% respondentů však zastává postoj, že tomu tak není a rozdíl mezi těmito dvěma póly tak činí pouhých 8%. Zbývající respondenti (24%) se mezi předchozími odpověďmi neumí rozhodnout.

Otázka č. 16: Která z uvedených odpovědí nejvíce odpovídá Vašemu názoru na sexuální výchovu osob s mentálním postižením?

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Je nutná, osoby s mentálním postižením mají méně snadný přístup k získávání informací	63	63%
Je vhodná	28	28%
Je nežádoucí, její realizaci se pouze probouzejí sexuální touhy u osob s mentálním postižením	5	5%
Jiné	4	4%

Tab. 15: Sexuální výchova osob s MP



Graf 15: Sexuální výchova osob s MP

V rámci této otázky měli respondenti (n = 100) možnost vyjádřit se k problematice sexuální výchovy osob s mentálním postižením. Otázka jim poskytovala dvě možnosti, a to vyjádřit se formou zaškrtnutí některé z nabízených forem odpovědi nebo zvolit možnost jiné a tu blíže specifikovat. Prvního způsobu využila většina respondentů (96%), z toho 63% respondentů považuje sexuální výchovu jedinců s mentálním postižením za nutnou, 24% respondentů pak za vhodnou. Sexuální výchovu chápe jako zcela nežádoucí faktor ve vzdělávání osob s mentálním postižením,

5% respondentů. Zbylá 4% respondentů volila možnost „Jiné“ a svůj názor popsala vlastními slovy:

„Individuální. Podle závažnosti postižení.“

„Je žádoucí, pokud s u mentálně postiženého projeví zájem o sexuální život, jinak viz výše: Je nežádoucí...“

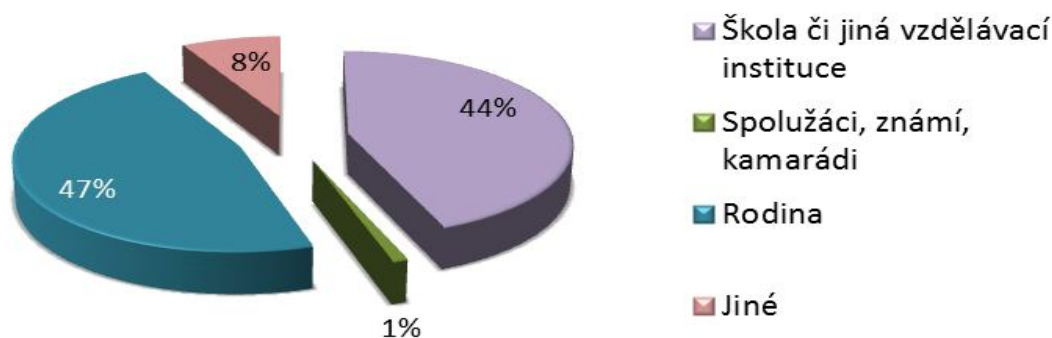
„Spíše jen do té míry, aby věděli co jim kdo může udělat – aby nebyli zneužíváni.“

„Mám smíšené pocity, nedokážu specifikovat...“

Otázka č. 17: Kdo by měl, dle Vašeho názoru, mít největší podíl na sexuální výchově osob s mentálním postižením?

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Škola či jiná vzdělávací instituce	44	44%
Spolužáci, známi, kamarádi	1	1%
Rodina	47	47%
Jiné	8	8%

Tab. 16: Poskytovatelé sexuální výchovy u osob s MP



Graf 16: Poskytovatelé sexuální výchovy u osob s MP

Tato otázka svým zaměřením navazuje na otázku předchozí a jejím cílem je zjistit, kdo by měl dle respondentů (n = 100) mít největší podíl na realizaci sexuální výchovy jedinců s mentálním postižením. Respondenti si opět mohli volit ze tří, námi

stanovených odpovědí, či zvolit možnost „Jiné“ a tu následně blíže specifikovat. Největší, téměř poloviční počet respondentů (47%) považuje za v tomto směru nejpovolanější faktor rodinu, což lze brát jako velmi pozitivní, neboť právě rodina by měla být pro sexuální výchovu základem, jak je také uvedeno v teoretické části této diplomové práce. Dalších 44% respondentů je toho názoru, že hlavní roli by zde měla hrát škola či jiná vzdělávací instituce a pouze 1% by tuto aspekty této výchovy svěřila spolužákům, známým či kamarádům osob s mentálním postižením. 8% respondentů má tuto problematiku svůj vlastní názor:

„Kdokoliv, kdo je schopen to takovým lidem kvalifikovaně vysvětlit, ale tak aby to byli schopni pochopit.“

„Rodina a na základě jejich poznatků osoby profesně se zabírající touto tematikou.“

„V tomto případě lékař, sexuolog, psycholog apod.“

„Odborný poradce.“

„Osoby zvyklé spolupracovat s mentálně postiženými lidmi.“

„V první řadě rodina v doprovodu s nějakou odbornou institucí.“

„Ten kdo pečuje o výchovu do plnoletosti.“

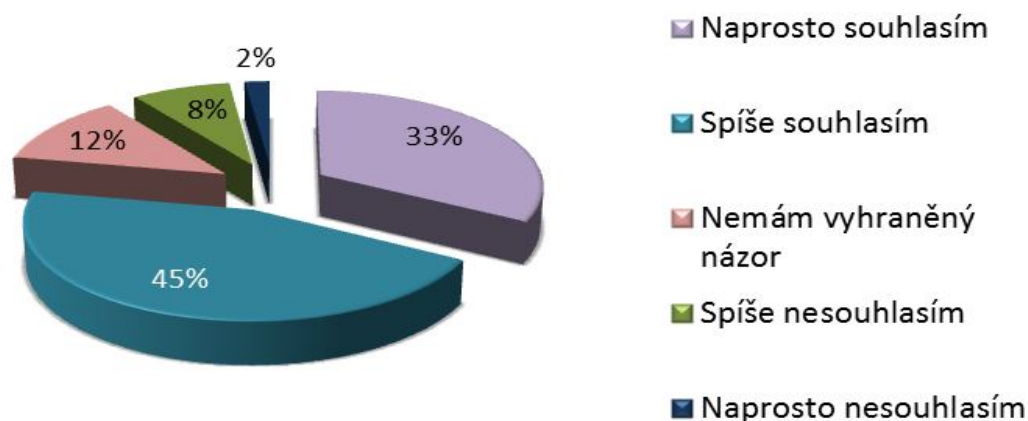
„Specialisté. Psychiatři apod.“

Otázka č. 18: Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

„Názory většiny lidí na sexualitu osob s mentálním postižením jsou ovlivněny předsudky.“

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Naprosto souhlasím	33	33%
Spíše souhlasím	45	45%
Nemám vyhraněný názor	12	12%
Spíše nesouhlasím	8	8%
Naprosto nesouhlasím	2	2%

Tab. 17: Předsudky ve společnosti



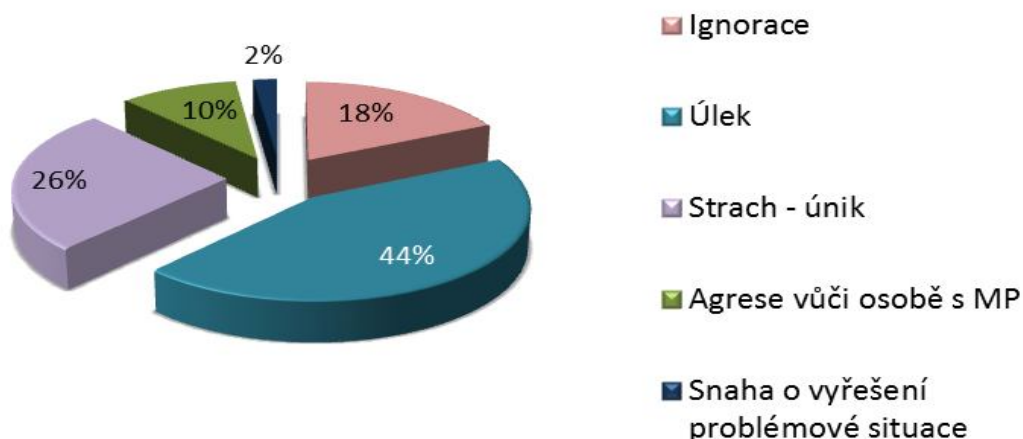
Graf 17: Předsudky ve společnosti

V rámci této otázky bylo cílem zjistit, zda společnost vnímá sexualitu lidí s mentálním postižením jako fenomén zatížený předsudky. Bylo zjištěno, že převážná většina respondentů s tímto výrokem souhlasí. Jak lze vidět z výše uvedené tabulky a grafu, 45% respondentů volilo možnost „Spíše souhlasím a 33% respondentů možnost „Naprosto souhlasím. Dohromady tedy 78% respondentů považuje sexualitu osob s mentálním postižením jako aspekt jejich života, který je více či méně předsudky poznamenán. Opačný názor zastává pouze 10% respondentů, kteří v 8% volili možnost „Spíše nesouhlasím, a v 2% naprosto nesouhlasím. Lze tedy usuzovat na to, že většinová společnost si je tohoto problému vědoma. Zbývajících 12% respondentů nemá k tomuto výroku vyhraněný postoj.

Otázka č. 19: Jaká je, dle Vašeho názoru, nejčastější reakce okolí na projev sexuality osoby s mentálním postižením na veřejnosti?

