

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**PROBLEMATIKA SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ KLIENTŮ ÚSP OSEK  
A ÚSP MAČKOV Z POHLEDU ZAMĚSTNANCŮ**

**Diplomová práce**

**Autor práce : Bc. Olga Koutenská**

**Vedoucí práce : Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.**

**2007**

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 28. 5. 2007

Podpis studenta

Poděkování :

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat Doc. Ing. Lucie Kozlové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytování cenných rad. Dále děkuji zaměstnancům ÚSP Osek a ÚSP Mačkov za pochopení a vstřícnost při zpracování potřebných podkladů .

## **Abstract**

Satisfaction of bio-psycho-social and spiritual needs is a key for happy and satisfactory life of every man without influence of education, race, belief, sex and intelligence. Constantly increasing demands on satisfaction of needs reflect also an importance of satisfaction of sexual needs of clients Social Care Facilities in Osek and Social Care Facilities in Mačkov. This problemacy has been taboo for long and regrettably it is not under open discussion nowadays.

In the chapter Present State I explain the concept of mental handicap, causes of its development, level of mental handicap, rights of mentally handicapped people including the right for sexuality, possible sexual preference and sexual activity, present sexuality and sexual education of mentally handicapped people. In the conclusion of theoretical part I consider legal problemacy and sexual abuse of mentally handicapped people .

I used the questionnaire method for elaboration of the diploma work on the topic: **„Problemacy of Sexual Relationship of Clients of Social Care Facilities in Osek and Social Care Facilities in Mačkov from the Point of View of Employees.“** The questionnaire contains 39 questions, to which particular hypothesis are bound. 109 respondents of Social Care Facilities in Osek and Social Care Facilities in Mačkov took part in the research study.

The aim of this work is recognition of sexual needs of clients on different level of mental handicap and the way sexual need is solved. At the same time I evaluate level of sexual education and acceptance of sexuality of clients by employees of both the facilities.

In the accordance with the aim of the work I stated 3 hypotheses. After evaluation of all obtained data the hypotheses 1- there are differences in sexual needs and the way of satisfaction according to the level of mental handicap and 3 – employees of Social Care Facilities in Osek and Social Care Facilities in Mačkov accept sexual needs of people with mental handicap were confirmed. The hypothesis 2 – clients with slight mental handicap have basic information about partnership and safe sexual intercourse, was not confirmed.

## Obsah

Úvod .....	4
<b>1. Současný stav</b> .....	6
<b>1.1. Mentální postižení</b> .....	6
<b>1.2. Etiologie mentálního postižení</b> .....	7
1.2.1. Downův syndrom.....	8
1.2.2. Dětská mozková obrna .....	9
1.2.3. Autismus .....	10
<b>1.3. Diagnostika mentálního postižení</b> .....	11
<b>1.4. Počet mentálně postižených v populaci</b> .....	11
<b>1.5. Klasifikace mentálního postižení</b> .....	12
1.5.1. Lehké mentální postižení.....	13
1.5.2. Středně těžké mentální postižení .....	13
1.5.3. Těžké mentální postižení .....	14
1.5.4. Hluboké mentální postižení .....	15
1.5.5. Jiné mentální postižení.....	15
1.5.6. Nespecifické mentální postižení .....	16
<b>1.6. Specifika vývoje dítěte s mentálním postižením</b> .....	16
1.6.1. Fyzický vývoj .....	16
1.6.2. Psychický vývoj .....	16
1.6.3. Emoční vývoj .....	18
<b>1.7. Ústavní péče o osoby s mentálním postižením</b> .....	18
<b>1.8. Deklarace práv osob s mentálním postižením</b> .....	20
<b>1.9. Sexuální práva</b> .....	21
<b>1.10. Sexuální preference</b> .....	23
1.10.1. Heterosexualita .....	23
1.10.2. Bisexualita.....	24
1.10.3. Homosexualita .....	25
<b>1.11. Sexuální aktivity</b> .....	27
1.11.1 Onanie .....	27

1.11.2. Necking.....	28
1.11.3. Petřiny.....	28
1.11.4. Pohlavní styk.....	28
1.11.5. Orální styk.....	29
1.11.6. Anální styk.....	29
<b>1.12. Sexuální výchova.....</b>	<b>30</b>
1.12.1. Sexuální potřeby.....	30
1.12.2. Pohled na pojem sexuální výchov.....	33
1.12.3. Cíle sexuální výchovy.....	34
1.12.4. Zásady sexuální výchovy.....	35
1.12.5. Sexuální chován.....	36
<b>1.13. Sexualita osob s mentálním postižením.....</b>	<b>37</b>
<b>1.14. Sexuální výchova osob s mentálním postižením.....</b>	<b>44</b>
1.14.1. Historie sexuální výchovy osob s mentálním postižením.....	47
<b>1.15. Antikoncepce osob s mentálním postižením.....</b>	<b>48</b>
<b>1.16. Právní problematika osob s mentálním postižením.....</b>	<b>49</b>
<b>1.17. Sexuální zneužívání.....</b>	<b>50</b>
<b>2. Cíle práce a hypotézy.....</b>	<b>53</b>
2.1. Cíle práce.....	53
2.2. Hypotézy.....	53
<b>3. Metodika.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1. Použitá metoda.....</b>	<b>54</b>
3.1.1. Pilotní studie.....	54
3.1.2. Předvýzkum.....	54
3.1.3. Použitá metoda při výzkumu.....	54
<b>3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>55</b>
3.2.1. ÚSP Osek (dále „výzkumný soubor A“).....	56
3.2.2. ÚSP Mačkov (dále „výzkumný soubor B“).....	57
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>59</b>
<b>5. Diskuse.....</b>	<b>116</b>

<b>6. Závěr</b> .....	127
<b>7. Seznam literatury</b> .....	129
<b>8. Klíčová slova</b> .....	135
<b>9. Přílohy</b> .....	136

## Úvod

Motto : „ *Jen jeden div je větší než moře, a tím je nebe. Jen jeden div je větší než nebe, a tím je nitro lidské duše.* “

*Viktor Hugo*

Osoby s mentálním postižením mezi námi jsou a budou. Tito lidé potřebují ne soucit, ale sympatizující postoj a realistickou přátelskou pomoc.

Ohleduplnost , takt, porozumění a pochopení jsou tím nejdůležitějším, co může každý z nás poskytnout.

Představy o životě mentálně postižených bývají často nejasné, rozporuplné a někdy spojené s jistými obavami. Stále se ještě mnoho lidí domnívá, že by tito lidé měli být ze společnosti vyřazeni a dáni do speciálních zařízení, poněvadž vyžadují speciální a individuální přístup.

Na jedince s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. Lidská práva jsou ta práva, která lidem dovolují rozvíjet se, využívat svých schopností, možností a uspokojovat základní bio-psycho-sociální potřeb. Respektování lidských práv a svobod je základem každé demokratické společnosti. Osoby s mentálním postižením, nacházející se v denních, týdenních či celoročních zařízeních mají tudíž úplně stejná práva jako ostatní lidé.

Společenské nároky na kvalitu života se stále zvyšují. Tyto nároky se týkají i úrovně života osob s mentálním postižením. Jejich handicap negativně ovlivňuje schopnost uspokojovat základní životní potřeby a zvládání činností s nimi související. Záporně ovlivňuje rozvoj mezilidských vztahů i rozvoj osobních a společenských aktivit.

Sexuální život osob s mentálním postižením je stále ještě tabuizované téma. Sexualita je přirozená a důležitá součást běžného života. Patří mezi základní biologické



potřeby člověka. I osoby s mentálním postižením by měly mít možnost důstojného prožívání vlastní sexuality.

Zdravá a nezkreslená sexuální výchova je proto velmi potřebná. Zahrnuje informace o anatomii pohlavních orgánů, reprodukci, pohlavním aktu, ale současně s tím by mělo být dostatek příležitostí hovořit o důležitosti lásky a zodpovědnosti.

Práce se zabývá sexualitou osob s mentálním postižením. Základním úkolem bylo zjistit sexuální výchovu a sexuální život u klientů s různým stupněm mentálního postižení z pohledu zaměstnanců ústavů sociální péče.

# 1. Současný stav

## 1.1. Mentální postižení

Mentální postižení není nemoc, ale nezvratné somatické postižení. Jedná se o trvalý stav způsobený neodstranitelným poškozením mozku. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými rysy. Přesto se u většiny z nich vyskytují určité společné znaky, jsou však závislé na druhu, hloubce a rozsahu mentálního postižení.

Mentální postižení se klinicky projevuje :

- zvýšenou potřebou uspokojení bezpečí
- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudku
- sníženou mechanickou a zejména logickou paměť
- sugestibilitou a rigiditou chování
- nerovností aspirací a výkonů
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- těkavou pozorností
- impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace
- opožděným psychosexuálním vývojem
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů
- citovou vzrušivostí
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky

Za mentálně postižené se považují takoví lidé, u nichž dochází k opoždění vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. ( 35, 38, 62, 63)

## 1.2. Etiologie vzniku mentálního postižení

Mentální postižení může být způsobeno mnoha příčinami, které se navzájem ovlivňují či podmiňují. Nejčastěji se používá rozdělení do dvou základních skupin. První skupinu tvoří endogenními vnitřní faktory. Zabývá se genetikou, kdy je příčina zakódována již v systému pohlavní buňky a jejich spojením, vzniká nový jedinec. Exogenní čili vnější faktory, tvoří druhou skupinu příčin mentálního postižení. Tyto faktory se dále dělí dle období, kdy působí na jedince. Prenatální období začíná početím a končí narozením, perinatální období, jež je určeno před porodem a těsně po něm, období postnatální, tedy po narození. (35, 62, 63)

Mezi nejčastěji uváděné příčiny mentálního postižení patří :

- Následky infekcí a intoxikací
  - prenatální infekce, způsobuje zarděnkovou embriopatii, kongenitální syfilis
  - postnatální infekce způsobující záněty mozku
  - intoxikace, při toxikémii matky
- následky úrazů nebo fyzikální vlivy
  - mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie, DMO)
  - postnatální poranění mozku (DMO)
- poruchy výměny látek, růstu a výživy
  - například fenylketonurie, hypothyeroza způsobující kretenismus
- makroskopické leze mozku
  - například novotvary, atrofie mozkové tkáně
- anomálie chromozomů
  - Downův syndrom
- nezralost plodu
  - DMO

- pervazivní vývojová porucha
  - autismus
- vážné duševní poruchy
- psychosociální deprivace
  - dochází ke snížení intelektu vlivem nepříznivých sociálních podmínek
- jiné nespefické etiologie

(35, 38, 54, 63, 70)

Nejčastější formy mentálního postižení je Downův syndrom, dětská mozková obrna a autismus. Patří mezi nejvíce se objevující diagnózy v ústavech sociální péče.

### *1.2.1. Downův syndrom*

Tento syndrom byl pojmenován dle svého objevitele Johna Langdona Downa, tedy Dawnova choroba, syndrom. Mezi lidmi se hodně užívá výraz „mongolismus“. Termín choroba není přesný, jelikož to není nemoc, ale genetická anomálie s důsledky na celý život. Je způsobena trizomií 21 chromozomu, což znamená, že takový jedinec má v jádru každé buňky místo 46 spárovaných chromozomů chromozomů 47. Zjednodušeně řečeno, že v každé buňce těla je jeden chromozom navíc, který u těchto osob způsobuje zdravotní a tělesné vady a také odlišný zevnějšek.