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Ignorace	18	18%
Úlek	44	44%
Strach – únik	26	26%
Agrese vůči osobě s MP	10	10%
Snaha o vyřešení problémové situace	2	2%

Tab. 18: Reakce na projev sexuality osob s MP



Graf 18: Reakce na projev sexuality osob s MP

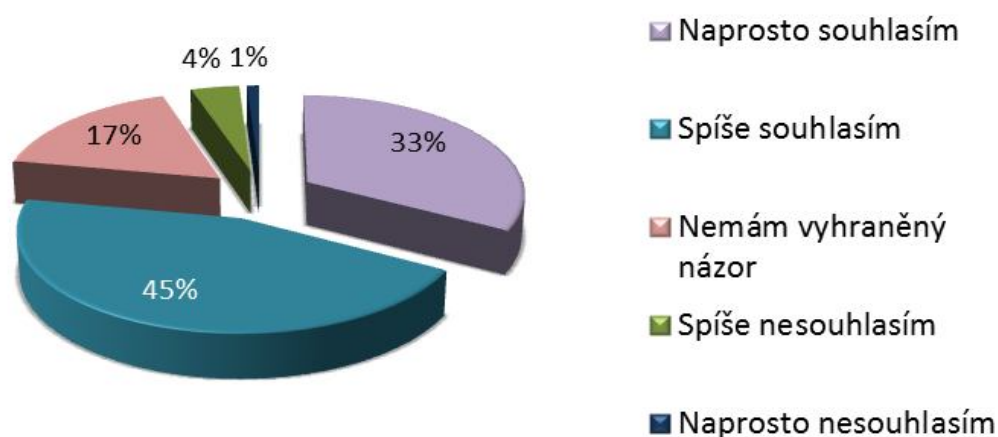
Cílem této otázky bylo zjistit, jak si respondenti (n = 100) představují typickou reakci okolí na projev sexuality osoby s mentálním postižením na veřejnosti. Respondentům bylo nabídnuto pět variant, ze kterých volili tu, která jim připada jako v této situaci nejpravděpodobnější. Největší počet respondentů (44%) vidí jako nejčastější reakci úlek, druhou nejčastější odpovědí byla reakce v podobě strachu a následného úniku, kterou zvolilo 26% respondentů. Ignorace byla vyhodnocena jako třetí nejčastější reakce na projev sexuality jedince s mentálním postižením na veřejnosti. Hodný pozornosti je také fakt, že 10% respondentů je toho názoru, že společnost na tento projev sexualiy bude reagovat nejčastěji agresí vůči těmto osobám a jen pouhá 2% respondentů stojí za snahou o vyřešení vzniklé problémové situace.

Otázka č. 20: Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

„V současnosti není intaktní společnosti poskytnut dostatek informací, které by umožnily lepší pochopení této problematiky a zbavily společnost předsudků.“

Možnosti; n = 100	Frekvence	%
Naprosto souhlasím	33	33%
Spíše souhlasím	45	45%
Nemám vyhraněný názor	17	17%
Spíše nesouhlasím	4	4%
Naprosto nesouhlasím	1	1%

Tab. 19: Informovanost společnosti



Graf 19: Informovanost společnosti

Na závěr jsme zvolili otázku, která se zaměřuje na problematiku informovanosti společnosti a její dostatečnosti v souvislosti s předcházením přetrvávání předsudků k sexualitě osob s mentálním postižením. Po vyhodnocení jsme zjistili, že až 78% respondentů (n = 100), kteří ve 45% volili možnost „Spíše souhlasím“ a ve 33% „Naprosto souhlasím“, vnímá současnou informovanost široké společnosti jako nedostačující pro lepší pochopení této problematiky a vyvrácení stále živých předsudků. Na opačném konci spektra stojí respondenti, kteří dostupné informace vnímají jako

dostatečné, ovšem jak lze vidět ve výše uvedené tabulce a grafu, jejich počet je značně nižší – 4% respondentů určili možnost „Spíše nesouhlasím“, pouhé 1% odpověď „Naprosto nesouhlasím“. Zbývajících 17% respondentů se k problematice informovanosti společnosti nevyjádřilo z důvodu nevyhraněného postoje.

Otázka č. 21: Pokud máte další připomínky k tomuto tématu, prosím, sdělte je zde.

Tato otázka byla doplňující a nepovinná, odpovídat mohli respondenti, kteří měli zájem se k této problematice dále vyjádřit. Učinilo tak 5 respondentů, jejichž odpovědi v doslovném znění uvádíme níže:

„Je těžké odpovídat na některé otázky, protože mentálně postižení mohou být postižení buď lehčí nebo těžší formou. A ještě těžší je odpovídat na tyto otázky, jelikož jsem se ve svém okolí s někým podobným nesetkala a tudíž se o tuto problematiku ani nezajímala.“

„Mám zkušenost pouze s člověkem jehož postižení je veliké (intelligence cca 5ti letého dítěte) a o sexualitě nemá ani ponětí. Ale vědět o co jde, jak už jsem psala ve smyslu aby nemohl být dotyčný zneužíván.“

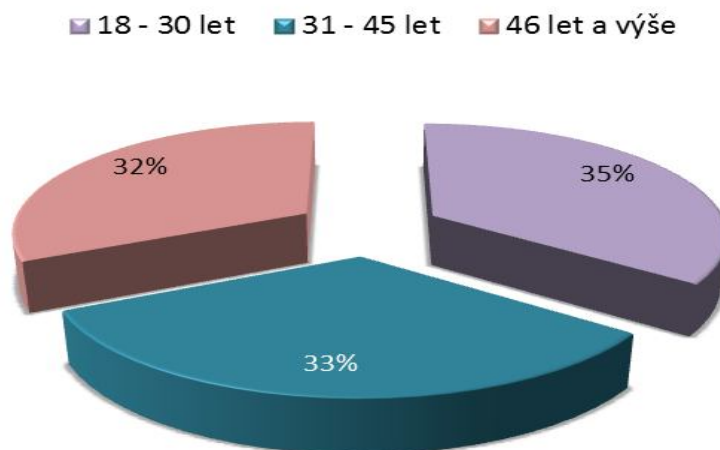
„Nemyslím si, že by společnost nebyla informována, ale spíše zavírá oči před tímto a mnohými jinými problémy. Kdo nemá v rodině postiženého jedince, se většinou chová jakože se ho to netýká. Bohužel musím konstatovat, že jsem na tom obdobně.“

„Zajímavé téma, kterému je potřeba věnovat pozornost. Naprosto podporuji výzkumy tohoto typu. Bylo by zapotřebí publikovat i mimo odborné kruhy pro osvětu většinové společnosti.“

Otázka č. 22: Věk

Věk	Frekvence	%
18 – 30 let	35	35%
31 – 45 let	33	33%
46 a výše	32	32%

Tab. 20: Věk



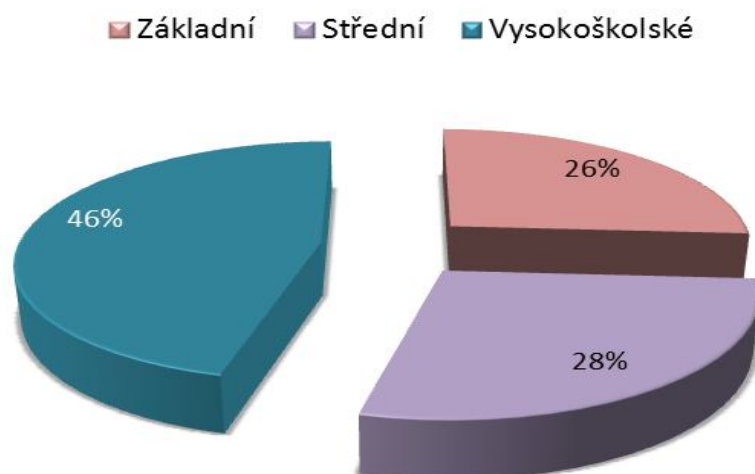
Graf 20: Věk

V úplném závěru dotazníku jsme zjišťovali demografické údaje respondentů ($n = 100$). Prvním údajem je věk, a jak vyplývá z výše uvedeného grafu i tabulky, 35% respondentů se nachází v první věkové kategorii, tedy v kategorii od 18 do 30 let, druhá věková kategorie (31 – 45 let) je zastoupena 33% respondentů a třetí věková kategorie (46 let a výše) 32% respondentů. Alespoň částečně rovnoměrné zastoupení všech věkových skupin je podstatné také pro zpracování dílčích cílů a vyhodnocení hypotéz této diplomové práce.

Otázka č. 23: Nejvyšší dosažená úroveň vzdělání

Úroveň vzdělání	Frekvence	%
Základní	26	26%
Střední	28	28%
Vysokoškolské	46	46%

Tab. 21: Dosažená úroveň vzdělání



Graf 21: Dosažená úroveň vzdělání

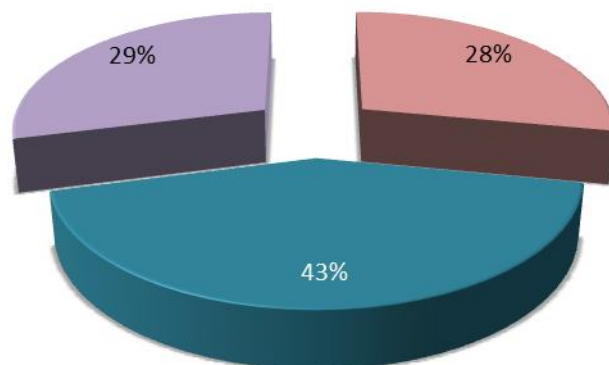
Dalším, pro výzkum podstatným demografickým údajem byla nejvyšší dosažená úroveň vzdělání. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že 46% respondentů ($n = 100$) tvoří vysokoškolsky vzdělaní lidé, 28% lidé se středním vzděláním a 26% osoby se vzděláním základním.

Otázka č. 24: Je vaše profese pomáhající profesí?

Profese	Frekvence	%
Pomáhající	28	28%
Jiné	43	43%
Nepracující (studenti, nezaměstnaní,...)	29	29%

Tab. 22: Typ profese

■ Pomáhající ■ Jiné ■ Nepracující (studenti, nezaměstnaní,...)



Graf 22: Typ profese

Posledním zjišťovaným údajem bylo, zda respondenti ($n = 100$) pracují či nepracují v pomáhající profesi. V dotazníku byl respondentům tento pojem vysvětlen, aby nedošlo k poskytnutí mylných informací. Zjištěno bylo, že 43% respondentů pracuje v jiné než pomáhající profesi, 29% respondentů není zaměstnáno nebo dosud studuje a 28% respondentů jsou pracovníci pomáhající profese.

Ověřování hypotéz

H1: Respondenti první věkové kategorie (18 – 30 let) mají pozitivnější přístup k právu osob s mentálním postižením na plnohodnotný sexuální život, než respondenti třetí věkové kategorie (46 let a výše).

Tato hypotéza byla na základě zjištěných informací potvrzena. Respondenti ve věku 18 – 30 let (35 respondentů) mnohem častěji volili možnosti ukazující na kladný postoj k právu na plnohodnotný sexuální život osob s mentálním postižením, než respondenti třetí věkové kategorie (32 respondentů). Největší názorové rozdíly lze vidět u odpovědi „Určitě ano“, kterou volil pouze jeden respondent ve věku 46 let a výše a také u odpovědi „Spíše ne“ a „Určitě ne“, kde je zastoupení odpovědí respondentů této věkové kategorie mnohem frekventovanější než u respondentů ve věku od 18 – 30let. Pro lepší přehlednost je četnost jednotlivých odpovědí u obou věkových kategorií uvedena v následující tabulce:

Možnosti	18 – 30 let 35 respondentů	46 let a výše 32 respondentů
Určitě ano	14	1
Spíše ano	16	13
Nemám vyhraněný názor	4	9
Spíše ne	1	7
Určitě ne	X	2

Tab. 23: Hypotéza H1

H2: Respondenti se základním vzděláním mají k masturbaci osob s mentálním postižením negativnější postoj, než respondenti s vysokoškolským vzděláním.