Charakteristickým rysem je také snížená intelektuální schopnost, avšak jejich inteligence se vyvíjí pomaleji až do 29 let věku. Dawnův syndrom je jedním z nejrozšířenějších dosud známých forem mentálního postižení. Díky prenatalnímu screeningu je však poměrně dobře odhalitelný již v průběhu těhotenství.

Dodnes není zjištěna příčina Dawnova syndromu. Rovnoměrně se vyskytuje u obou pohlaví, u všech lidských ras, etnických skupin, sociálně ekonomických tříd a národností. Částečná souvislost byla zjištěna ve vztahu ke věku rodičů. Ohrožení

narození dítěte s Downovým syndromem je u matek starších 35 let a otců starších 50 let. (18, 51, 53, 57)

### *1.2.2. Dětská mozková obrna*

Dětská mozková obrna je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Při rozebrání tohoto názvu je patrné, že slovo dětská označuje období, ve kterém nemoc vznikala. Pojem mozková vyjadřuje, že příčina poruchy je v mozku a slovo obrna znamená, že nemoc způsobuje poruchy hybnosti těla. ( 24, 33)

Dětskou mozkovou obrnu klasifikujeme do čtyř kategorií :

- 1) spastická forma DMO je charakterizována ztuhlostí, elasticitou svalů. Tato forma DMO je rozdělena dle postižené části těla v kombinaci s označením paréza (oslabení) nebo plegie (ochrnutí). Například postižení obou dolních končetin, postižení končetin jedné poloviny těla, kombinace postižení končetin jak dolních tak horních nebo postižení všech končetin. Postihuje cca 70 -80 % dětí.
- 2) Athetoidní forma DMO je charakterizována mimovolnými krouživými pohyby rukou, nohou, může postihnout jen celé horní či dolní končetiny. Grimasování v obličeji se vyskytuje při postižení tváře a jazyka. Tato forma se vyskytuje u cca 10 až 20% nemocných.
- 3) Ataktická forma DMO je poměrně vzácná a postihuje 5 až 10% nemocných. Jedná se o postižení vnímání rovnováhy a takzvané hluboké citlivosti. Dětem s postižením dělá problém koordinace pohybu, projevuje se nestabilní chůzí. Nepřesná je i jemná motorika při snaze o rychlý pohyb.
- 4) Smíšená forma DMO kombinuje výše uvedené formy.

DMO s sebou nese i přidružené zdravotní potíže, jako mentální postižení, epilepsii (téměř u poloviny postižených), hydrocefalus (porucha tvorby mozkomíšního moku), růstové problémy, poruchy sluchu a zraku, abnormální pocity a poruchy citlivosti.

Dětskou mozkovou obrnu nelze vyléčit, patřičnou léčbou a rehabilitací je však možné zlepšit kvalitu života jedinců. Na péči o ně se musí podílet celý tým specializovaných odborníků složených z neurologa, fyzioterapeuta, ortopeda, neurochirurga, logopeda, psychologa, psychiatra, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka. Nepostradatelná a pro postiženého je velmi důležitá spolupráce rodinných příslušníků. (24, 28, 33)

### *1.2.3. Autismus*

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Mezinárodní klasifikace nemocí jej zařadila mezi pervazivní vývojové poruchy organické povahy. Důsledkem poruchy dochází k mimořádnému narušení mezilidských vztahů. Dítě není schopno porozumět tomu, co slyší, vidí a prožívá. Duševní vývoj dítěte je narušen především v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti.

Příčina autismu dosud není známa. Předpokládá se, že určitou roli na vzniku autismu mají genetické faktory, infekční onemocnění či chemické procesy mozku. Je to syndrom, který je možno diagnostikovat na základě projevů chování. Projevuje se od dětství nebo v raném věku.

Autismus bývá často kombinován s poruchami psychického či fyzického rázu – mentální retardací, epilepsií, smyslovými vadami, genetickými vadami atd. Léčba autismu není možná, ale pomocí speciální výchovy lze minimalizovat některé negativní projevy jako agresivitu, sebezraňování či záchvaty vzteku. (21)

### **1.3. Diagnostika mentálního postižení**

Stanovení diagnózy mentálního postižení se opírá o podrobné vyšetření psychologické, případně neurologické a o zhodnocení dlouholetého pozorování dítěte v přirozených podmínkách života. Zjišťování úrovně rozumových schopností se v současné době provádí v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) a speciálně pedagogických centrech (SPC), kde se na ně kromě psychologů podílejí i speciální pedagogové s psychopedickou kvalifikací. Významnou, ale pouze dílčí část psychologického vyšetření tvoří testy inteligence. (35, 38, 62, 63)

Stanovovat diagnózu pouze na základě těchto testů je velice ošidné. Výsledky IQ testů se totiž vyznačují velkou kolísavostí, takže není výjimkou, že dochází ke značným výkyvům ve výsledcích.

Záleží na časovém odstupu, momentální psychické dispozici testované osoby, na formě kladené otázky, na kvalitě testu, jeho konstrukci a vhodnosti pro testovanou osobu. Ve skutečnosti mohou testy fungovat pouze při dodržení určitých podmínek : testování provádí zkušený psycholog, používá se standardizovaný test. Dítě během testování nesmí být emocionálně zatěžováno. Testy probíhají v prostředí, které dítěti vyhovuje. Takto se zvyšuje pravděpodobnost, že testy budou mít opravdu výpovědní hodnotu.

Předpokladem ke stanovení diagnózy mentální retardace by mělo být použití souboru testů a zkoušek, podrobné klinické zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření, zhodnocení podrobné anamnézy a životních podmínek dítěte, emočních a deprivčních činitelů, které se uplatňovaly v průběhu jeho vývoje apod. (24, 35, 38, 63)

### **1.4. Počet osob s mentálním postižením v populaci**

Mentální retardace patří mezi nejčastější druhy postižení. Navíc celosvětové počty takto postižených lidí stále rostou, což je připisováno lepší prenatální a postnatální péči, takže děti, které dříve umíraly, mají větší šanci na přežití. Na

zvyšování počtu mentálně postižených má vliv zlepšování péče o novorozence a kojence.

Uvádí se že mentální retardací trpí asi 3% občanů. Podle některých výzkumů je intelektově podprůměrných až 10 - 15% dětí školního věku. Osob se středně těžkým mentálním postižením je 12 % v celé populaci postižených. Těžce mentálně retardovaných je asi 0,3%, osob s hlubokým mentálním postižením je 0,2 %. Podle posledních odhadů je v republice zhruba 300 tisíc osob s mentálním postižením. (2, 35, 63)

### **1.5. Klasifikace mentálního postižení**

Podle nové Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost v roce 1992, se mentální postižení dělí do šesti základních skupin :

- lehké mentální postižení
- středně těžké mentální postižení
- těžké mentální postižení
- hluboké mentální postižení
- jiná mentální postižení
- nespecifikovaná mentální postižení

Uvedená klasifikace neobsahuje kategorii „Mírné mentální postižení“ (IQ 85-69), která u nás byla donedávna uváděna a dosud se užívá v klinické praxi. Toto snížení rozumových schopností nemá obvykle organickou příčinu. Bývá zapříčiněno jinými faktory např. genetickými, sociální zanedbaností, nepodnětným prostředím, a tudíž tito jedinci nejsou považováni za mentálně postižené. (11, 24, 35, 63, 68)



### *1.5.1. Lehké mentální postižení, IQ 50-69*

Jedinci s lehkým mentálním postižením většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci, i přestože si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se projevují při teoretické práci ve škole. Většina z nich má specifické problémy se čtením a psáním. Dětem s lehkým mentálním postižením prospívá vzdělání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Jsou vzdělavatelni a dobře uplatnitelní v praktickém životě, zejména při výkonu manuální práce.

Většinu jedinců s lehkým mentálním postižením lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované činnosti. V sociokulturním kontextu nemusí lehký stupeň mentálního postižení působit žádné vážnější problémy. Důsledky se však projeví, pokud je postižený značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství, nebo výchovy dětí. Nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí ze samostatného života.

Postižení jsou velmi často emočně a sociálně nezralí, proto potřebují podporu a vedení v sociálně a ekonomicky náročnějších situacích. Jsou zvýšeně sugestibilní a méně kritičtí.

Mohou se u nich projevit známky přidružených chorobných stavů např. autismus, epilepsie, poruchy chování a tělesné postižení. (16, 28, 35, 62, 63)

### *1.5.2. Středně těžké mentální postižení IQ 35-49*

U jedinců se středně těžkým mentálním postižením je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Rozvoj řeči u těchto osob je značně odlišný. Jedni jsou schopni zvládnout jednoduchou konverzaci, jiní se nikdy nenaučí mluvit. Tito postižení často využívají k dorozumění

některou z forem nonverbální komunikace či gestikulace. Podobně je opožděna a snížena schopnost sebeobsluhy (starat se sám o sebe). Někteří si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciálně upravené vzdělávací programy mohou poskytnout příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. (24, 63)

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené. Avšak včasná a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Lidé se středně těžkým postižením jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Úkoly musí být pečlivě strukturovány se zajištěným odborným dohledem. V dospělosti zřídka mohou žít samostatný život. Většinou bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu s druhými lidmi. Podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. (16, 35, 62, 63)

Snadno u nich může docházet ke zkratovému a impulzivnímu jednání, proto potřebují podporu a vedení již při mírně zvýšených sociálních a ekonomických situacích. U většiny lidí se středně těžkým postižením je možné zjistit organickou etiologii s přidruženou epilepsií, neurologickými poruchami a také se často objevují různé tělesné handicap. (16, 24, 35, 63)

### *1.5.3. Těžké mentální postižení IQ 20-34*

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžkému mentálnímu postižení, pokud jde o klinický obraz, etiologii a přidružené stavy. Porucha psychomotorického vývoje je zřejmá velmi brzy. Jedinci trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Významná je chudost řeči a nedostatečná verbální komunikace. Charakteristické jsou kývavé pohyby celého těla. Tito lidé jsou prakticky nevzdělavatelní. I když možnosti výchovy a vzdělání těchto osob jsou značně omezené,

zkušenosti ukazují, že včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a soběstačnosti. Jsou schopni se naučit dodržovat základní hygienické návyky. Většinou potřebují celoživotní ošetrovatelskou péči. (16, 24, 35, 62, 63)

#### *1.5.4. Hluboké mentální postižení IQ je nižší než 20*

Jedinci jsou těžce omezeni porozumět a vyhovět požadavkům či instrukcím. Postižený není schopen porozumět příkazům, a proto využívá nonverbální komunikaci nebo nemluví vůbec. Nejsou schopni osvojit si základní hygienické návyky. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo mají výrazně omezený pohyb. Možnosti jejich vzdělání a výchovy jsou rovněž velmi nízké. Mají nepatrnou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a udržovat hygienu, a proto vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Vzhledem k závažnému postižení rozumových funkcí tito jedinci nemají rozumové zábrany, volní schopnosti. Do popředí vystupuje primitivní, pudové jednání v celém rozsahu, a tedy i v oblasti sexuálního jednání. (16, 24, 35, 62, 63)

#### *1.5.5. Jiné mentální postižení*

Do této kategorie zařazujeme jedince tehdy, když stanovení stupně postižení pomocí obvyklých metod je nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození. Například u nevidomých, nemluvicích, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, u jedinců s autismem. (16, 63)

### *1.5.6. Nespecifické mentální postižení*

Do této kategorie patří jedinci u kterých se mentální postižení prokázalo, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. (16, 63)

## **1.6. Specifika vývoje dítěte s mentálním postižením**

### *1.6.1. Fyzický vývoj*

Tělesný vývoj osob s mentálním postižením probíhá ve srovnání se zdravým dítětem opožděně, trvá déle a nelze zde jednoznačně říci, jak bude u daného mentálního postižení dítěte postupovat. Záleží nejen na hloubce a závažnosti postižení, ale také na péči, která bude dítěti věnována. Kojenecké období je charakteristické prudkým vývojem motoriky. V tomto období je mentální postižení velmi často diagnostikováno. Projevy opožděného vývoje jsou patrné s porovnáním se stejně starým zdravým dítětem. Pohybový defekt může být různého stupně. Od lehkého až po velmi závažné postižení, které pohyblivost dítěte téměř zcela znemožňuje. V tomto období je velmi důležité, aby dítě mělo dostatek stimulů pro svůj další vývoj. To, jakého stupně fyzického vývoje dítě dosáhne, je otázka včasné diagnostiky, rehabilitačních technik a péče rodiny. (22, 63, 68)

### *1.6.2. Psychický vývoj*

Je obtížné nastínit strukturu psychiky a myšlení osob s mentálním postižením, každý jedinec je totiž velkou individualitou s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se projevují určité společné znaky, jejichž modifikace závisí na druhu mentálního

postižení a jeho hloubce. Některé složky psychiky mohou být postiženy výrazněji, jiné vůbec.