Hypotéza H2 byla na základě zjištěných údajů verifikována. Rozdíly mezi postoji respondentů se základním vzděláním (26 respondentů) a vysokoškolským vzděláním (46 respondentů) jsou však v tomto případě minimální, zejména protože musíme přihlídnout k nerovnoměrnému zastoupení těchto dvou kategorií. Zásadní pro falzifikaci této hypotézy však vidíme volbu odpovědí „Nepřípustné, použil/a bych tlumící léky“ a „Nežádoucí“, které jsou zastoupeny pouze respondenty majícími základní vzdělání. Z důvodu lepší přehlednosti uvádíme četnost zastoupení jednotlivých odpovědí u respondentů těchto dvou kategorií v následující tabulce:

Možnosti	Základní vzdělání 26 respondentů	Vysokoškolské vzdělání 46 respondentů
Přirozené	6	14
Akceptovatelné, pokud jsou vytvořeny optimální podmínky (soulad, hygiena, naučená technika masturbace,...)	18	30
Nežádoucí	1	X
Nepřípustné, použil/a bych tlumící léky	1	X
Jiné	X	2

Tab. 24: Hypotéza H2

H3: Respondenti pracující v pomáhajících profesích spíše uznávají potřebu partnerského vztahu osob s mentálním postižením, než respondenti pracující v jiných profesích.

V případě této hypotézy bylo zjištěno, že respondenti na pozicích jiných než pomáhajících profesí (43 respondentů) také vnímají důležitost potřeby partnerského vztahu osob s mentálním postižením, mnohem častěji než u respondentů na pozicích pomáhajících profesí (28 respondentů) se však objevují odpovědi tuto potřebu neuznávající. V rámci odpovědí tuto potřebu uznávajících, tedy „Spíše ano“ a „Určitě ano“ lze také vidět významné rozdíly mezi respondenty těchto dvou kategorií. Respondenti pracující v jiných než pomáhajících profesích velmi často volí odpověď „Spíše ano“, která akcentuje určité pochyby a není tak jednoznačná jako odpověď „Určitě ano“, kterou volili respondenti pomáhajících profesí. Hypotéza tedy byla na základě zjištěných faktů falzifikována. Zastoupení jednotlivých odpovědí pro větší názornost uvádíme v následující tabulce:

Možnosti	Typ profese: pomáhající 28 respondentů	Typ profese: jiná 43 respondentů
Určitě ano	19	3
Spíše ano	7	22
Nemám vyhraněný názor	2	9
Spíše ne	X	8
Určitě ne	X	1

Tab. 25: Hypotéza H3

H4: Respondenti druhé věkové kategorie (31 – 45 let) mají pozitivnější postoj k uzavření manželství mezi dvěma osobami s mentálním postižením, než respondenti první věkové kategorie (18 – 30 let).

V rámci této hypotézy jsme zjišťovali, zda starší věková kategorie, tedy respondenti ve věku 31 – 45 let (33 respondentů) mají k uzavření manželství osob s mentálním postižením pozitivnější postoj, než kategorie nejmladších respondentů, tedy těch ve věku 18 – 30 let (35 respondentů). V tomto případě nacházíme v odpovědích respondentů velmi malé nuance, neboť celých 71% respondentů s uzavřením manželství lidí s mentálním handicapem souhlasí. Také tato hypotéza však byla ověřena, neboť respondenti nejmladší věkové kategorie s tímto nesouhlasí častěji,

než respondenti staršího věku. Tato tendence lze vidět také v otázce, kde se respondenti k této problematice vyjadřovali způsobem volných odpovědí. Lidé ve věku od 31 – 45 let ve většině případů neviděli důvod, proč by tyto osoby manželství uzavřít nemohly, zatímco respondenti nejmladší věkové kategorie nevidí pro uzavírání manželství důvod a objevil se také názor, že manželství samo o sobě je „srandovní“ institucí.“ Zastoupení jednotlivých odpovědí uvádíme v následující tabulce:

Možnosti	18 – 30 let 35 respondentů	31 – 45 let 33 respondentů
Ano	22	28
Ne	6	2
Neumím se vyjádřit	7	3

Tab. 26: Hypotéza H4

H5: Respondenti nepracující v pomáhajících profesích vidí sterilizaci jako vhodný prostředek k zabránění početí častěji, než respondenti pracující v pomáhajících profesích.

Sterilizaci vnímá jako vhodný prostředek k zabránění početí 23% respondentů z celkového počtu respondentů (n=100), tzn. že tato odpověď byla zvolena 23 respondenty. Po vyhodnocení odpovědí jednotlivých respondentů bylo zjištěno, že tuto možnost volilo 16 respondentů z celkového počtu 43 respondentů na pozicích jiných než pomáhajících profesí. U respondentů pracujících v pomáhajících profesích tomu tak bylo pouze ve dvou případech. Na základě těchto údajů byla tato hypotéza falzifikována.

H6: Respondenti se základním vzděláním se k rodičovství osob s mentálním postižením staví kladněji, než respondenti se vzděláním vysokoškolským.

Při vyhodnocování získaných dat pro ověření této hypotézy byly zjištěny velké rozdíly v názorech mezi lidmi se základním vzděláním (26 respondentů) a vzděláním vysokoškolským (43 respondentů). Zajímavým faktem je, že ač necelá polovina všech respondentů (43%) volila možnost „Spíše ne“, u respondentů se základním vzděláním tak učinil pouze jeden respondent, zatímco vysokoškolsky vzdělaní respondenti tuto odpověď zvolili ve 24 případech. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti také častěji volili možnost „Určitě ne“ a vyjádřili tak svůj nesouhlas s rodičovstvím osob s mentálním postižením v mnohem větší míře, než jak je tomu u respondentů se základním

vzděláním. Hypotéza na základě těchto dat byla verifikována. Pro názornost uvádíme zastoupení jednotlivých odpovědí v následující tabulce:

Možnosti	Základní vzdělání 26 respondentů	Vysokoškolské vzdělání 43 respondentů
Určitě ano	3	1
Spíše ano	9	6
Nemám vyhraněný názor	9	7
Spíše ne	1	24
Určitě ne	4	8

Tab. 27: Hypotéza H6

H7: Respondenti třetí věkové kategorie (46 let a výše) mají negativnější postoj k sexuální výchově osob s mentálním postižením, než respondenti druhé věkové kategorie (31 – 45 let).

Tato hypotéza byla na základě zjištěných údajů ověřena. Respondenti starší 46 let (32 respondentů) se k otázce sexuální výchovy staví mnohem negativněji, než je tomu u respondentů ve věku 31 – 45 let (33 respondentů). Tento fakt podtrhuje také skutečnost, že možnost označující sexuální výchovu za nežádoucí, neboť se díky ní probouzejí sexuální touhy jedinců s mentálním postižením, označilo 5 respondentů nejstarší kategorie, což činí 100% volby této odpovědi. Respondenti ve věku 46 a více let také mnohem méně vidí sexuální výchovu osob s mentálním postižením jako nutnou. Názorné zastoupení odpovědí uvádíme v následující tabulce:

Možnosti; Sexuální výchova je:	31 – 45 let 33 respondentů	46 a více let 32 respondentů
nutná	25	14
vhodná	6	13
nežádoucí, její realizaci se probouzejí sexuální touhy u osob s MP	X	5
jiné	2	X

Tab. 28: Hypotéza H7

Shrnutí výsledků

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením a některým jejím problematickým aspektům. Po vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že jednotliví respondenti intaktní společnosti zastávají k jednotlivým oblastem sexuálního života jedinců s mentálním postižením různé postoje. Prostřednictvím provedeného empirického šetření bylo zjištěno velké množství faktů, které tyto nestejně postoje k sexualitě osob s mentálním postižením ilustrují.

Získaná data poukazují např. na fakt, že ve společnosti jsou stále zakořeněny předsudky týkající se sexuality lidí s mentálním postižením, přičemž soudě odpovědi respondentů si je jejich většina vědoma toho, že tyto předsudky mohou vyplývat z nedostatečné informovanosti, jejíž zlepšení by vzniku a přetrvávání těchto mýtů mohlo zamezit. S tímto souvisí také názor nadpoloviční většiny respondentů, kteří vnímají problematiku sexuality jedinců s mentálním postižením jako hodnou pozornosti a přiznávají osobám s mentálním postižením právo na plnohodnotný sexuální život, což lze chápat velmi pozitivně. Jako vhodná je respondenty chápána nejen větší informovanost společnosti, ale také větší informovanost osob s mentálním postižením jak o jejich právech v oblasti sexuality tak také v rámci sexuální výchovy, která se respondentům v největším měřítku jeví jako nutná.

Zajímavý je také fakt, že ač se s projevem sexuality jedince s mentálním postižením setkala pouze necelá 1/3 respondentů, přetrvává názor, že nejčastější reakcí okolí by byl úlek, únik, ignorace či dokonce agrese vůči osobě s mentálním postižením. Postoj, že by došlo ke snaze o vyřešení této situace, zastává pouze mizivý počet respondentů. Naopak se sebeuspokojováním osob s mentálním postižením většina respondentů souhlasí, často je ovšem akcentován požadavek na vytvoření adekvátních podmínek, které by zabránily právě např. provádění této činnosti na veřejnosti.

Otázka partnerství a odpovědi respondentů se ukázaly jako úzce spojené s rizikem možného rodičovství osob s mentálním postižením. Ačkoliv většina respondentů přiznává osobám s mentálním postižením stejnou míru potřeby partnerského vztahu, jako mají lidi majoritní společnosti, i právo na uzavření manželství (pokud nedošlo ke zbavení svéprávnosti), ve volných odpovědích respondentů lze vidět obavu z případného početí, což potvrzuje také fakt, že nadpoloviční většina respondentů nepřiznává lidem s mentálním handicapem právo zplodit potomka, přičemž největší obavy vyplývají z možného rizika genetického poškození plodu a tím pádem narození dalšího jedince s postižením. Tento postoj výrazně podtrhuje skutečnost, že ač jde o

eticky velmi závažný problém, skoro celá 1/3 respondentů by se rozhodla pro definitivní a nevratné znemožnění početí osob s mentálním postižením, tedy sterilizaci.