Již ve třicátých letech minulého století bylo dokázáno, že duševní vývoj lidí s mentálním postižením při veškeré své vážnosti probíhá podle též základních zákonitostí jako vývoj normálního jedince. Učení je podmínkou psychického vývoje. Zdravé dítě se učí na základě vlastní zkušenosti, jenž vyplývá z potřeby poznávat okolní svět. Tato potřeba je u mentálně postižených oslabena v důsledku nedostatečně vyvinuté mozkové kůry.

Dalším rysem je zpomalené tempo řeči a její nedokonalost. Řeč je jednou z dovedností, která umožňuje osamostatnění jedinců prostřednictvím komunikace a rozvoje poznávacích funkcí. U lidí s postižením je často poškozena motorika mluvidel a obtíže s tím spojené vedou k izolaci a omezeným kontaktům s ostatními. (63, 70)

Postižení rozvoje myšlení souvisí s poruchou poznávacích funkcí. V důsledku poruch vnímání si jedinec vytváří velmi omezenou zásobu představ. Nedostatek názorných a sluchových představ, malá znalost zacházení s předměty, velmi omezené zkušenosti z komunikace a hlavně nedostatečný rozvoj řeči významně zužují tu nezbytnou základnu, na níž se má rozvíjet myšlení. Charakteristickými znaky myšlení lidí s mentálním postižením lidí je omezená schopnost abstrakce a zobecňování. Myšlení je tedy konkrétní a omezuje se výhradně na aktuální situaci. Dalším znakem je nesoustavnost myšlení, rychlá unavitelnost a ztráta schopnosti koncentrace pozornosti. Pro jedince s mentálním postižením je také typické, že nepochybují o správnosti své domněnky neboť se u nich projevuje nekritičnost myšlení. (68, 70)

Paměť má pomalé tempo osvojování všeho nového a nestálost uchování, což je spojení někdy se to označuje jako „zapomnětlivost“. Lidé s mentálním postižením se nedokáží cíleně učit a vzpomínat si na danou látku.

Nejdůležitější roli při zařazení do společnosti hraje jejich emocionalita a úroveň rozvinutosti volných vlastností. Jsou předpokladem pro dobré učení, ale i podmínkou regulace chování člověka a podmínkou výchovného působení. Další důležitou roli zde má úroveň adaptačních schopností, ale i některých povahových vlastností a schopnost navazovat vztahy s ostatními lidmi (22, 60, 63)

### *1.6.3. Emoční vývoj*

Jednou z nejvýznamnějších oblastí osobností jsou její emoce. Ve většině případů jsou mentálně postižení jedinci emočně nevyspělí a chovají se jako děti nižší věkové úrovně. Diferenciace citů je nedostatečná, pocity často omezují na spokojenost a nespokojenost. Zároveň dochází k opožděnému vytváření normálních citů, jako je soucit či pocit odpovědnosti.

U lidí s mentálním postižením se velmi často vyskytují takzvané patologické citové projevy. Základní poruchy emotivity jsou tři :

- Dysforie, je epizodická poruchá nálady. Projev nastupuje bez zjevné příčiny, člověk se dostává do depresivní nálady. Projevuje se jako lítostivý a rozmrzelý. Na kontakt reaguje hněvem.
- Euforie je porucha jenž se projevuje jako opak dysforie. Projevem je povznesená nálada, která nastupuje bez zjevné příčiny.
- Apatie, je označení pro poruchu citového života, kdy dochází ke ztrátě zájmů s projevem lhostejnosti bez potřeby pohybu.

U klientů kteří jsou umístěni v ústavech sociální péče, je citový život značně narušen a tento stav se označuje jako citová deprivace. (22, 60, 63)

### ***1.7. Ústavní péče o osoby s mentálním postižením***

Postoje společnosti ve vztahu k ústavům sociální péče v dnešní době prochází řadou peripetií. Ještě před několika lety se za běžné považoval názor, že mentálně postižení „patří“ do ústavu. Na rodiče, kteří se rozhodli, že si dítě ponechají v domácí péči, bylo pohlíženo s despektem a okolí se jim divilo, že jsou ochotni obětovat svůj život péčí o dítě s mentálním postižením. Rodiče proto často své dítě schovávali před

okolím, aby se nestávali středem pomluv. Stávalo se také, že ženy byly již v porodnici přesvědčovány, aby své dítě umístily do ústavu a raději si na ně nezvykaly.

ÚSP jsou určeny pro občany s těžším mentálním postižením, a také pro jedince s mentálním postižením a přidruženými tělesnými případně smyslovými vadami, kteří potřebují ústavní péči. Občané s lehčím mentálním postižením, mohou být do ústavu přijati pouze tehdy, potřebují-li nevyhnutelně ústavní péči. (19)

Ústavní péče je poskytována v ústavech pro mládež, kam jsou zařazovány děti od 3 let do ukončení školní docházky, nejvýše do 26 let věku, a jednak v ústavech pro dospělé. Toto ustanovení se však v praxi nedodržuje, rozdíly mezi ústavami pro děti a pro dospělé se postupně stírají, což je pochopitelné vzhledem k mentálnímu věku klientů.

Pro mentálně postižené se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem .

Stacionáře pečují o mládež a dospělé v době, kdy rodič chodí do zaměstnání. V některých případech jsou při stacionářích zřizovány speciální mateřské školy a speciální třídy pro děti s mentálním postižením. Týdenní zařízení pak představují kompromis mezi domácí a celoroční ústavní péčí, což znamená pro rodiny mentálně postižených velkou pomoc. Rodiče mohou chodit do zaměstnání a věnovat se svým nepostiženým dětem a o víkendu se mohou starat o své dítě s mentálním postižením, aby neztratilo kontakt s rodinou.

Umístění dítěte do ústavu s celoročním pobytem znamená významné rozhodnutí, které rodičům často přináší výčitky svědomí a traumata s pocitu selhání. Některé formy, mentálního postižení jsou však tak náročné, že někdy není v silách rodičů tuto péči zvládnout. K této situaci se mohou přidat i problémy ekonomické, bytové a rodinné a umístění dítěte do ústavu bývá jediným možným řešením.

ÚSP mají dosud u nás svou nezastupitelnou roli, protože plní úkoly, na jejichž plnění není v současné době připravena žádná instituce či jiný subjekt. (19, 71)

### ***1.8. Deklarace práv osob s mentálním postižením***

Na mentálně postižené se vztahuje Listina základních práv a svobod, říkájící, že mají stejná práva na lidskou důstojnost a jsou stejnými nositeli lidských práv jako ostatní občané společnosti.

Deklarace práv osob s mentálním postižením byla přijata na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971. Deklarace obsahuje 7 základních článků, kteří deklarují, že osobám s mentálním postižením mají být zaručena v maximální možné míře stejná práva jako mají ostatní lidé. Lidská práva jsou založena na důstojnosti a humánních hodnotách člověka. Jsou to práva univerzální, nescizitelná a stejná pro všechny občany. Znamená to, že náleží každému člověku, žádné osobě je nelze odeprít a nikdo se jich nemůže vzdát. Lidská práva platí pro každého stejně a bez ohledu na rasovou příslušnost, barvu pleti, pohlaví, jazyk, náboženství, politické nebo jiné přesvědčení, národnost nebo sociální zařazení, majetek, místo narození, stav či zdravotní postižení. (17, 74, 76)

OSN oslovuje všechny národní a mezinárodní organizace a žádá je, aby zabezpečovaly, že vyhlášená deklarace o právech mentálně postižených osob bude sloužit na ochranu následujících práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má mít právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má mít právo na ekonomické zabezpečení a určitou životní úroveň. Má mít plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou činností.
4. Pokud je to možné, měl by mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Rodině, ve které žije, by měla být poskytována patřičná ekonomická i



sociální pomoc. Je-li nutné umístění do specializovaného zařízení, mít takové podmínky života, které jsou blízké normálním podmínkám života.

5. Mentálně postižený má mít právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů
6. Mentálně postižený má mít právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li objektem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces, ve kterém bude brán plný zřetel na stupeň odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří mentálně postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoliv formě zneužití. Postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří posoudí sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být možnost se proti rozhodnutí odvolat u nejvyšších institucí. (17, 61, 74)

Shrneme-li práva osob s mentálním postižením, mají mít tedy právo na odpovídající lékařskou péči a na léčení, vzdělání, přípravu, rehabilitaci a výchovu, které jim umožní maximálně rozvinout schopnosti a kapacitu, tzn. mají mít právo i na osvětu v oblasti sexuální výchovy přiměřené k jejich věku a intelektu. (76,77)

### ***1.9. Sexuální práva***

Ve Španělské Valencii byla na 13.světovém sexuologickém kongresu přijata Deklarace sexuálních práv, ve které sexualita byla formována, jako proměnlivý a dynamický rozměr člověka vytvářený interakcí mezi jednotlivcem a společenskými strukturami.

Podle Deklarace je sexuální slast, včetně autoerotiky, zdrojem tělesného, psychického, intelektuálního a duchovního štěstí a její bezkonfliktní prožívání umožňuje sociální rozvoj osobnosti. ( 12)

*Deklarace vytýčila následující sexuální práva :*

1. Právo na svobodu, vylučující všechny formy sexuálního donucování nebo nátlaku, vykořisťování a zneužívání v jakoukoliv dobu a v kterýchkoliv životních situacích.
2. Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla, zahrnující kontrolu a potěšení z vlastního těla bez mučení, zohavení a jakékoliv násilí
3. Právo na sexuální rovnost, které respektuje sexuální rozmanitost bez ohledu na pohlaví, příslušnost, věk, rasu, sociální statut, náboženství a sexuální orientaci
4. Právo na sexuální zdraví, které chrání před pohlavní nákazou HIV/AIDS/STD
5. Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, umožňující rozhodování o sexuálním životě.
6. Právo na dostatečnou sexuální výchovu od narození a během celého života
7. Právo svobodně se stýkat, zahrnující možnost uzavřít manželství nebo ne , rozvádět se a vytvářet jiné typy sexuálního soužití či společenství
8. Právo svobodné a odpovědné volby, které se týká reprodukce, počtu dětí, doby jejich narození, přístupu k prostředkům regulace porodnosti a plánovaného rodičovství
9. Právo na soukromí a schopnost činit samostatná rozhodnutí o sexuálním životě v kontextu etiky jednotlivce a společnosti (17,77)

## *1.10. Sexuální preference*

Lidé se nerodí stejní. Liší se jeden od druhého nejen tím, jak vypadají, ale i tím, čemu a komu dávají přednost, kdo a co je přitahuje. Platí to v celém životě a platí to samozřejmě a možná nejzřetelněji i v sexuálních vztazích. Jen někdo vzbuzuje náš zájem, jen pro někoho jsme přitažliví sami. Řečeno trochu odborně, preferujeme určité vlastnosti člověka, které pak podmiňují jeho sexuální aktivitu. Může to být určitý věk, tvář, postava nebo její část, dokonce určitý druh pohybu, rozličné prvky chování. Tuto preferenci můžou do určité míry ovlivnit modní vlivy. Ale vždy se uplatňovala i individuální preference, kterou módní linie mohla poněkud formovat, ale nikoliv podstatně změnit.

Lišíme se mezi sebou i tím, jak důležitý je pro nás pohlavní život, jaké nároky na něj klademe, tedy preferencí sexuální aktivity.

Prvotní, rozhodující je však preference podle pohlaví, tedy to, zda je člověk přitahován ke stejnému, nebo opačnému pohlaví, a tedy zda bude převážně homosexuální či heterosexuální. Odpověď na tuto otázku významně ovlivní celý život člověka. Zatím však teprve zjišťujeme, jak se taková preference vytváří, co všechno ji ovlivňuje. (4, 59, 65 )

### *1.10.1 Heterosexualita*

Heterosexualita je celoživotním, neměnným stavem. Heterosexuál, je pohlavně vzrušován a přitahován osobami opačného pohlaví ( heterosexuální muž je přitahován a vzrušován ženou, heterosexuální žena je přitahována a vzrušována mužem ).

O heterosexuálním chování se hovoří tehdy, má-li člověk styky heterosexuální. (59, 65 )

### *1.10.2 Bisexualita*

Termín „bisexualita“ poprvé použil Darwin pro označení jedinců z rostlinné a živočišné říše, kteří mají zároveň obě pohlaví. Dnes bisexualitou rozumíme celoživotní neměnný, subjektem nezapříčiněný a nezvolený stav, v jehož důsledku je jeho nositel, bisexuál, pohlavně vzrušován a přitahován přibližně stejně silně osobami obou pohlaví (muži i ženami).

O bisexuálním chování se hovoří tehdy, jestliže se člověk stýká jak s muži, tak s ženami. Určité dispozice k bisexualitě má asi většina lidí. Lidský zárodek má základy obou pohlaví, dobře patrné až do třetího měsíce, a teprve poté nabývá zřetelné převahy pohlaví chromosomálně určené a základy druhého pohlaví jsou potlačeny. Až do puberty jsou bisexuální projevy téměř fyziologické.

Zájem o bisexualitu uvedla do popředí psychoanalýza, především její zakladatel, rakouský neurolog a psychopatolog, rodák z Moravy, Sigmund Freud. Soudil, že každý člověk má vrozené vlohy mužské i ženské, což se po přijetí příslušného sexuálního chování v souladu s fyziologickým pohlavím projeví vnitřním konfliktem. Sexualita druhého pohlaví je zatlačena do nevědomí, ale ne zcela. (59)

Freudův současník, berlínský specialista pro sexuální poruchy Magnáš Hirschfeld, který jako homosexuál měl k této problematice velice blízko, uskutečnil průzkum pomocí dotazníků. Podle jeho zjištění se 1,5% mužů chová výhradně homosexuálně a 4% bisexuálně, z těch se pak dvě třetiny považovali za homosexuální, pětina za převážně homosexuální a zbylí si svou pohlavní orientací nebyli jistí.

Bisexualitou se zabýval i současný americký psycholog John Money. Své závěry opírá o léta trvající výzkumy, o experimenty na zvířatech a klinické pozorování lidí. Soudí, že ještě během nitroděložního vývoje se vytváří buď monosexuální nebo bisexuální predispozice mozku, takže jedinec bude inklinovat buď k jednomu pohlaví nebo nevyhraněně k oběma. V raném dětství jej pak dále směřují rodiče, okolí, společenské klima, sexuální hry a další činitelé. Výsledkem je neměnná orientace člověka – heterosexuální, homosexuální, či bisexuální. Bisexualita je tedy sociosexuální jev a lze na ni pohlížet buď z hlediska chování nebo z hlediska pohlavní identifikace.

Příležitostné homosexuální kontakty mužů jsou daleko častější, než by odpovídalo četnosti homosexuální či bisexuální orientace. Striktně bisexuální chování, kdy muž či žena po celý život stejně intenzivně a bez obtíží reagují na partnery stejného i opačného pohlaví, je nesmírně vzácné. Častější jsou u nich monosexuální fáze, které se střídají, takže člověk v určitém období žije s partnerem stejného pohlaví a v jiném období s partnerem opačného pohlaví. (4)

Pohlavní identifikaci – tedy představu o sobě samém a vlastní sexuální roli – si člověk vytváří na základě svých zkušeností a zážitků, zmatků a omylů. Výsledný obraz se pak prosazuje nejen bezprostředně v sexuální životě jedince, ale výrazně ovlivní i jeho životní styl a perspektivy. Z toho obrazu člověk totiž odvozuje odpověď na životně důležité otázky – zda vůbec má hledat partnera, a pokud ano, jaký člověk to má být, jestli on sám dokáže splnit partnerovo očekávání, zda se soustředí především na pracovní kariéru nebo jestli počítá se založením rodiny a chce mít rodinu.

Je méně pravděpodobné, že dokáží být skutečně dobrými partnery, tím méně manželé, a že stěží dodrží požadavek věrnosti. Bisexuál je schopen žít v manželství a po určitou dobu lhát nejen svému partnerovi, ale i sám sobě. Hrozí však, že se dříve nebo později pod tlakem nezvládnutelné pudovosti a iracionálního pocitu viny odreaguje v odlišném anonymním, a tedy i velmi rizikovém sexuálním kontaktu. (4)

### *1.10.3 Homosexualita*

Výraz homosexualita užil poprvé Bekert roku 1867 pro lásku muže či ženy k osobě stejného pohlaví. Mínil tím nejen citový vztah, ale i schopnost sexuálně reagovat na objekt stejného pohlaví, být jím vzrušen, s tendencí uskutečnit s ním pohlavní styk. Homosexualitou rozumíme sexuální orientaci na osoby stejného pohlaví. Je to celoživotní, neměnný a nezvolený tedy nezaviněný stav, jenž je charakterizován tím, že nositel tohoto stavu je pohlavně přitahován a vzrušován osobami stejného pohlaví (tedy homosexuální muž je přitahován a vzrušován mužem a homosexuální žena je přitahována a vzrušována ženou). Nositelem takového stavu je homosexuál, buď

homosexuální muž, nebo homosexuální (lesbická) žena. Někteří homosexuálové proti tomuto označení protestují, protože se brání medicinizaci problému homosexuality. (4)

Homosexualita samozřejmě není problémem pouze lékařským, nepodařilo se však v češtině najít označení analogické anglickému „gay“ nebo německému „Schwul“. Všechna naše nelékařské výrazy mají zatím bohužel příliš hanlivý zvuk, než aby bylo jejich užívání přijatelné. (14)

O homosexuálním chování hovoříme tehdy, má-li člověk homosexuální styky. Sexuální zájem o stejné pohlaví může mít i jiný důvod. Mladí nejednou uznávají někoho jen o málo staršího jako autoritu, někdy ho uctívají jako hrdinu. Chtějí s ním být co nejčastěji, obdivují ho a závidí mu jeho sexuální úspěchy, ať už skutečné nebo vymyšlené. Takto vznikající situace mají pak sexuální náboj, může se dostavit sexuální vzrušení a erekce. V chlapcích, kteří si nejsou jisti svou sexuální orientací, může takový zážitek vyvolat zneklidnění a ještě podpořit nejistotu – většinou však podobné reakce nejsou pro další sexuální vývoj nějak důležité.

Někteří mladí chlapci, kteří nejsou homosexuálně zaměřeni, se ale ze zjištěných důvodů sexuálně stýkají se staršími muži, podporují svou heterosexuální identitu tím, že si za takové jednání nechávají platit nebo své starší partnery urážejí či zastrašují.

V extrémních případech se ale může homosexuálně chovat i zcela stoprocentně vyhraněný heterosexuál. Například muž ve výkonu trestu dovolí homosexuálnímu spoluvězni, aby mu prováděl felaci (dráždění pohlavního údu ústy) a přitom si představuje ženu. I to je homosexuální pohlavní styk, na němž se účastní oba, a přitom se tím nic neměnilo na stoprocentní heterosexuální orientaci tohoto „svedeného“ heterosexuála.

Počet homosexuálních osob v naší populaci je odhadován na 4 % u mužů a 2 % u žen. (4, 59, 65)

Ženská homosexualita bývá také označována „lesbická láska“. Za toto pojmenování vděčíme básnířce Sapphó, která kolem roku 600 př.n.l. žila na východořeckém ostrově Lesbos. Byla vdaná a měla dceru. Žila v revoluční době a jako patricijka musela dvakrát emigrovat. Podruhé se vrátila bez muže. Hledala životní naplnění, snad i zlepšení své finanční situace, a tak ve svém domě zřídila školu zvanou

Múseion, tedy Dům múz. V té době nebyla jedinou ženou, která takovou školu vedla – na Lesbu se vzdělání dopřávalo i ženám. Soustředila kolem sebe okruh mladých dívek, na které pedagogicky působila. K některým z nich měla citový vztah, kterému dávala výraz ve svých básních. Ve své době byly jedinečné a dodnes se počítají k velkým dílům světové literatury, třebaže zůstávají v obecném povědomí hlavně proto, že Sapphó byla první ženou, která se veřejně přiznala ke své lásce k ženě. Zemřela z nešťastné lásky k jedné ze svých žaček - vrhla se do moře. (4, 14)

## ***1.11. Sexuální aktivity***

### *1.11.1. Onanie*

Onanie (masturbace, sebeukájení) je specifickou sexuální aktivitou v tom, že nevyžaduje přítomnost partnera a že je zaměřena výhradně na získání příjemného tělesného požitku, ne na rozvíjení vztahu s jinou osobou. Zároveň nenese možnost početí nového života. Tyto zkušenosti mají velký podíl na tom, že onanie byla odsuzována za hřích. Masturbace byla vždy spojena s řadou mýtů a protikladných názorů. Zároveň je to téma, které často stojí stranou i velmi otevřené sexuální výchovy ve škole i v rodině. Jen malá část rodičů se svými dětmi o onanii někdy mluvila. Onanie představuje častou sexuální aktivitu nejen v dětství a dospívání, ale i v dospělosti. Onanie napomáhá k rozpoznání vlastního těla a sexuální reakcí, což může být později přínosem v partnerském sexuálním životě.

Chlapci začínají onanovat často již kolem dvanácti třinácti let, kolem třinácti patnácti let již onanuje většina. Onanie je různá, závisí to především na síle pudu, množství zábran, které mohou vzniknout např. nesprávnou sexuální výchovou, na pohlaví, volném čase.