V rámci dílčích cílů empirického šetření jsme se zaměřili na analýzu získaných dat, která byla diferencována z hlediska věku, nejvyššího dosaženého stupně vzdělání respondentů a také z hlediska toho, zda se jedná či nejedná o respondenty na pozicích pomáhajících profesí. Pro splnění dílčích cílů bylo stanoveno sedm hypotéz, které byly právě pomocí této diferenciací ověřovány. Ověřením hypotéz bylo zjištěno, že postoje společnosti k jednotlivým tématům v těchto hypotézách řešených se skutečně liší, a to jak podle věku, nejvyššího dosaženého stupně vzdělání, tak také podle toho, zda se jedná či nejedná o jedince pracujícího v některé z pomáhajících profesí.

5.4 Diskuse

Tato podkapitola se zaměřuje na možná zlepšení postojů společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením a jejím problematickým oblastem, které byly řešeny v empirické části této diplomové práce.

Prvním bodem by mělo být zlepšení celkové informovanosti a osvěty společnosti, která dosud přistupuje k sexualitě lidí s mentálním handicapem s předsudky a neřídka dochází také k tabuizování této problematiky. Následkem toho se jedincům s mentálním postižením nedostává dostatečné péče a podpory, která by jejich situaci ve společnosti zlepšila a umožnila jim tak prožívat plnohodnotný život bez nutnosti potýkat se s nejrůznějšími překážkami. Je nutno, aby si intaktní společnost uvědomila, že lidé s mentálním postižením jsou lidmi stejně jako ostatní, bez ohledu na přítomnost mentálního znevýhodnění, čemuž by mohlo pomoci kladení větší pozornosti na toto téma a větší pronikání informací mimo odbornou veřejnost.

Nesmírně důležitým faktorem je v tomto ohledu také sexuální výchova, která by měla jedincům s mentálním postižením pomoci pochopit jednotlivé aspekty sexuálního života. Sexuální výchova by neměla být realizována pouze v rámci školy či jiné vzdělávací instituce, ale měla by probíhat především v rámci rodiny a také celé společnosti. Právě rodina a společnost by měla být pro osoby s mentálním postižením vzorem, ze kterého by mohli čerpat zejména praktické zkušenosti a budovat si adekvátní hodnoty a schopnost přizpůsobit se normám společnosti. Informace by měly také být přizpůsobeny individuálním možnostem a schopnostem jednotlivých jedinců

s mentálním postižením a podávány v průběhu celého života, především pak ve chvílích, kdy je to nejvíce potřeba. Velmi podstatné je také zajistit, aby osoby s mentálním postižením v případě potřeby vždy věděly, kde dané informace získat, popř. na koho se s žádostí o pomoc obrátit.

Adekvátní sexuální výchovou a osvětou můžeme zamezit také chování a projevům, které jsou společností vnímány jako nepřijatelné. V této diplomové práci byla řešena především masturbace a projevy sexuality jedinců s mentálním postižením na veřejnosti. V tomto kontextu je očividné, že pokud poskytneme osobám s mentálním postižením dostatek soukromí, popř. naučíme je využívat místa vhodná k těmto činnostem a postaráme se o to, aby nedocházelo ke zraňování či jinému poškozování těchto jedinců, můžeme snadno docílit značné eliminace těchto projevů na veřejnosti, kde jsou pak chápány jako nevhodné. Tímto způsobem lze tedy pomoci lidem s mentálním postižením hned v několika ohledech. Pokud se nám podaří eliminovat nevhodné činnosti jedinců na veřejnosti, přispějeme tím k normalizaci a zmírnění tabuizace sexuálního života těchto osob a zároveň zajistíme v případě potřeby žádoucí vybití sexuální tenze.

Změny v postojích společnosti by se měly také týkat partnerství těchto osob, neboť za současné situace nemají příliš možností k navazování vztahů a často také nejsou vytvořeny podmínky, ve kterých by bylo těmto jedincům umožněno partnerský vztah rozvíjet a pečovat o něj. V tomto případě hraje důležitou roli hlavně integrace jedinců do společnosti a snaha o vytvoření adekvátních podmínek na společný život osob s mentálním postižením. Manželství osob s mentálním postižením se po vyhodnocení získaných dat ukázalo jako společností ve větší míře akceptované, pokud nedošlo u těchto osob ke zbavení svéprávnosti. Velmi závažnou se jeví spíše problematika rodičovství jedinců s mentálním handicapem a tudíž i problematika antikoncepce. O těchto problematických oblastech by měli být lidé s mentálním postižením dokonale poučeni. V případě antikoncepce je nutno klást důraz na seznámení s jejím používáním, na pečlivé zvážení formy antikoncepce s přihlédnutím k tomu, aby její používání vyhovovalo individuálním potřebám každého z jedinců s mentálním postižením. Pokud je zvažována sterilizace, je nutno zamezit jejímu zneužívání či nedobrovolnému provedení.

Rodičovství osob s mentálním postižením je chápáno spíše jako nežádoucí. Společnost má obavy především s rizika genetického poškození plodu a tím pádem narození dalšího jedince s mentálním postižením. Rizikovým faktorem však je také

skutečnost, že pokud již dojde k narození dítěte těmto rodičům, bez ohledu na možnou přítomnost postižení, ne vždy jsou tito rodiče se o své dítě adekvátně postarat, čímž je dále zatížen jak další život a průběh vývoje dítěte, tak také společnost, která za tohoto jedince dále přebírá zodpovědnost. Je proto nutné, aby společnost a zejména lidé pečující o osoby s mentálním postižením poskytli těmto lidem dostatečnou osvětu také v tomto směru, tedy aby si uvědomili, jaká rizika, zodpovědnost a povinnosti s sebou početí dítěte přináší.

Lidem s mentálním postižením by tedy nemělo být upíráno právo na lásku, sexualitu a intimní život, neboť právě tyto aspekty života často přináší psychické uvolnění, zlepšují fyzické zdraví a jsou zdrojem lidského štěstí. Intaktní společnost by měla tato fakta přijmout a snažit se o vytvoření optimálního prostředí pro plné naplnění těchto životně důležitých potřeb.

ZÁVĚR

Diplomová práce *Postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením* byla zaměřena na zpracování teoretických poznatků s touto problematikou spojených a dále pak na zjištění postojů společnosti k tomuto problému a dalším aspektům s ním souvisejících.

Teoretická část diplomové práce byla zpracována s využitím dostupné odborné literatury, která je na toto téma zaměřena a byla rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole byla popsána problematika mentálního postižení, tedy vymezení tohoto pojmu a jeho definování. V kapitole byla uvedena také etiologie, klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení. Následující kapitola pojednávala o sexualitě a byly v ní vymezeny základní pojmy z této oblasti, psychosexuální vývoj, funkce sexuality a také je zde popsána problematika sexuální výchovy. Třetí teoretická kapitola byla orientována na oblasti, které se ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením jeví jako nejproblematictější, konkrétně tedy na možnosti vybití sexuální tenze těmito osobami, antikoncepci, partnerství a s ním spojené rodičovství, dále pak na otázku sexuálního zneužívání. Poslední kapitola teoretické části se zabývá legislativou řešící tuto problematiku, historickým vývojem náhledů na sexualitu a přístupy a postoji k sexualitě osob s mentálním postižením v ČR, Dánsku, Švédsku a Polsku.

Stěžejní pro tuto práci však bylo empirické šetření, které bylo realizováno pomocí kvantitativní výzkumné strategie. Metodou zvolenou pro tento výzkum byl dotazník, který byl vyplněn stem respondentů a získaná data byla vyhodnocena v podobě tabulek, grafů a následných komentářů. Pro splnění dílčích cílů byly stanoveny hypotézy.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit postoje intaktní společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením a problémovým otázkám s ní spojenými, tedy zjistit postoje k aktivnímu sexuálnímu životu, partnerství, rodičovství, užívání antikoncepce, zneužívání a sexuální výchově jedinců s mentálním postižením. Hlavní cíl diplomové práce byl naplněn a výzkumným šetřením byly odkryty postoje společnosti k těmto aspektům sexuálního života lidí s mentálním postižením.

Z analýzy získaných údajů vyplývá, že postoje k jednotlivým otázkám týkajícím se sexuality osob s mentálním postižením se liší, vždy ale v různé míře. Nejvíce negativní postoj zastávají respondenti k rodičovství osob s mentálním postižením, v dalších oblastech lze názory pokládat za spíše pozitivní, ovšem velmi často je akcentován požadavek na vytvoření optimálních podmínek pro realizaci různých dílčích aspektů sexuálního života těchto lidí.

Dílčí cíle se zaměřovaly na analýzu získaných dat na základě diferenciací z hlediska věku, nejvyššího dosaženého stupně vzdělání a skutečnosti, zda se jedná o respondenta pracujícího v rámci některé z pomáhajících profesí. Pro splnění dílčích cílů byly stanoveny hypotézy, které s těmito kategoriemi pracovaly. Tyto hypotézy byly následně ověřeny. Jelikož došlo k verifikaci všech hypotéz, lze usuzovat na fakt, že věk, dosažený stupeň vzdělání i umístění na pozici v pomáhající profesi má na vnímání sexuality osob s mentálním postižením vliv.

RESUMÉ

Cílem diplomové práce „*Postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením*“ je popsat témata, která se této problematice týkají a také pomocí empirického šetření zjistit, jaké postoje zastává společnost k jednotlivým problematickým oblastem, které se sexuality lidí s mentálním handicapem týkají. Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická, skládá se ze čtyř kapitol a je podkladem pro tvorbu druhé části práce, která je empirická. V teoretické části se práce zaměřuje na vymezení základních pojmů týkajících se mentálního postižení, sexuality jako takové a také problematických oblastí sexuality se zaměřením na osoby s mentálním postižením. Popsána jsou zde témata mentálního postižení, sexuality a jejích funkcí, psychosexuálního vývoje, možnosti vybití sexuální tenze, masturbace, antikoncepce či sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením. Vymezen je zde také legislativní rámec vztahující se k sexualitě jedinců s mentálním postižením, historické názory na tuto problematiku a postoje společnosti v ČR i v dalších evropských zemích. Výzkumná část práce je zaměřena na sběr dat, jejich následné vyhodnocení a interpretaci. Pro její zpracování byla využita technika dotazníku, který byl vyhodnocen v podobě tabulek a grafů, přičemž údaje v nich uvedené popisují postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením.

SUMMARY

The aim of this thesis named “*Postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením*” is to describe topics that concern problems connected with people with intellectual disability and to find out stances of society towards every single problematic area which relates to these people. The thesis is divided into two parts. The first part is theoretical consisting of four chapters and is the foundation of the second part which is empirical. The theoretical part is focused on defining basic terms which relate to intellectual disability, sexuality as such, and also problematic areas of sexuality focused on people with intellectual disability. Topics of intellectual disability, sexuality and its functions, psychosexual development, possibilities of releasing sexual tension, masturbation, contraception and sexual abusing of people with intellectual disability are described in this thesis. Legislative framework related to people with intellectual disability, historical view on this topic and attitude not only of Czech society but also of the other European countries are specified. The research part of the thesis is focused on

collection of data, their evaluation and interpretation. Questionnaire method was used to elaborate the collected data and the questionnaires were evaluated using diagrams and tables where the entries which are given describe stances of society on sexuality of people with intellectual disability.

Použitá literatura

ANTONOV, V. *Sexuologie: Vývoj a regulace pohlavního systému*. Brněnská OAZA: Brno, 1993. ISBN 80-90-1041-5-0.

BARTOŇOVÁ, M; VÍTKOVÁ, M. *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

BAZALOVÁ, B. Autismus, vztahy a sexualita u nás a v zahraničí. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*: Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

BINAROVÁ, I. *Partnerství, sexualita a rodina*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. ISBN 80-244-0138.

BORNEMAN, E. *Encyklopedie sexuality*. Praha: Victoria Publishing, 1990. ISBN 80-85605-17-1

BRZEK, A. a kol. *Průvodce sexualitou člověka*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1993. ISBN 80-04-25814-X.

CAPPONI, V., NOVÁK, T., HAJNOVÁ, R. *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 149 s. ISBN 80-7169-115-1.

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DIDEROT, kol. autorů. *Všeobecná encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902555-2-3.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973. ISBN 08-051-73

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80- 86022-76-5.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAJNOVÁ, R; KLEINOVÁ, S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-359-7.

- HAVLÍN, M. Volba hormonální antikoncepce pro mentálně postižené. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- HLOUŠEK, J. Konflikt zájmu jedince a zájmu společnosti při naplňování práva osob s mentálním postižením rozhodnout se, zda a kdy mít děti. In *Sexualita mentálně postižených – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- KUKLOVÁ, I. Sexuálně přenosná onemocnění. In WEISS, P. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 579-612. ISBN 978-80-247-2492-8.
- LIŠTIAK - MANDZÁKOVÁ, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.
- MACHOVÁ, J., MARÁDOVÁ, E., KLEMENTA, J. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (Základy sexuální výchovy)*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. ISBN 80-86039-63-3.
- MARKOVÁ, D. Sexualita u osob s mentálním postižením. In *Sexualita mentálně postižených – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- MILTÖHNER, M. Právní problematika sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 8090351905.
- NOVOSAD, L. Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: ELÁN, 2002.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- OAKLEY, A. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-403-6.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ J. *Nezralá sexualita*. Avicenum: Praha, 1990. ISBN 08-009-90.
- PÖTHE, P.: *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G, 1999, ISBN 80-86103-21-8
- PÖTHE, P., MATZNEROVÁ, I., VELEMÍNSKÝ, M. Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: ELÁN, 2002.

- RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén-Karolinum, 2001. ISBN 8072621408.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 80-244-0646-2.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-2471733-3.
- SLOWÍK, J. Příprava mentálně handicapovaných osob dlouhodobě žijících v rezidenční péči na partnerské soužití. In *Sexualita mentálně postižených – II*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1982. 14-072-86.
- SPIPKOVÁ, J. Psychosexuální vývoj a jeho poruchy. In VENGLÁŘOVÁ, M.; EISNER, P. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.
- SVATOŠ, J. Sexuální výchova mentálně postižených dětí a dospívajících. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
- THOROVÁ, K., JÚN, H. *Vztahy, intimity a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. 1. vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy, 2012. 114 s. ISBN 978-80-260-2759-1.
- UZEL, R. Antikoncepce u mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: GRADA, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. *PSYCHOPEDIE: Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. *PSYCHOPEDIE: Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika, integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VOJTOVÁ, V. Zkušenosti z výchovy k sexuálnímu životu mentálně retardovaných v Dánsku. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. a kol. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-27-3.

VRUBLOVÁ, Y. *Sexualita, přirozená potřeba: malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2005. ISBN 80-7204-406-0.

ZVĚŘINA, J.; *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

ZVĚŘINA, J.; BUDÍNSKÝ, V. *Vše o sexu: Sexuologie a sexuální praxe pro každého*. Praha: Ikar, 2004. ISBN 80-249-0460-8.

Internetové zdroje:

KIJAK, R.J. *A Desire for Love: Considerations on Sexuality and Sexual Education of People with Intellectual Disability in Poland* [online] c2010. [cit. 16. 4. 2014]. Dostupné z www: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11195-010-9184-2#page-1>

Löfgren – Martenson, L. „May I?“ *About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities*. [online] c2004. [cit. 16. 4. 2014]. Dostupné z www: <http://link.springer.com/article/10.1023/B:SEDI.0000039062.73691.cb#page-1>

ZVĚŘINA, J. *Psychofyzologie lidské sexuality*. In: *WikiSkripta* [online] c2011 [cit. 10. 2. 2014]

Dostupné z www:

http://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Psychofyzologie_lidsk%C3%A9_sexuality&oldid=117307

Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách [on-line],
2010. [cit. 2014-03-25]. Dostupné z www: <<http://www.msmt.cz/file/10974>>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

- Tab. 1: Předsudky u sexuality osob s MP
- Tab. 2: Osobní setkání s projevem sexuality jedince s MP
- Tab. 3: Závažnost problematiky sexuality osob s MP
- Tab. 4: Nejproblematictější oblasti sexuality osob s MP
- Tab. 5: Právo na plnohodnotný sexuální život osob s MP
- Tab. 6: Informování o právech v oblasti sexuality
- Tab. 7: Názory na sebeuspokojování osob s MP
- Tab. 8: Potřeba partnerských vztahů osob s MP
- Tab. 9: Problematické oblasti partnerství osob s MP
- Tab. 10: Souhlas s uzavřením manželství u osob s MP
- Tab. 11: Antikoncepce u osob s MP
- Tab. 12: Právo mít dítě u osob s MP
- Tab. 13: Rizikové faktory rodičovství osob s MP
- Tab. 14: Sexuální zneužívání
- Tab. 15: Sexuální výchova osob s MP
- Tab. 16: Poskytovatelé sexuální výchovy u osob s MP
- Tab. 17: Předsudky ve společnosti
- Tab. 18: Reakce na projev sexuality osob s MP
- Tab. 19: Informovanost společnosti
- Tab. 20: Věk
- Tab. 21: Dosažená úroveň vzdělání
- Tab. 22: Typ profese
- Tab. 23: Hypotéza H1
- Tab. 24: Hypotéza H2

Tab. 25: Hypotéza H3

Tab. 26: Hypotéza H4

Tab. 27: Hypotéza H6

Tab. 28: Hypotéza H7

Seznam grafů

Graf 1: Předsudky u sexuality osob s MP

Graf 2: Osobní setkání s projevem sexuality jedince s MP

Graf 3: Závažnost problematiky sexuality osob s MP

Graf 4: Nejproblematictější oblasti sexuality osob s MP

Graf 5: Právo na plnohodnotný sexuální život osob s MP

Graf 6: Informování o právech v oblasti sexuality

Graf 7: Názory na sebeuspokojování osob s MP

Graf 8: Potřeba partnerských vztahů osob s MP

Graf 9: Problematické oblasti partnerství osob s MP

Graf 10: Souhlas s uzavřením manželství u osob s MP

Graf 11: Antikoncepce u osob s MP

Graf 12: Právo mít dítě u osob s MP

Graf 13: Rizikové faktory rodičovství osob s MP

Graf 14: Sexuální zneužívání

Graf 15: Sexuální výchova osob s MP

Graf 16: Poskytovatelé sexuální výchovy u osob s MP

Graf 17: Předsudky ve společnosti

Graf 18: Reakce na projev sexuality osob s MP

Graf 19: Informovanost společnosti

Graf 20: Věk

Graf 21: Dosažená úroveň vzdělání

Graf 22: Typ profese

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Volné odpovědi respondentů na otázku č. 5 (tabulka)

Příloha č. 3: Volné odpovědi respondentů na otázku č. 11 (tabulka)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který se vztahuje k sexualitě osob s mentálním postižením. Vaše odpovědi budou zcela anonymní a výsledky výzkumu budou použity pouze pro zpracování praktické části mé diplomové práce, jejímž cílem je analyzovat postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením.

1) Souhlasíte s některým z následujících výroků?

Označte všechny, které jsou dle Vašeho názoru pravdivé.

- ☐ Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud
- ☐ Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem
- ☐ Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb
- ☐ Problémům se sexualitou osob s mentálním postižením se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví
- ☐ Nesouhlasím s žádným z výroků

2) Setkal/a jste se někdy s projevem sexuality jedince s mentálním postižením?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, kde a jaká byla Vaše reakce?

3) Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

Problematiku sexuality osob s mentálním postižením považuji za hodnou pozornosti.

Určitě ano Spíše ano Nemám vyhraněný názor Spíše ne Vůbec ne

4) Seřad'te následující oblasti podle toho, které Vám, ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením, připadají nejproblematičtější.

(od nejvíce po nejméně problematickou; označte číslem 1 – 7)

- ☐ Vnímání vlastního těla _____
- ☐ Masturbace _____
- ☐ Hygiena _____
- ☐ Antikoncepce _____
- ☐ Pohlavní styk _____
- ☐ Sexuální zneužívání _____
- ☐ Rodičovství _____

5) Na následující výrok odpovězte, prosím, dle svého názoru.

Osoby s mentálním postižením mají stejné právo na plnohodnotný sexuální život, stejně jako lidé bez postižení.

Určitě ano

Spíše ano

Nemám vyhraněný názor

Spíše ne

Určitě ne

Svou odpověď krátce

zdůvodněte _____

6) Myslíte si, že by měli být jedinci s mentálním postižením informováni o svých právech v oblasti sexuality?

☐ Ano

☐ Ne

☐ Neumím se vyjádřit

7) Která z uvedených možností **nejlépe vystihuje Váš názor na sebeuspokojování osob s mentálním postižením?**

Sebeuspokojování osob s mentálním postižením je:

☐ Přirozené

☐ Akceptovatelné, pokud jsou vytvořeny přiměřené podmínky (soukromí, hygiena, naučená technika masturbace...)

☐ Nežádoucí

☐ Nepřípustné, použil/a bych tlumící léky

☐ Jiné

(prosím, popište) _____

8) Na následující výrok odpovězte, prosím, dle svého názoru.