V pubertě chlapci onanují daleko častěji než dívky. Je to podmíněno tím, že dospívání u chlapců se projevuje výronem semene, tedy orgasmem. Sexuální vzrušení u

dívky se dostavuje později a ve slabší míře. Dívky nejčastěji onanují tak, že se rukou nebo nějakým předmětem dráždí v oblasti poštváčku a malých pysků, či na začátku pochvy, nebo se dráždí sprchou. Je také rozdíl v časnosti onanie u mužů a žen. Muži nejčastěji onanují kolem dvaceti let, ženy kolem třicítky. (14, 15, 55)

### *1.11.2. Necking*

Jde o vzájemné hlazení „od pasu nahoru“ bez dráždění pohlavních orgánů. Může sloužit jako úvod k pettingu, součást přede hry před pohlavním stykem nebo třeba jako způsob, jak si s partnerem (partnerkou) vyjádřit tělesnou blízkost a příjemnými pocity hloubku citového vztahu. Obvykle nevede k orgasmu, ale při vyšší citlivosti bradavek nebo co do citlivosti atypickém uspořádání erotogenních zón (krk, ušní lalůčky apod.) se i to může stát. Je to způsob doporučovaný pro dospívající, kteří mohou takto naučit zcela bezpečně poznávat tělesnou reaktivitu vlastní i svého partnera. (65)

### *1.11.3. Petting*

Vzájemné hlazení a dráždění pohlavních orgánů partnera. Může sloužit buď jako forma milostné přede hry před pohlavním stykem nebo jako prostředek k dosažení orgasmu při partnerském sexu. Druhý způsob je zejména doporučován pro relativní bezpečnost jak z hlediska nechtěného těhotenství, tak přenosu infekcí. (65)

### *1.11.4. Pohlavní styk*

Pohlavní styk, nebo-li milování, je intimním způsobem kontaktu mezi dvěma lidmi. Při pohlavním styku pochva sevře penis, který třením o stěny pochvy dráždí. Klitoris není drážděn přímo, ale tlak a tření jej mohou dráždit nepřímo. Varlata se



vytáhnou vzhůru blíže k tělu a děloha ženy se zdvihne z běžné nakloněné polohy. Biologickou funkcí pohlavního styku je rozmnožování, otěhotnění ženy. Měl by být projevem vzájemné důvěry a lásky mezi partnery. Požitek jednoty při sexuálním spojení poskytuje muži i ženě radost a maximální naplnění. Umožňuje, aby každý z partnerů hluboce vnímal, jak jej ten druhý miluje, jak po něm touží. Proto je pohlavní styk v pravý čas s pravou osobou až neuvěřitelně krásný. (15, 65)

#### *1.11.5. Orální styk*

Orální sex znamená dráždění partnerových genitálií rty a jazykem. Dvojice mohou používat orální sex jako součást přede hry nebo s ním mohou pokračovat jako s alternativou soulože až do vyvrcholení. Líbání a dráždění poštváčku jazykem se nazývá cunnilingus, líbání a sání penisu je známé jako felace. Při takovém laskání muže má žena naprostou volnost a může rozhodnout, zda si nechá semeno vstříknout do úst. Při každém pohlavním styku platí, že genitálie by měly být čisté, při orálním sexu tím spíš. Při orálním sexu partnerka neotěhotní, avšak nezabrání se přenosu infekčních chorob přenosných pohlavním stykem. (15, 65)

#### *1.11.6. Anální styk*

Jedná se o styk s penisem v konečníku. Anální sex s sebou nese velké riziko nákazy včetně HIV. Konečník je plný bakterií, které se análním sexem mohou dostat do pochvy. Koitus do konečníku vždy stěny tohoto orgánu zraní. Zranění mohou být nepatrná, ale otvírají cestu infekci do organismu. (15, 65)

## **1.12. SEXUALITA**

### *1.12.1. Sexuální potřeby*

Rodíme se všichni se sexuálními potřebami, i když je prožíváme rozdílně a ony samy jsou v různém období různě intenzivní. Žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou neexistuje; ale je zřejmé, že se intelektově znevýhodnění lidé hůře vyznaží ve vlastních sexuálních pocitech, takže potřebují speciální podporu.

Samotné označení sexualita, sex, je odvozeno od latinského slova *sexus*. První kdo tohoto pojmu použil, byl Marcus Tullius Cicero (106 -43 před.n.l.), který tím chápal zcela výhradně pohlavnost.

V psychologii se vymezuje sexualita jako souhrn projevů lidského chování a citění vyplývající z tělesných a psychických rozdílů mezi pohlavími. Zahrnuje rozdíly anatomické, hormonální, reprodukční, i rozdílné sociální role získané učením, též fyziologické uspokojení a psychickou slast spojenou se sexuálními aktivitami sbližování, vzrušení, spojení. (30, 64)

Sexualita plní také celou řadu funkcí. Jednou ze základních funkcí je funkce reprodukční. Do popředí zde vystupuje otázka síly, hloubky samotného prožitku, rozsah citového prožívání, závislost na potřebě a touze tuto slast opakovat a jiné. Sexualita, a do ní spadající pohlavní styk, se uplatňují v procesu sociální komunikace. Pohlavní styk můžeme zařadit mezi zvláštní intimní druh dorozumívání, kdy se jeden jedinec snaží o příjemný prožitek a slast svého partnera.

Sexuální potřeby jsou na jedné straně snadno pozorovatelné čistě fyziologické potřeby, na druhé straně potřeby emoční. Tyto dva druhy potřeb se nevyvíjejí vždy souběžně a harmonicky. (30, 32, 59, 64)

#### 1) Psychosexuální vývoj

- Mít myšlenky na sex a sny o něm
- Mít erotické fantazie

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

## 2) Tělesný sexuální vývoj

- Bezpečí při blízkém tělesném kontaktu
- Tělesná blízkost a dotýkání
- Polibek, objetí, mazlení
- Tělesné sexuální pocity
- Erektce u chlapců
- Menstruace
- Stimulace erotogenních částí těla
- Masturbace
- Sexuální styk (14, 32, 59, 65)

## Tělesně - pohlavní vývoj

Tab.1 Tělesný pohlavní vývoj

	Chlapci	Dívky
10 – 11 let	Začíná se zvětšovat šourek a varlata	Vyvyšují se prsní bradavky, zvětšuje se děloha, rozšiřuje se pánev
11 – 12 let Prepuberta	Začíná růst pohlavní úd a prostata	Výraznější růst do výšky, zvětšování prsů, objevuje se ochlupení pohlaví
12 – 13 let Prepuberta	Výraznější růst do výšky, ojedinělé chloupky v okolí pohlavního údu, pokračuje růst varlat a začíná růst pohlavní úd, může se objevit i hormonální reakce prsů	Výrazný vývin prsů a ochlupení na pohlaví, ojedinělé chloupky v podpaží, první menstruace
13 – 14 let Puberta	Výrazný vývin pohlavního údu, šourku a varlat, první výron semene	Vyvinuty ženské proporce, nepravidelná menstruace
14 – 15 let Puberta	Vydatné ochlupení na pohlaví (dosud s vodorovnou hranicí, začíná ochlupení v podpaží, ojedinělé chloupky pod nosem, častější výrony semene	Pravidelná menstruace, ukončen vývin dělohy a pánve, ukončen vývin ochlupení
15 – 17 let Adolescence	Ukončen vývin pohlavního údu a varlat, výraznější růst vousů, ochlupení vybíhá k pupku, postava mužsky formována, pravidelná výrony semene (později pokračuje vývin vousů a ochlupení	

(5, 13, 36, 69)

Puberta a adolescence u jedinců s mentálním postižením začíná často v pozdějším věku. Je to období dramatických změn, při kterých se z dítěte vyvíjí jedinec somatosexuálně zralý. Psychosexuální vývoj je však vůči somatosexuálnímu opožděn. V tomto období se formují schopnosti mladých lidí k citovým vztahům, pro život v páru, teprve se formují jejich základní morální postoje a etické hodnoty. Rozpor mezi tělesným a duševním vývojem je v podstatě větší u chlapců než u dívek. (25)

Puberta znamená u chlapců automaticky vysokou úroveň erotizace a vysokou sexuální aktivitu. První výrony semene jsou provázeny vysokým sexuálním vzrušením a silnými prožitky pocitového vyvrcholení. Erotizace dívek není zdaleka tak rychlá.

Puberta a dospívání jsou životním obdobím, v němž se podstatně formují schopnosti mladých lidí pro dospělé sexuální chování. V období puberty jsou lidé nejzranitelnější špatnými příklady. Je to období, kdy si mladý člověk nejnáze osvojí eticky defektní, konzumní vztah k sexualitě. (13, 37, 41, 42, 54)

### *1.12.2. Pohled na pojem sexuální výchovy*

Podobně jako pojem sexuality, byl i pojem sexuální výchovy vymezován z nerůznějších pozic a vědních oborů. V minulosti byl cíl sexuální výchovy spatřován v tělesném s morálním zdraví mládeže a zdůrazňovalo se klidné rodinné ovzduší a přirozené vnitřní zábrany člověka.

Jeden ze zakladatelů československé sexuologické školy, prof. J.Hynie, vyzdvihoval v sexuální výchově jemný, citlivý, individuální a psychologickým zásadám odpovídající přístup.

Vývoj názorů na problematiku sexuální výchovy se sjednocoval na úkolu upravit vzájemné vztahy příslušníků rozdílného pohlaví a připravit dorůstající generaci pro manželství a rodičovství. K zvládnutí těchto úkolů je třeba vycházet z celkové kvality osobnosti a respektovat ontogenetická stádia vývoje člověka. Vývoj každého je ovlivňován společností, ve které žije. Sexuální výchova je úkol pedagogický a výchovný. (3, 15, 32, 55)

### 1.12.3. Cíle sexuální výchovy

Předpokladem zdravého vývoje osobnosti je i správná sexuální výchova, která respektuje biologický základ sexuality, ale současně kultivuje a navozuje její lidské, citově bohaté prožívání. Správná sexuální výchova vyžaduje rozvíjet od dětství bohatou citovou oblast jedince v návaznosti na pozdější sexuální touhy a potřeby. Jejím základem je hluboký citový vztah, který teprve vtiskne sexualitě skutečně lidský rozměr. (50)

Sexuální výchova by měla začít prakticky již od narození dítěte. Zde, na začátku vývoje dítěte, se nerozlišují děti zdravé a děti poněkud odlišné.