Potřeba partnerských vztahů u osob s mentálním postižením je stejná, jako u osob bez postižení.

Určitě ano

Spíše ano

Nemám vyhraněný názor

Spíše ne

Vůbec ne

9) V čem vidíte **největší** problém v rámci fungování partnerských vztahů osob s mentálním postižením?

Seřad'te prosím, dle Vašeho názoru, od nejvíce po nejméně významný problém; označte číslem 1 – 5.

- ☐ Schopnost udržení partnerského vztahu

- ☐ Nutnost vytvoření podmínek pro partnerskou koexistenci

- ☐ Schopnost navázání partnerského vztahu

- ☐ Problematika samostatného bydlení osob s mentálním postižením

- ☐ Nutnost osvětové průpravy osob s mentálním postižením

10) Souhlasíte s uzavřením manželství mezi dvěma plnoletými osobami s mentálním postižením, které nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Neumím se vyjádřit

11) Prosím, krátce vysvětlete, proč souhlasíte nebo nesouhlasíte s uzavřením manželství mezi dvěma plnoletými osobami s mentálním postižením, které nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům.

12) Jaká forma antikoncepce je dle Vašeho názoru **nejvhodnější** pro osoby s mentálním postižením?

- ☐ Žádná
- ☐ Prezervativy
- ☐ Antikoncepční pilulky
- ☐ Nitroděložní tělíska
- ☐ Hormonální injekce
- ☐ Definitivní ochrana před početím - sterilizace

13) **Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.**

Pokud chtějí, mají osoby s mentálním postižením právo mít děti.

Určitě ano Spíše ano Nemám vyhraněný názor Spíše ne Určitě ne

14) Které z následujících faktorů považujete za nejvíce rizikové ve vztahu k rodičovství osob s mentálním postižením?

Seřad'te prosím následující faktory dle Vašeho názoru od nejvíce po nejméně rizikový; označte číslem 1 – 4.

- Riziko genetického poškození plodu

- Pouze „romantická“ představa osob s mentálním postižením o rodičovství

- Požadavek schopnosti a ochoty postarat se o dítě

- Přenos povinnosti péče o dítě na prarodiče, příbuzné

15) Myslíte si, že osoby s mentálním postižením se stávají obět'mi sexuálního zneužívání **častěji**, než lidé bez postižení?

- Ano
- Ne
- Neumím se vyjádřit

16) Která z uvedených odpovědí nejvíce odpovídá Vašemu názoru na sexuální výchovu osob s mentálním postižením?

- Je nutná, osoby s mentálním postižením mají méně snadný přístup k získávání informací
- Je vhodná
- Je nežádoucí, její realizaci se pouze probouzejí sexuální touhy u osob s mentálním postižením
- Jiné (prosím, popište) _____

17) Kdo by měl, dle Vašeho názoru, mít největší podíl na sexuální výchově osob s mentálním postižením?

- Škola
- Spolužáci, známí, kamarádi
- Rodina
- Jiné (prosím, popište) _____

18) Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

Názory většiny lidí na sexualitu osob s mentálním postižením jsou ovlivněny předsudky.

Naprosto souhlasím Spíše souhlasím Nemám vyhraněný názor Spíše nesouhlasím Naprosto nesouhlasím

19) Jaká je, dle Vašeho názoru, nejčastější reakce okolí na projev sexuality osoby s mentálním postižením na veřejnosti?

- ☐ Ignorance
- ☐ Úlek
- ☐ Strach – únik
- ☐ Agrese vůči osobě s mentálním postižením
- ☐ Snaha o vyřešení problémové situace

20) Na následující výrok, prosím, odpovězte dle svého názoru.

V současnosti **není** intaktní společnosti poskytnut dostatek informací, které by umožnily lepší pochopení této problematiky a zbavily společnost předsudků.

Naprosto souhlasím Spíše souhlasím Nemám vyhraněný názor Spíše nesouhlasím Naprosto nesouhlasím

21) Pokud máte další připomínky k tomuto tématu, prosím, sdělte je zde:

22) Věk:

- ☐ 18 – 30
- ☐ 31 – 45
- ☐ 46 a více

23) Nejvyšší dosažená úroveň vzdělání:

- ☐ Základní
- ☐ Střední
- ☐ Vysokoškolské

24) Je Vaše profese pomáhající profesí?*

- ☐ Ano
- ☐ Ne

*Pomáhající profese je taková, jejíž teorie, výzkum i praxe se zaměřuje na pomoc druhým. Jedná se např. o lékaře, zdravotní sestry, psychiatry, psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky apod.

Příloha č. 2: Volné odpovědi respondentů na otázku č. 5 (tabulka)

Zvolená možnost		Odpovědi respondentů
Určitě ano	1.	„Nevidím důvod, proč by ho mít neměly.“
	2.	„Jsou lidé stejně jako všichni ostatní, není důvod proč by neměli mít stejná práva na sexuální život.“
	3.	„Všichni jsme boží děti.“
	4.	„Jedná se o dospělého člověka, který je postižen mentálně, ne sexuálně. Má tedy stejné právo na sex, jako každý jiný.“
	5.	„Mají právo.“
	6.	„Je to jejich věc, asi záleží na druhu postižení.“
	7.	„Sexuální život je intimní věcí každého a nikdo nemá právo do něj druhým zasahovat. Druhou stranou mince je do jaké míry si postižení uvědomují riziko zplození potomků, kterou to samozřejmě nekončí.“
	8.	„Jsou to lidé jako všichni ostatní, se svými přirozenými pudů a potřebami.“
	9.	„Sexuální život spočívá v uspokojování pudů a potřeb, v případě, že by nebyly uspokojovány, dojde k frustraci či deprivaci.“
	10.	„Lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby jako lidé bez postižení, proto nevidím důvod, proč by jim tato činnost měla být odepírána.“
	11.	„Pokud k tomu najdou partnera, nevidím v tom problém.“
	12.	„Jsou to lidské bytosti.“
	13.	„Myslím si, že vnímání sexuality je pudovou záležitostí a vnímají ji stejně lidé s nebo bez postižení. Proto i lidem s postižením by mělo být dopřáno těchto slastí :)“
	14.	„Napadá mne otázka a proč ne? Pokud obě strany souhlasí a jsou dobře informováni o možných následcích, nevidím důvod proč by neměly mít právo na normální sexuální život.“
	15.	„Proč by neměli mít?“

16.	„Jsou to lidé jako my všichni.“
17.	„Otázka zní spíše, proč by neměli mít, je to základní fyziologická potřeba.“
18.	„Mají. Je třeba tyto osoby plnohodnotně (samozřejmě v závislosti na možnostech) začlenit do společnosti.“
19.	„Jsou to lidé jako všichni ostatní.“
20.	„Proč by neměli mít? Ale pokud jsou na tom tak špatně, že o ně musí někdo aktivně pečovat, tak by opatrovník měl vědět, co postižený dělá, protože případné následky bude nést pravděpodobně on. Nejhorší varianta, která může nastat je když právě tato osoba postiženého zneužívá.“
21.	„Protože jsou to lidé.“
22.	„Jsou to stejní lidé jako my.“
23.	„Jsou to pořád lidé jako my.“
24.	„Jsou jako všichni ostatní, mají své potřeby, až na druhém místě je jejich postižení.“
25.	„To že mají mentální postižení je nepřipravuje o žádná práva. Dokonce ani zbavení svéprávnosti už není od nového roku možné v plném rozsahu, a i když bylo, tak se nikdy nemohlo vztahovat na tuto oblast. Nevidím tedy důvod, proč by neměli mít právo na stejný sexuální život jako lidé bez postižení.“
26.	„Nevidím důvod, proč by neměli mít právo na plnohodnotný sexuální život. Samozřejmě s výjimkou těch, kteří trpí také nějakou nebezpečnou sexuální deviací, ale to platí i pro lidi bez mentálního postižení.“
27.	„Nejsem plně zasvěcen do problematiky sexuálního života mentálně postižených, ale neznám důvod proč by ho mít nemohli.“
28.	„Myslím si, že i mentálně postižení lidé chápou sex jako součást partnerského vztahu a uvědomují si jak si jsou blízcí. Vnímání sexu podle mě záleží na míře mentálního postižení.“

	29.	„Je to základní potřeba.“
	30.	„Je to jeden ze základních lidských pudů, nehledě na to, zda je osoba postižená či ne.“
	31.	„Jsou to stále lidé.“
Spíše ano	32.	„Myslím si, že právo na něj mají, těžko jim ho také zakazovat nebo je dostat pod takovou ochranu, aby k tomu nedošlo. Spíše bych se snažila zajistit antikoncepci či jiný druh ochrany.“
	33.	„Jsme jenom lidi.“
	34.	„Mají právo, jsou to taky lidé, ale jde o to, že zplodí zase mentálně postiženého a to už je si myslím problém :(.“
	35.	„Je to přirozená lidská potřeba.“
	36.	„Jsou to lidé s potřebami jako ti bez mentálního postižení. Avšak, je to reální mít plnohodnotný sexuální život se vším tím spojeným?“
	37.	„Je velká pravděpodobnost, že část mozku která má na svědomí emoce apod. je v pořádku.“
	38.	„Přirozená potřeba.“
	39.	„Právo na plnohodnotný sex. život má každý...ale kdo ho takový opravdu má? Každý má jiné potřeby, ale také jiné možnosti. Spousta legálních partnerů trpí nedostatkem sexu, protože jeden má zájem a druhý ne. Upřímně...ale jak lze takové právo vymáhat? A jak by si jej mohl vymáhat mentálně postižený“
	40.	„Jsou to lidé s potřebami a mají-li vhodné podmínky a je vyřešena antikoncepce, tak nevidím důvod proč by nemohli mít plnohodnotný sexuální život.“
	41.	„Mají, protože nevidím důvod proč by mít neměly.“
	42.	„Protože sexuální pud patří k základním lidským potřebám.“
	43.	„Jsou to lidé jako všichni ostatní, určitě na to právo mají. Na druhou stranu je potřeba myslet na antikoncepci, protože někteří nemusí být schopni se posléze umět starat o