Začátek výchovy spočívá v uvědomování si svého těla. U těch nejmenších k tomu napomáháme hlazením, laskáním, každým něžným a láskyplným dotykem. Hlasem, úsměvem, gestem, mimikou, pohybem a milým přístupem vzbuzujeme lásku v našich maličkých. (40, 59)

Zatím je to 'pouze' láska mateřská, ovšem ta právě tvoří základy k lásce všeobecné - k lásce k lidem, tedy i k lásce partnerské a rodičovské. Pro mnoho maminek je toto období velice namáhavé a bolestné. Různými způsoby se rodiče dozvěděli, že se jim narodilo dítě sice krásné, ale viditelně jiné, než jsou děti ostatní. Tedy dítě s mentálním postižením. A právě v tomto velice těžkém období je nesmírně důležité, aby dítě bylo obklopené láskou a něžnou péčí. Dítě je nutné vychovávat způsobem odpovídajícím jeho pohlaví. (58)

Čím je dítě větší a starší, tím je důležitější pamatovat i na sexuální výchovu. Dříve se tradoval názor, že s problémem sexuální výchovy je třeba začít „až přijde čas“ Ovšem kdy nastal ten správný čas, se nikdo nedozvěděl. Je zřejmé, že vysoké procento rodičů se začíná tímto problémem zabývat v době, kdy dítě klade již otázky samo. Tehdy si rodič a vychovatel uvědomí, že je čas, kdy se jejich syn nebo dcera mohou dovědět z této oblasti i něco více. V této době si každý, kdo pečuje o člověka s mentálním postižením, klade otázku, jakým způsobem seznámit tuto zvědavou osůbku s tímto problémem aby vše, co se týká oblasti sexuality, bylo vysvětleno srozumitelně,

taktně, nepůsobilo vulgárně a dostatečně objasnilo svět, který pro mnohé mentálně postižené jedince je prozatím obestřen závojem zakázaného, o čem se nesluší mluvit. (3, 15, 32, 55, 58, 59)

Sexuální výchova musí mít samozřejmě i určité restriktivní cíle, a to :

- a) bránit brzkému zahájení sexuálního života
- b) bránit promiskuitě
- c) bránit šíření pohlavních chorob včetně AIDS
- d) bránit předčasnému a nechtěnému těhotenství
- e) bránit sexuální delikvenci

Její významnou součástí je bezesporu prevence sexuální trestné činnosti. Sexuální výchova je široký pojem zasahující do mnoha oblastí lidské činnosti, lidských tužeb a chování, a projevuje se tedy téměř při každém životním kroku. (3, 15, 32, 59)

#### *1.12.4. Zásady sexuální výchovy*

Aby se dařilo výchovné ovlivňování, musí se dodržovat v obecné rovině základní principy správné sexuální výchovy.

##### *1) princip spontánnosti*

Výchova v sexuální oblasti může být účinná pouze za předpokladu, že vychovávající je sám přesvědčen, že je sexualita potřebná a správná, a dokáže k ní přistupovat se stejnou samozřejmostí, jako ke všem dalším oblastem života.

##### *2) Princip přiměřenosti*

Jinak věci vysvětlíme pětiletému dítěti, jinak desetiletému, jinak dospívajícímu a jinak mentálně postiženému – to platí ve všem, a tedy i v sexuální výchově.

##### *3) Princip aktivní imunizace*

Měl by se využívat zákon vštípivosti. První vysvětlení se zafixuje velmi intenzivně, je to totiž jakýsi zápis na čistou plochu, který přetrvá až do konce života.

4) *Princip důvěry*

Tento princip rodiče i ÚSP zpravidla bez obtíží přijímají, problém je v tom, že jej až příliš často pojmají jednostranně. Vytvořit vzájemný kontakt může jen vzájemná důvěra

5) *Princip pravdivosti*

Odpovídáme na jejich otázky pravdivě. Zamlčování a zatemňování dodává sexualitě nepřiměřenou atraktivitu, která naopak probouzí zvědavost.

6) *Princip návaznosti*

Ve všech oblastech vzdělávání dětské poznání rozvíjíme postupně.

7) *Princip otevřenosti*

Někteří lidé se domnívají, že o intimních otázkách je nejlépe hovořit intimně, mezi nejbližšími, a různé besedy na toto téma odsuzují. Ale ideální je kombinace obou forem.

(15, 59)

#### 1.12.5. *Sexuální chování*

Puberta přináší vlivem hormonálních podnětů zájem o druhé pohlaví. Vědomí, že druhé pohlaví existuje a že je na něm něco přitažlivého. Touha být v jeho přítomnosti a dostat se do jeho zorného pole. Upoutat jeho pozornost. Získat jeho zájem o rozhovor. Vydělit se z kolektivu party k individuální schůzce ( dating), mít svou dívku, mít svého chlapce, chodit spolu. Mluvíme o pretaktilní fázi, dnes se razí termín proceptivita, vztah ještě bez vzájemných dotyků. Okolí nás bombarduje sexuálními stimuly, které nesporně přispívají k zmiňovanému urychlení vývoje. Nestimulující prostředí izolace na samotě či v ústavním nekoedukovaném zařízení tento vývoj brzdí. (34)



V dalším vývoji vztahu následuje držení za ruce, políbení, vášnivější líbání, objímání, hlazení v horní části těla, fáze neckingu. Období pohlavního vzrušování v přítomnosti partnera. Je to romantické krásné období, které by se nemělo přeskakovat. Zkušenosti ukazují, že lidé mentálním postižením tuto fázi překvapivě dobře zvládají, nacházejí v ní uspokojení a dlouhodobě v ní setrvávají.

Samotné chování není řízeno u člověka jen pudově. Pohlavní pud sám tedy nedokáže zajistit odpovídající sexuální chování. Pudové podněty vedou často k projevům, které jsou neobratné, impulzivní, společensky obtížné až nebezpečné. (20)

Tato problematika vystupuje do popředí u lidí vyrůstajících ve společenské izolaci často v nepřirozených podmínkách, které neposkytují ani základní informace o lidském sexuálním chování. Informovanost z televize i ostatních hromadných sdělovacích prostředků, které podávají často zkreslené informace o sexuálním chování je nedostačující. Erotické materiály se soustředí na vlastní sexuální akt a různé sexuální praktiky. Otázka erotického navazování, dvoření, svádění, koketérie je zcela mimo oblast zájmu médií. Z toho plyne nutnost soustavné sexuální výchovy. Tím odpovědnější je úkol vypracovat metodiku sexuální výchovy pro lidi s mentálním postižením s ohledem na nezbytný obsah a potřebnou formu. (3, 7, 32, 59, 75)

### ***1.13. Sexualita lidí s mentálním postižením***

Definice sexuálního zdraví podle WHO : „Jde o souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky. Je stejný hodnotnou součástí života i u lidí s postižením.“ (59)

Sexualitu lze pojímat z různých hledisek a vnímat rozdíly mezi sexuálním chováním a sexuální touhou. Vždy je potřeba brát ji z pohledu multidimenzionálního, a to biologického, psychosociálního, projevů chování, morálky a kultury . Sexualita je součástí kvality bytí člověka, důležitou součástí jedince. A proto bychom měli u klientů

s mentálním postižením s výchovou a osvětou začínat obdobně jako u nepostižených jedinců. ( 68 )

Pro zdravé i duševně nemocné lidi platí tato stanoviska :

- a) každý člověk má právo na uspokojivý sexuální život
- b) liší se pouze projevy, možnostmi, tužby každého jedince
- c) všechny formy jsou rovnocenné (homosexualita, autoerotika)
- d) sexualita je možná i mimo rámec manželství
- e) cílem u lidí s mentální postižením nebo závažnou duševní poruchou je pomoci jim prožít sexualitu způsobem, jaký si zvolí (pokud to není v rozporu s přáním, partnera či zákonem)
- f) posiluje odpovědnost za své zdraví, k partnerovi, k zabránění nechtěného početí
- g) snažíme se zvýšit obranyschopnost proti zneužívání
- h) rodičovství není primárním cílem (32, 38, 55)

Úspěšný sexuální život je dnes všeobecně považován za důležitou životní hodnotu, spojíme-li však tuto problematiku s rehabilitací postižených, setkáváme se značnými rozpaky. Ve společnosti zdravých lidí se tradují představy o neschopnosti lidí s mentálním postižením, které se rozšiřují i na oblast jejich sexuality a sexuálního života. Přitom milovat a být milován je jednou ze základních potřeb lidské bytosti, jejíž naplnění postižený člověk potřebuje ještě ve větší míře než člověk zdravý.

Pochopit citové a erotické potřeby lidí s postižením znamená akceptovat jejich vývoj a sexuální projevy. Jejich sexuální chování se projevuje u každého velmi individuálně, v závislosti na pohlaví, věku, stupně postižení a vlivů výchovného prostředí. Sexuální vývoj může být nejen opožděný, zpomalený, ale v některých případech i zastavený, nevyvinou-li se u jedince sekundární pohlavní znaky. Jiní sice jsou tělesně vyspělí, ale jejich sexualita zůstává dětská, ba dokonce jedna a táž osoba může mít ve stejném čase různý biologický věk (chronologický věk), mentální věk (rozvoj kognitivních funkcí a schopností), sociální věk (úroveň kooperace, schopnost

projevovat pocity) a sexuální věk (zájem o druhé pohlaví a partnerský vztah, touha mít dítě). (73)

Psychický vývoj člověka s mentálním postižením probíhá v podstatě podle stejných zákonitostí jako u zdravého člověka, tzn. že neexistuje žádná zvláštní specifická sexualita postiženého. Je tedy nesprávné považovat lidi s mentálním postižením za asexuální a je nutné chápat jejich sexualitu vždy ve vztahu k ostatním projevům jejich osobnosti a ve vztahu ke společnému prostředí, ve kterém žili nebo žijí. (8)

Přes snahu o integraci má postižený omezený kontakt s vrstevníky, omezené možnosti v rozvoji komunikace. U rodin, které pečují o svého blízkého s postižením samy, je izolace markantní. Tito klienti často trpí sexuální frustrací.

Celá řada nejen rodičů, ale i vychovatelů se staví k této problematice zdrženlivě, nemají potřebu se vyjadřovat, a to buď z důvodu neznalosti, nebo specifických, tzn. intimní povahy obsahu. (2, 42)

Po tabuizaci této problematiky, která trvala celá staletí, se v civilizovaném světě začínají řešit otázky sexuality postižených na vědeckém základě. Vyvrací se mýty, že člověk s mentálním postižením nevnímá, co se kolem něho děje, neumí prožít lásku, neumí ji opětovat, že je to „věčné dítě“ a pod. (2, 8)

Společnost je schopna připustit sexualitu u lidí s mentálním postižením, ale už nechce připustit sexuální projevy. Mentálně postižení se častěji setkávají s ignorací a popíráním sexuálních potřeb než aby jim byla poskytnuta pomoc. (1)

Lidé s mentálním postižením jsou znevýhodněni při vytváření vztahů z těchto důvodů:

- 1) **zdravotní stav** – estetické vady, mimovolné pohyby, poruchy koordinace, menší obratnost, omezení pohybu, poruchy smyslů

- 2) **psychické změny vzniklé vlivem postižení či omezení** – vznik osobnostních rysů, které ztěžují vztahy k lidem, komplexy méněcennosti, egocentrismus
- 3) **změny v sociální oblasti** – chybí perspektiva harmonického zázemí, nedostatek sociálního učení (rodina, ústav) (73)

Psychosexuální vývoj je odlišný od vývoje zdravého dospívajícího jedince, zvláště v období puberty. Ta obvykle nastupuje později a tělesné změny se mohou opozdit. Vývoj se pak může ubírat směrem k následujícím variantám sexuality : k uspokojování potřeby pouze vybitím (masturbace), nebo vzniká potřeba vztahu, který nemusí být pouze sexuální. Sexualita osob s mentálním postižením nemusí vždy odpovídat očekávaným modelům sexuálního chování, které je akceptované společností. (8, 25, 73)

V období dospívání potřebují mentálně postižení naplnění potřeby jistoty, stálosti a pořádku ve svých sociálních vztazích. Tito jedinci jsou většinou v sexuálních vztazích nejistí, ostýchaví a ustrašení. Kontakt s druhým člověkem přispívá k jeho socializaci, jenže snížené komunikační dovednosti mu sblížení s vrstevníky komplikují.