	<i>dítě, které by navíc mohlo být také postižené.“</i>
44.	<i>„Jsou lidé jako ostatní.“</i>
45.	<i>„Jsou to taky lidi :) ale měli by se naučit co je a není správné.“</i>
46.	<i>„Určité potřeby přicházejí nejen s vývinem mentálním, ale i tělesným.“</i>
47.	<i>„Nevím, nakolik jsou takto postižení lidé schopni si uvědomovat rizika a následky (nemoci, případné otěhotnění) pohlavního styku. Pokud by chápali význam užívání antikoncepce a používali nějakou z nich, nevidím v tom problém. Zároveň nedokážu posoudit, jestli jim sexuální styk přináší potěšení stejné jako zdravému člověku. Každopádně zakazovat žít zdravým sexuálním životem by podle mého názoru neměl nikdo nikomu! :)“</i>
48.	<i>„Osobám s mentálním postižením by měla být dopřána stejná práva, tím pádem i právo na sexuální život. Ovšem by jim mělo být důkladně vysvětleno a to i důsledky sex. života.“</i>
49.	<i>„Právo určitě mají, ale mělo by se zamezit rozmnožování.“</i>
50.	<i>„Nejspíše k téhle otázce nejsem schopen nabídnout racionální argument. Chci spíše věřit, že tito lidé se neliší v těchto otázkách natolik od normálu, aby byl sexuální život pro ně tabu.“</i>
51.	<i>„To, že jsou mentálně postižení jim přece automaticky nemůže brát právo na sexuální život.“</i>
52.	<i>„Jsou to lidé se stejnými právy jako každý jiný a nemyslím si, že by v tomto ohledu měli být nějak omezováni.“</i>
53.	<i>„Nevidím důvod, proč by neměli mít právo na plnohodnotný sexuální život, pokud ho chtějí.“</i>
54.	<i>„Vzájemný sexuální život mezi těmito osobami ano.“</i>
55.	<i>„Je to přirozený pud, který se nemá potlačovat.“</i>
56.	<i>„Pakliže se nejedná o sexuální zneužívání, masturbaci na veřejnosti či podobné věci, které jsou nepřípustné u lidí,</i>

	<i>kteří nemají žádnou poruchu, nevidím důvod, proč by s partnerem, který by chtěl či lásku opětoval, nemohli provozovat plnohodnotný sexuální život. “</i>
57.	<i>„Ačkoli jsou stížení mentální retardací, je nutno pamatovat na to, že to jsou stále lidé. Pokud tedy jsou schopni posoudit své jednání, pak nevidím problém, aby měli též sexuální život. Vždy však bude záležet na závažnosti mentální retardace. “</i>
58.	<i>„Právo určitě mají, tady se jedná spíše o individuální jedince, těžko obecně hodnotit. Sex. život je lidská potřeba, možná v počátcích by byla vhodná určitá kontrola (nemyslím tím přítomnost u pohl. styku), jednoduše zkontrolovat, jestli je vše v pořádku a potom ať se baví jako zdraví jedinci :). Otázka je, co je plnohodnotný sex. život – třeba přesně vymezit. S dětmi postižených je to komplikované, tj. jasné... “</i>
59.	<i>„Dle mě na něj má právo každý jedinec. Jen se k němu musí přistupovat s vyšší opatrností. “</i>
60.	<i>„Osoby s MP mají stejně tak jako osoby bez postižení potřebu uspokojovat svou sexualitu. Nárok na plnohodnotný sexuální život by tedy měli mít, ovšem je zde důležitá prevence a informovanost těchto osob v oblasti antikoncepce, rodičovství (které je velmi rizikové) hygieny a podobně. “</i>
61.	<i>„Jsou to taky lidé a mají své potřeby, které by se neměly utlačovat. “</i>
62.	<i>„Mají na něho právo, ale neumím si představit jak docílit plnohodnotné sexuality!“</i>
63.	<i>„I přes mentální postižení má každá živá bytost právo více či méně rozhodovat o svých činech a nést za ně plné následky. “</i>
64.	<i>„V případě lehkého MP v tom nevidím problém. “</i>
65.	<i>„Jsou to taky lidé a stejně, jako všichni živočichové mají</i>

		<i>sexuální pudy, jen je problém je zvládat či udržet v přijatelných hranicích. “</i>
	66.	<i>„Osoby s mentálním postižením mají právo na plnohodnotný sexuální život, sex je jedním ze základních lidských pudů a není dobré ho nějakým způsobem popírat. “</i>
Nemám vyhraněný názor	67.	<i>„Jak se jim to líbí proč ne. “</i>
	68.	<i>„Je těžké dávat do jednoho pytle lidi s různou mírou postižení, proto nemám vyhraněný názor... “</i>
	69.	<i>„Na právo sexuálního života nedokážu odpovědět, spíš t oasi souvisí s posouzením jednotlivce, jeho chování, způsobilosti k sexuálnímu životu, hlavně po psychické stránce – zodpovědnost, a jeho možnosti stát se rodičem. Případně posouzení zdravotního stavu na případné potomstvo. “</i>
	70.	<i>„Nevidím reálný důvod, proč ne. “</i>
	71.	<i>„Záleží na stupni postižení, na míře uvědomění si následků plnohodnotného sexuálního života stejně jako důvodů k intimitě. “</i>
	72.	<i>„Otázkou je, zda jejich postižení může nebo nemůže být dědičné a v jaké míře. Nicméně upozorňuji na to, že stejné zdůvodnění platí i pro osoby bez mentálního postižení. Zdánlivé mentální zdraví není zárukou kvality. “</i>
	73.	<i>„Nevím, nemám žádné bližší informace. “</i>
	74.	<i>„Sex je jedna věc, odpovědnost za jeho následky je věc druhá. Zase nemůžeme k sexualitě postižených přistupovat tak, aby souložili pod dohledem nepostižených, to zavání zoo a jistou perversí. “</i>
	75.	<i>„Záleží na stupni mentálního postižení a pokud tito lidé nikomu neublíží, tak není důvod, aby jim tato možnost byla upřena. “</i>
	76.	<i>„Osobní pocit, nemám specifický důvod. “</i>
	77.	<i>„Jsou to lidé s potřebami jako jiní. “</i>
	78.	<i>„Nevím. “</i>

	79.	<i>„Nemůžu na tuto otázku odpovědět, když neznám nikoho takového a o tuto problematiku jsem se nikdy nezajímala.“</i>
	80.	<i>„Myslím si, že osoby s mentálním postižením mají právo na plnohodotný sexuální život, protože tento určuje tvorba hormonů.“</i>
	81.	<i>„I když jsou postižení, jsou to stále lidé se stejnými pudy...“</i>
	82.	<i>„Problém se sexuálním životem nevidím. Pokud chtějí založit rodinu, měli by být opatrní.“</i>
	83.	<i>„Právo mají, jen bych ho nějakým způsobem omezovala, co se týče následující případného těhotenství a porodu osob s mentálním postižením.“</i>
	84.	<i>„Jsou to lidé jako ostatní.“</i>
	85.	<i>„Nemám odpověď zda ano, či ne.“</i>
Spíše ne	86.	<i>„Právo určitě mají, akorát je zde riziko rodičovství, což je zřejmě diskutabilní.“</i>
	87.	<i>„Nevím.“</i>
	88.	<i>„Nejsou schopni se potom plnohodnotně postarat o děti.“</i>
	89.	<i>„Kvůli riziku narození dítěte, které může být taky postižené. Je to proti přírodě. Slabí jedinci, v přírodě nepřežijí. Díky moderní době postižení přežívají, ale myslím si, že by se v žádném případě neměli rozmnožovat dál. Pokud by bylo tohle zajištěno, tak ať si souloží jak chtějí. A i kdyby se jim narodilo zdravé dítě, tak to není v pořádku, pokud mu nejsou schopni dát plnohodnotnou péči a postarat se o něj sami.“</i>
	90.	<i>„V případě, že budou užívat antikoncepci v tom až takový problém nevidím. Nedokáží si však představit, jak by pak řešili otázku rodičovství nemluvě o dědičnosti mnoha chorob.“</i>
	91.	<i>„Určitě záleží jak na vysoké mentální postižení je, ale i tak si myslím, že musí být těžké pochopit pro tyto lidi o co vlastně pořádně jde.“</i>
	92.	<i>„Spíše neají neboť jsou zde rizika (pohlavní choroby,</i>

		<i>těhotenství), které si nemusí uvědomovat. “</i>
	93.	<i>„Postižení plodí postižení. “</i>
	94.	<i>„Nejsou tak psychicky vyspělí vzhledem ke své mentalitě. “</i>
	95.	<i>„Jsou mentálně postižení, neví co, jak dělat. Myslím že to je pro ně tabu. “</i>
	96.	<i>„Obava o mentální a genetické postižení plodu (dítěte). “</i>
Určitě ne	97.	<i>„Těžko říct, ne že by neměli právo, ale plnohodnotný s mentálním postižením? Vyloučeno. “</i>
	98.	<i>„Jsou mentálně postižení, proč by měli mít vůbec sex? Aby se nějakou náhodou rozmnožili? “</i>

Příloha č. 3: Volné odpovědi respondentů na otázku č. 11

Zvolená možnost		Odpovědi respondentů
Ano	1.	<i>„Pokud nebyly ony osoby zbaveny svéprávnosti, nemyslím si, že by nebyly schopny zdravě rozhodnout o tom, zda – li do manželství vstoupit chtějí, či nechtějí. Takové manželství může být přínosem pro obě strany, přináší vzájemnou podporu a porozumění. “</i>
	2.	<i>„Nevidím důvod, proč by jim to mělo být zakázáno. “</i>
	3.	<i>„Nevidím důvod, proč by takové osoby nemohly uzavřít manželství. “</i>
	4.	<i>„Nevidím důvod, proč by se nemohli vzít... “</i>
	5.	<i>„Podle mě záleží na typu postižení. “</i>
	6.	<i>„Nebyly zbaveny právní zodpovědnosti, tudíž mají právo samy za sebe rozhodovat. Pokud jsou zasaženy osvětou v rámci sexuální výchovy a používání antikoncepce není důvod proč svazek neuzavřít. “</i>
	7.	<i>„Když nebyly zbaveny způsobilosti, proč by nemohly uzavřít sňatek. “</i>
	8.	<i>„Když jsou způsobilí, tak je to jejich věc. “</i>
	9.	<i>„Jelikož nebyli zbaveni způsobilosti k právním úkonům, nevidím důvod jim zakazovat manželství či cokoli jiného. “</i>