U dětí a mládeže s lehkým stupněm mentálního postižení se sexuální vývoj někdy mírně zpožďuje, jindy se – pod vlivem prostředí a specifických kulturních zvyklostí – naopak urychluje. Všeobecně však spěje ke zralosti a k naplnění práva na plnohodnotný sexuální život. (73)

Jestliže k sobě cítí dva lidé s mentálním postižením takové citové sympatie, které vedou k utvoření páru, a jsou schopni a mohou spolu žít v partnerství, avšak za předpokladu, že ani jeden z nich neprojevuje své emoce sociálně nevhodným způsobem a žijí-li v ústavu, je-li personál jejich vztahu nakloněn, je jejich soužití podporováno. Obvykle se pak dvojice cítí jako manželé, neboť jejich rozhodnutí bylo stvrzeno „ústavní slavností“, a ostatní jejich vztah respektují. Problém je v tom, že partneři tak legalizují svoji sexualitu, tato však není legislativně potvrzena. (46, 73)

Absolventi zvláštních základních škol běžně uzavírají manželství a zakládají si rodiny. Ne vždy se však umějí vyrovnat se zodpovědností, kterou rodičovství přináší. Škola totiž připravuje žáky po citové, mravní a sexuální stránce velmi nedostatečně.

Situace osob se středním a těžkým stupněm mentálního postižení je složitá. Pouze málokterí dosáhnou takové míry samostatnosti, aby mohli žít přirozeným partnerským a sexuálním životem, bez dozoru rodičů anebo vychovatelů. Většinou u nich ale nevzniká snaha o sblížení. Někdy dochází k pudovému napětí, masturbaci, je i patrné sexuální násilí vůči partnerovi a hrozí vynucování sexu. (56, 73)

U lidí s těžkým mentálním postižením chybí chápání souvislosti vybití pudu s párovou sexualitou. Pokud jsou schopni, uvolňují sexuální napětí masturbací. (73)

Poměrně často se setkáváme s tvrzením, že osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud. Přetrvával názor o hypersexualitě jedinců s mentálním postižením, že zapojují svoje sexuální chování na elementární úrovni kdekoliv a kdykoliv. Někdy se ale jedná pouze o vyjádření touhy po blízkém člověku. ( 61)

Zhruba jen 10 procent osob s mentálním postižením dozraje do té míry, že touží realizovat pohlavní styk. Až 80 procent z nich nepřekročí v sexuálním vývoji hranici osm roků, mnozí ovšem zůstávají na úrovni předškoláků. Takto je potřeba chápat i jejich projevy, například hlazení, laskání, líbání. Jejich chování je spontánní, nebrzděné rozumem. Čím nižší je mentální věk, tím nižší je kontrola sexuální vzrušivosti. I schopnosti předvídat následky jsou omezené. Některé projevy postižených se navenek jeví jako společensky neúnosné. Týká se to například sklonu k agresii.

V zásadě je potřeba v rámci sexuální výchovy zdůrazňovat, že v lásce a sexu je násilí nepřijatelné. Problémovým jednáním je i obnažování se na veřejnosti, ačkoliv se zpravidla nejedná o exhibicionismus. U osob se středním a těžkým postižením bývá obnažování spojené spíše s nepříjemnými tělesnými pocity, nedostatečnou sebekontrolou. ( 6)

Jednou z námitek proti podpoře přirozené sexuality mentálně postižených je možný vznik nechtěného těhotenství. Problém jednoznačně řeší antikoncepce. Dívky většinou po mateřství vůbec netouží. Navíc oproti chlapcům prosazují ve vztahu více než sex doteky, intimitu a pocit partnerství. (23)

Většinou se celý problém sexuálního života postižených zužuje často na otázku onanie. V odborné literatuře, se užívá i označení notoonanie, tj. označení pro onanii v nouzi, kdy existuje v podstatě nemožnost realizovat pohlavní styk. Jen velmi málo mentálně postižených jedinců má možnost žít sexuálním životem.(2)

Nejmenší počet masturbujících byl zjištěn mezi jedinci s lehčím mentálním postižením, z nichž někteří mají určité zábrany a mohou tuto činnost tajit. Masturbace může být také reakcí na nudu, nebo naopak na strach, vnitřní napětí, kdy se jedinec snaží tenzi uvolnit právě masturbací. (38)

Osoby s těžším mentálním postižením masturbují několikrát denně, prakticky při každé příležitosti. Často dochází k masturbaci dvojic, kdy ale partner není milostným objektem, chybí citové prvky, přičemž odpadá stud. (16, 32)

Smyslem sexuální výchovy u těchto lidí není jak takto projevovanou sexuální tenzi potlačovat, ale naopak jak omezovat její negativní dopady na bezprostřední okolí.

V této souvislosti se mohou objevit nápadnosti v chování, např. obnažování na veřejnosti, neselektivní sexuální ataky apod. Člověk s mentálním postižením si obvykle s vlastní sexualitou neví rady, nemá příležitost ji uspokojit a často sám neví, jak by to měl udělat. (2, 77)

Pro někoho je zvládnutí masturbační techniky často jediným východiskem z permanentní sexuální frustrace. Někteří jedinci, ale nedokáží zvládnout techniku masturbace do té míry, neboť nemají dostatek soukromí k tomu ("24 hodin pod kontrolou"), aby dospěly k uspokojení. Tudiž se nachází permanentně ve stavu sexuálního vzrušení. (16, 29)

Někdy by tento problém vyřešilo dostatečné soukromí či jednoduchá rada a nebo názorná ukázka, video, obrázková knížka. V tom je ale však vážný etický problém. Není dořešené, kdo by takovéto postupy či techniky měl jedince s mentálním postižením naučit. Lékaři a vychovatelé podobnou službu odmítají. Pohybujeme se v této oblasti na "velmi tenkém ledě", kdy by takové služba mohla být klasifikována jako pokus o sexuální zneužívání. (49)

To, že se jedná o přirozenou aktivitu, rovněž neznamená, že by měla být vždy a za všech okolností tolerována. Je důležité klienty poučit o tom, že masturbace patří do

soukromí člověka, o nevhodnosti této činnosti na veřejnosti za přítomnosti dalších osob. Je rovněž zapotřebí informovat klienty o místě, kde mohou masturbovat. (16)

Nesmíme se však spokojit tím, že pokud vytvoříme klientům podmínky pro masturbaci, že jsme tím umožnili dostatečný sexuální život. Sexualitu v podobě masturbace nelze v žádném případě považovat za plnohodnotný sexuální život. Masturbace slouží pouze k uvolnění sexuálního napětí; nikdy však nemůže nahradit plnohodnotný sexuální život. Onanie zaměřuje člověka jednostranně na biologickou stránku sexuality, je to sexualita pouze na pudové úrovni, není v ní duševní a duchovní rozměr lidské erotiky uskutečňované v lásce dvou milujících se osob. Sexuální výchova od dětství u člověka s mentálním postižením může také pomoci při jeho integraci do "normální" společnosti.

V ústavech sociální péče je nejzávažnějším problémem v této oblasti velká frekvence masturbace těchto jedinců. Zvláště nebezpečné je, že tito jedinci jsou náchylní ke kolektivní masturbaci. (29)

S klienty je samozřejmě důležité otevřeně hovořit nejen o masturbaci, ale i o dalších formách sexuality. Vhodné je nejdříve zjistit, co si pod těmito pojmy představují, a následně navázat a vysvětlit, co pod nimi rozumíme my. Sama onanie tedy škodlivá není. K poškození zdraví však ale skutečně může dojít, jestliže klient s mentálním postižením užívá k dráždění různé předměty, které si zavádí do pochvy, konečníku či jiných erotogenně vybavených tělních dutin. Tímto může dojít k zanesení infekce nebo k poškození sliznice. (29)

Mnozí jedinci s mentálním postižením chtějí žít a jsou schopni sexuálního života, pouze jim to není umožněno a mnohdy si nevědí s touto situací rady. Informace týkající se sexuality uživatelů podléhají zákonu o ochraně osobních údajů, proto jsou uloženy v dokumentaci na vyhrazeném místě poskytovatelů sociálních služeb. Přístup k těmto informacím je povolen pracovníkům přímé péče, kterým byl buď uživatelé úplně způsobilými či částečně zbavenými způsobilosti k právním úkonům, popř. jejich zákonnými zástupci či opatrovníky písemně udělen souhlas s nahlížením do těchto dokumentů. (27, 74)

Důležité je zde ovšem pomoci jim vytvořit vhodné podmínky, což záleží na přístupu, vstřícnosti a pomoci společnosti.

Asi 40 procent dětí narozených rodičům s mentálním postižením má intaktní (neporušený) intelekt. O tom, zda lidé s postižením mají, anebo nemají mít děti, se často diskutuje v odborných kruzích i v laické veřejnosti. Názory jsou různé, od liberálních až po direktivní. Zastáváme názor, že rodičovská práva by měla být spjata s povinnostmi, tedy právo plodit děti by měl mít člověk, který je schopný a ochotný se o děti starat. Touha po vlastním dítěti navíc často bývá romantická. Lidem s postižením je proto potřeba vysvětlit, že šťastní mohou být i bez dětí. (32, 49, 73)

### ***1.14. Sexuální výchova osob s mentálním postižením***

Cílem sexuální výchovy dětí a mládeže je nejen poučovat, ale i poskytovat pravdivé informace, formovat osobnost, pěstovat zdravé návyky, postoje, ovlivňovat citové prožívání, aby bylo v souladu s mravními ideály a hodnotami společnosti.

Děti a dospívající s lehkým mentálním postižením jsou v rámci sexuální výchovy obzvlášť zanedbávanou skupinou. Následkem mohou být pak zanedbané hygienické návyky a předčasný pohlavní život. (6)

Klade se důraz na výchovu v sociální oblasti – schopnost spolu hovořit, porozumět si, řešit konflikty. Nejlepší způsob učení je prostřednictvím hry a zážitku ze hry. Tématy vhodnými pro mládež jsou : mužská a ženská odlišnost, pohlavní orgány, přátelství, zamilovanost, nástrahy lásky, zneužití, pohlavní choroby, výběr partnera, odmítnutí pohlavního styku, polohy při pohlavním styku, masturbace, těhotenství, antikoncepce, rozdělení úloh v rodině, atd. Vhodné je i využití obrázků, obrázkových knih. Mentálně postižení jedinci vyžadují specifickou sexuální výchovu. V rámci sexuální výchovy je důležité poučit klienty a vést je k důsledné hygieně, dívky poučit o menstruační hygieně, o antikoncepci, o sexuálně přenosných chorobách. Neméně důležité je i poučení o právních aspektech sexuálního života. (15, 44, 76)



Sexuální výchova středně, těžce a vícenásobně postižených v zařízeních sociálních služeb není vázaná učebními osnovami ani závaznými pravidly, což je výhoda i nedostatek zároveň. Témata znějí poznávání těla, udržování hygieny, kultivování citů a sexuálního pudu (pohlavní orgány jsou intimní a „nepatří na veřejnost“). Se zralejšími jednotlivci anebo páry, které spolu „chodí“, je vhodné řešit, hovořit a věnovat se problému antikoncepce, sexuálních praktik. V zásadě platí, že lidé s mentálním postižením i v dospělosti potřebují pomoc a podporu v oblasti sexuality. (27, 49, 76)

Při vzdělávání klientů s mentálním postižením je potřeba vyučovat je v malých skupinách a to zhruba na stejné úrovni jejich schopnosti chápání a mít vědomosti o jejich možnostech. Např. klienti s lehkou mentální retardací jsou schopni lepe vyjádřit souhlas - verbálně, mimicky nebo gestem se sexuálním kontaktem, což klienti se středně těžkou či těžkou mentální retardací nedovedou.