10.	<i>„Souhlasím, ale za určitých podmínek – kontrola sociálky v určitých intervalech.“</i>
11.	<i>„Nevidím důvod k opaku.“</i>
12.	<i>„Jsou právně způsobilí, tak není důvod jim toto právo, volbu odepřít. Záleží však na míře mentálního postižení.“</i>
13.	<i>„Mají práva jako všichni ostatní, pokud nejsou zbaveni svéprávnosti, jsou schopni se sami rozhodovat o svém životním osudu.“</i>
14.	<i>„Myslím si, že pokud je to jen trochu možné každý by v právech měl být rovný...ale je potřebné aby byla posouzena způsobilost takových osob.“</i>
15.	<i>„Párové soužití.“</i>
16.	<i>„I mentálně postižení mají mít stejná práva jako intaktní většina.“</i>
17.	<i>„Když jsou způsobilí k právním úkonům, tak není důvod nesouhlasit.“</i>
18.	<i>„Souhlasím, protože nebyly zbaveny způsobilosti, na určité úrovni si tedy musejí alespoň uvědomovat o co se jedná, mají stejná práva jako ostatní na co nejnormálnější život.“</i>
19.	<i>„Statistické tabulky rozvodovosti osob bez mentálního postižení jsou alarmující a proč osobám s mentálním postižením odmítat právo na sňatek?“</i>
20.	<i>„Pokud nejsou zbaveni svéprávnosti, nevidím důvod proč by nemohli fungovat v manželství.“</i>
21.	<i>„Pokud jsou osoby svéprávné, znamená že jsou schopni rozhodovat o svém životě a svéprávnost jim nebyla odňata na základě lékařských vyšetření.“</i>
22.	<i>„Pokud jsou osoby svéprávné a schopné takového vztahu, nevidím důvod, proč ne.“</i>
23.	<i>„I když jsou tito lidé postižení, nevidím důvod, proč by nemohli žít jako nepostižení lidé.“</i>
24.	<i>„Nevidím důvod, proč by se nemohli vzít.“</i>
25.	<i>„Dle mého názoru může manželství těchto lidí fungovat</i>

	<i>mnohdy lépe než lidí mentálně zdravých, ale za to řešících spoustu jiných záležitostí. Ambice jednotlivců, nedostatek času atp. “</i>
26.	<i>„Jsou plnoletí a nejsou zbavení způsobilosti k právním úkonům, to značí, že mají dostatek zdravého rozumu pro svobodné rozhodnutí ke vstupu do manželství (pokud ví, co všechno to obnáší). “</i>
27.	<i>„Proč by ne. “</i>
28.	<i>„Nemám natolik nastudovaný daný problém, ale věřím, že pokud dva lidé byť mentálně postižení se dokáží na základě své vlastní vůle rozhodnout k uzavření manželství a zákon jim v tom nezabraňuje, tak nevidím důvod, proč by ostatně nemohli. “</i>
29.	<i>„Protože to považuji za základní právo jedince. “</i>
30.	<i>„Pokud osoby nebyly zbaveny svéprávnosti, není důvod jim odebrat právo na uzavření manželství. “</i>
31.	<i>„Dokud se nebudou rozmnožovat a ovlivňovat tím celou společnost, tak ať si dělají co chtějí. “</i>
32.	<i>„Záleží na stupni mentálního postižení, u nižších stupňů s tímto souhlasím. “</i>
33.	<i>„Nebyly zbaveny způsobilosti a sňatek je právní úkon. “</i>
34.	<i>„Nedokáží si představit společnou existenci takovýchto osob, jejich finanční i fyzickou nezávislost na okolí. Asi záleží na úrovni postižení. Je těžké soudit takto obecně. Pravděpodobně by mohlo existovat nějaké zřízení, které by testovalo způsobilost těchto jedinců a jejich možný sňatek, jelikož každá bytost je individuální. “</i>
35.	<i>„Pokud se o sebe dokáží sami postarat nevidím důvod proč by nemohli uzavírat manželství. “</i>
36.	<i>„Pokud nebyly tyto osoby zbaveny způsobilosti a jsou schopny uzavírat smlouvy, pojištění apod., měly by být schopné také zvážit důležitost manželského svazku. Navíc dnes končí každé páte manželství rozvodem, takže není to</i>

		<i>žádné neměnné rozhodnutí. Plus lidé s mentálním postižením si, dle mého názoru, zakládají více na základních kvalitních vlastnostech, jsou jim přirozenější. Zakládají si na vlastnostech, které jsme my normální už zapomněli. “</i>
37.		<i>„Pokud jsou právně způsobilí, nevidím důvod proč by neměli mít možnost uzavřít manželství. “</i>
38.		<i>„Ne každé postižení je tak rozsáhlé a pokud jsou takto postiženi oba, mohou si rozumět a vzájemně se chápat, proč ne i spolu žít. “</i>
39.		<i>„Když nejsou zbaveny svéprávnosti tak proč ne. “</i>
40.		<i>„Mají stejný nárok na život jako ostatní. “</i>
41.		<i>„Pokud nebyly zbaveny způsobilosti, nevidím důvod proč by nemohli uzavřít manželství. “</i>
42.		<i>„Pokud není zbaven způsobilosti, je předpoklad, že se umí o sebe sami postarat. “</i>
43.		<i>„Pokud nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům znamená, že jsou schopny rozhodovat a tedy i manželství. “</i>
44.		<i>„Souhlasím s manželstvím pouze za předpokladu, že obě osoby nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům. Lehké mentální postižení nepokládám za problém pro plnohodnotné začlenění se do společnosti. “</i>
45.		<i>„Pokud jsou svéprávné, měli by mít možnost. Kolik nepostižených lidí naopak by to právo mít neměli :). “</i>
46.		<i>„Je třeba tyto osoby plnohodnotně začlenit do společnosti. “</i>
47.		<i>„Pokud nebyly zbaveny způsobilosti k právním úkonům, pak nevidím důvod, proč by nemohli uzavřít manželství. “</i>
48.		<i>„A proč nesouhlasit??? “</i>
49.		<i>„Když nebyli zbaveni způsobilosti, tak snad nebude dělat takové potíže, manželství je přece jen papírové potvrzení lásky mezi dvěma lidmi. “</i>
50.		<i>„Pokud si uvědomují, jaké závazky z manželství plynou, nemám důvod nesouhlasit s uzavíráním sňatků. “</i>
51.		<i>„Pokud jsou osoby plně svéprávné (dříve způsobilé</i>

	<i>k právním úkonům), tady jejich svéprávnost nebyla nijak omezena, pak nevidím důvod, proč by nemohly uzavřít manželství. “</i>
52.	<i>„Ať se vezmou, proč ne, ale spol. život musí být veden pod kontrolou (tady opět závisí na druhu a stupni ment. postižení). “</i>
53.	<i>„Pokud nebyly zbaveny způsobilosti, proč by nemohly uzavřít sňatek. “</i>
54.	<i>„Pokud nebyli zbaveni způsobilosti k právním úkonům, není důvod proč jim zakazovat uzavření sňatku. Stále ale vidím důležitost poradenství pro takový pár. “</i>
55.	<i>„Protože nevidím důvod proč by v manželství žít nemohli. “</i>
56.	<i>„Nevidím jediný důvod proč ne. “</i>
57.	<i>„I přes mentální postižení má každá živá bytost právo více či méně rozhodovat o svých činech a nést za ně plné následky. “</i>
58.	<i>„Pokud nejsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům, tak nevidím žádný důvod, proč by spolu nemohli uzavřít manželství. “</i>
59.	<i>„Mají stejná práva jako ostatní lidé. “</i>
60.	<i>„Záleží na míře MP. Jestliže se jedná o osoby s lehkým MP, pak v tom nevidím problém. “</i>
61.	<i>„Když jsou způsobilé tak proč by nemohli. “</i>
62.	<i>„Pokud nejsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům, tak by na to měli mít právo. Ale bylo by třeba vytvořit prostředky, které by zabránili zneužití těchto lidí k sňatkovým podvodům. “</i>
63.	<i>„Jsou způsobilí = mají osobní zodpovědnost. “</i>
64.	<i>„Mají na to právo. “</i>
65.	<i>„Láska si nevybírá. “</i>
66.	<i>„Jsou to normální lidé tak mají mít stejné možnosti jako ostatní. “</i>
67.	<i>„Pokud byli oba lidé nezbaveni způsobilosti k právním úkonům, nevidím důvod proč by nemohli uzavřít manželství. “</i>

Ne	68.	„fuj“
	69.	„Protože v případě zplození potomků je extrémní riziko dalších geneticky poškozených dětí, za možné bych to viděl pouze v případě znemožnění potomstva.“
	70.	„Prostě nesouhlasím.“
	71.	„nevím“
	72.	„Samotný sňatek je dnes spíše srandovní institucí a plést do něj postižení mi přijde spíše srandovní. A v ničem věci neulehčí.“
	73.	„Nevidím jediný důvod sňatku takovýchto osob, nehledě na to, že z toho mohou vzniknout další postižené osoby a to je nežádoucí.“
	74.	„Myslím si, že by měli být zbaveni způsobilosti k právním úkonům, pokud jsou to jedinci mentálně postižení.“
	75.	„Nesouhlasím z důvodu, že neumějí objektivně posuzovat životní situace.“
	76.	„Nejsou způsobilé k právním úkonům, nemůžou být oddáni. Je to prostě divné.“
	77.	„Jak jsem uvedl výše, pokud by potomek trpěl postižením, jsem proti.“
Neumím se vyjádřit	78.	„Nemám vlastní názor na toto téma.“
	79.	„Neumím se vyjádřit“ 4x
	-	
	82.	
	83.	„Záleží na kolik je u nich v pořádku vnímat soužití a vnímat vztah.“
	84.	„Nevím, zda souhlasím nebo nesouhlasím. Neumím říct.“
	85.	„Záleží od stupně postižení, ale většinou bývají závislí.“
	86.	„Spíš souhlasím s odborným dohledem. Aby mohly žít plnohodnotným životem.“
	87.	„Pokud nebyly zbaveny způsobilosti, tak asi není problém, ale opravdu nevím.“
	88.	„Pokud osoby nejsou zbaveny způsobilosti k právním

	<i>úkonům, mají právo na samostatné rozhodování. “</i>
89.	<i>„Zdá se mi, že by se toho dalo jednoduše zneužít...“</i>
90.	<i>„Nemůžu souhlasit ani nesouhlasit, když nejsem schopna posoudit, jak jsou tito lidé schopni se postarat o sebe nebo ještě o někoho druhého nebo ještě třetího.“</i>
91.	<i>„Nejsem si jista zda by se o sebe dokázali sami postarat.“</i>
92.	<i>„Je potřeba to řešit individuálně.“</i>
93.	<i>„Pokud se dva chtějí vzít dobrovolně, ať tak učiní, je jedno, zdali se jedná o osoby s postižením. Na druhou stranu osoby s MP jsou lehce ovlivnitelné.“</i>
94.	<i>„Je to individuální, záleží na okolnostech.“</i>
95.	<i>„Nevím.“</i>