Informace je třeba poskytovat v kratších úsecích a v jednoduchém jazyce. K tomu je nutné znát obecně užívanou terminologii a slangová vyjádření, která užívá klient, znát základy anatomie, využití antikoncepce a její význam, morální standardy a faktory, které ovlivňují sexuální život klienta. ( 23)

K profesionální výchově je důležité:

- dostatek profesionálů, kteří jsou schopni informovat o sexualitě a o všem, co k ní patří - např. participovat v romantických vztazích klientů (včetně sňatků); poskytovat relevantní služby klientům s mentálním postižením;

- překonávat předsudky vychovatelů, že poučení klienti s mentálním postižením budou chtít např. otěhotnět a mohou mít nevhodné sexuální chování, nebudou se umět vyrovnávat se zátěžemi ve vztahu;

- aby se v programech zaměřených na osvětu rozvíjely konkrétní situace, do nichž se klient dostává. Zlepšuje se tak schopnost vyjadřování potřeb a zdokonalí se sociální chování. (61)

Zlepšuje se přístup k informacím, které se týkají sexuality mentálně postižených osob. Příkladem jsou internetové stránky, které jsou pravidelně aktualizovány a nabízejí pro ně informace o sexualitě. (8)

Je potvrzeno, že vzdělávání v oblasti sexuality pomáhá prevenci před nechtěným otěhotněním, ochraně před pohlavními nemocemi, sexuálním zneužitím. (44, 61)

Při řešení problematiky sexuality jedince s mentálním postižením nemůžeme vycházet z nějaké šablony, která by nám říkala, jak přesně krok po kroku postupovat. Tou šablonou je vždy konkrétní potřeba (či problém) individuálního klienta. (6, 76)

Základní forma sexuální osvěty je ve skupině. To má několik výhod – vychovatel získá lepší přehled o úrovni znalostí, prožívání a přáních klientů.

Na skupinovou osvětu navazuje individuální, která je zaměřena na specifické osobní otázky nebo problémy jednotlivých klientů. Témata jsou individualizovaná s ohledem na biologický, mentální, sociální a sexuální věk klientů. Týkají se například poznávání těla a udržování tělesné hygieny, kultivování citů ( ve smyslu pochopení principů přátelství, lásky a věrnosti), kultivování sexuálního pudu (osvojení si zásady, že sexuální chování je intimní věc a nepatří na veřejnost). S partnerskými páry řešit problematiku antikoncepce a sexuálních praktik. (29)

Návrh základní osnovy sexuální výchovy mentálně postižených osob :

- 1) Lidé s postižením, kteří nevykazují žádné zvláštní sexuální potřeby, by měli být pozorováni.
- 2) Lidem s postižením, kteří jsou schopni uspokojovat vlastní sexuální potřeby, by to mělo být umožněno. Pokud je to možné, měl by se jim nabídnout přístup k subkultuře pro ně důležité.
- 3) Lidé s postižením, kteří rozumějí běžné konverzaci, by se měli učit prostřednictvím neformálních hovorů v rodině nebo instituci, kde žijí.
- 4) Lidé, kteří nerozumějí běžné konverzaci, by se měli učit prostřednictvím obrázků, fotografií a videofilmů, které zachycují lidi v běžných denních činnostech.

- 5) Lidé s postižením, kteří se nemohou učit tím, že sledují obrázky, fotografie nebo filmy s lidmi v každodenních situacích, se mohou učit hraním rolí.
  - 6) Lidé s postižením, kteří nerozumějí hraní rolí a smyslovým hrám, se mohou učit prostřednictvím obrázků, fotografií a filmů se sexuálními situacemi.
  - 7) Lidé, kteří se nemohou učit sledováním sexuálních filmů, se mohou učit přijímáním a poskytováním masáže.
  - 8) Lidé s postižením, kteří se nemohou učit prožitky z masáže, se mohou naučit uspokojovat prostřednictvím sexuálních pomůcek.
  - 9) Lidé s postižením, kteří se nemohou naučit používat sexuální pomůcky, se mohou naučit přiměřeným způsobům sebeuspokojování .
- (29, 61)

#### *1.14.1. Historie sexuální výchovy osob s mentálním postižením*

V dřívějších obdobích byla pro osoby s mentálním postižením zcela běžně zřizována velká ústavní zařízení, která neměla ani v nejmenším ráz rodiny a kam bývali umístováni muži a ženy odděleně.

Typický byl oddělený život, oddělená práce, bydlení. Pokud nastaly nějaké problémy v oblasti sexuality, bývaly řešeny s pomocí léku, ergoterapie apod. Většinou nebyla realizována žádná sexuální výchova. Převažujícím postojem byla eliminace sexuality u klientů. (29)

#### Sexualita a sexuální výchova v nekoedukovaných typech zařízení

Nekoedukovaná zařízení nejsou pouze historií, ale ještě i dnes se s nimi můžeme setkat. Instituce tohoto typu jsou nepřirozenou formou soužití.. V takových podmínkách lze – přes všechnu snahu personálu - jen omezeně zprostředkovat obyvatelům realitu běžného života tak, jak ji zná většina ostatních lidí. To se samozřejmě odráží i v realizaci sexuální výchovy. Klientům chybí běžné zkušenosti ze soužití obou pohlaví,

přirozené podněty k získávání prožitků a poznatků důležitých pro rozvoj pohlavní identity. (29, 42)

To, že jsou tito lidé trvale citově deprivováni, sexuálně frustrováni, anebo volí náhradní autoerotické či homosexuální praktiky, bývá většinou bagatelizováno.

Každý člověk, tedy i s jakýmkoliv typem postižení, touží po blízkosti druhé osoby, po užším vztahu než je kamarádství nebo přátelství. V nekoedukovaném zařízení z toho plyne hledání si takové osoby ve skupině stejného pohlaví. Sexuální život se odehrává většinou formou masturbace či tzv. pseudohomosexuality. Někteří se spokojí s partnerem stejného pohlaví, jiní touží po partnerovi opačného pohlaví. Naplnění touhy po partnerovi opačného pohlaví bývá v nesmíšených ústavech velice složité. Se "svými dívkami/chlapci" se klienti většinou setkávají pouze na různých akcích jako jsou diskotéky, výlety, zájezdy, rekreace (kde se seznamují, zamilují) a s koncem akce končí i společně trávené chvíle a zbývají jenom vzpomínky, dopisování, čekání na některou z dalších takových příležitostí k setkání (příloha 2,3,4). (29)

### ***1.15. Antikoncepce u osob s mentálním postižením***

V rámci sexuálního a reprodukčního zdraví mentálně handicapované populace není možno především opomenout problematiku prevence nežádoucího těhotenství.

Především v koedukovaných ústavech jsou postaveni před naléhavou potřebu prevence nežádoucího těhotenství. Sexuální pud je podmíněn automatickým mechanismem přežití a člověk je tímto biologickým atributem vybaven bez ohledu na stupeň své mentální úrovně. Společenské konvence a etická pravidla jsou pak už jen nadstavbou.

Do antikoncepčních metod bývá někdy mylně zařazována periodická sexuální abstinence. Přestože je periodická abstinence jedinou metodou, kterou povoluje římskokatolická církev, je pro mentálně postižené jedince metodou naprosto

nevhodnou. Další antikoncepční pomůckou bývá kondom, ale je zapotřebí postupovat důsledně a individuálně při jeho nasazování.

V hormonální ženské antikoncepci je situace poněkud více problematická. Týká se to hlavně komplikace v každodenním užívání. Uživatelky se dopouštějí v menstruačním cyklu omylu v podobě vynechání tablety.

Ve většině případů mentálně postižených dívek se doporučuje dlouhodobě působící hormonální antikoncepce. Čtyřikrát do roka aplikovaná gestagenní antikoncepce (preparát Depo Provera) je ideální zejména pro ústavní uživatelky, i když jako určitá nevýhoda se může jevit častá nepravidelnost menstruačního cyklu.. Totéž se týká podkožní aplikace tyčinky Implanon, která oproti dřívějším šesti tyčinkám Norplantu představuje nesporně zlepšení aplikační formy. S náplast'ovou antikoncepcí Evra firmy Organon, kde se estrogen-gestagenní hormonální směs vstřebává kůží kůží a jejíž spolehlivost je plně srovnatelná s klasickými každodenně užívanými tabletami. Jedna náplast se lepí vždy na 7 dní, pokračuje se 3 týdny v cyklu a další čtvrtý týden přestávka. Nalepená náplast pak představuje též pro okolí jakousi spolehlivou kontrolu a pravidelný cyklus představuje rovněž nespornou výhodu. Tato forma hormonální antikoncepce by mohla představovat ideální způsob ochrany pro mentálně postižené. (47, 66, 67, 76)

### ***1.16. Právní problematika osob s mentálním postižením***

„Způsobilost k právním úkonům“ představuje občanskou způsobilost nabývání práv a braní na sebe povinností. Způsobilost vzniká dovršením 18 roku věku, ale ne každý dospělý občan České republiky se může touto výsadou pyšnit. V praxi se setkáme s osobami, které byly této způsobilosti zbaveny, nebo jim byla omezena. Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům je krokem soudním a sleduje ochranu duševně nemocných občanů, především jejich majetkových práv.

Zbavení způsobilosti k právním úkonům se týká osob, jejichž duševní porucha není přechodná a ony nejsou schopny v důsledku této poruchy činit právní úkony.

Jestliže je osoba s duševní poruchou, která není přechodná, schopna činit v důsledku této poruchy pouze některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a přesně vymezí rozsah omezení. Soud rozhoduje o zbavení, omezení, ale také o změně omezení či o navrácení způsobilosti k právním úkonům.

Občan, který byl způsobilosti k právním úkonům zbaven nebo mu byla omezena, má vždy soudem určeného opatrovníka. Řešení výše uvedených právních kroků je u osob s těžším mentálním snazší a jednoznačnější než u osob s lehčím postižením. Citlivost posouzení jednotlivých případů soudem je pak velice složitá a vyžaduje zcela objektivní posouzení stavu jednotlivých osob. (38)

Mezi základní lidská práva rovněž patří i možnost najít si partnera, uzavřít manželství a založit s ním rodinu. Mnohým osobám s mentálním postižením je toto odpírané. Osoba s mentálním postižením podle naší legislativy nemůže uzavřít manželství, ne protože je postižený, ale proto, že nemá způsobilost k právním úkonům. Donedávna byly osoby s mentálním postižením před přijetím do zařízení sociální péče, zbavovány způsobilosti pro právní úkony. Pro toto právo neexistovala žádná spodní hranice inteligence. Dnes se postavení občanů s postižením pomalu zlepšuje, ale ve vědomí lidí stále přetrvává mýtus o osobách s mentálním postižením jako o „bezpohlavních bytostech“, které nemají „normální“ požadavky a potřeby. (43)

### ***1.17. Sexuální zneužívání***

Sexuální zneužívání je jednou z forem širšího jevu – týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (CAN – Child Abuse and Neglect) a obecně je v anglosaské literatuře označováno jako Child Sexual Abuse (CSA). V průběhu minulých desetiletí vznikla řada definic, které se snažily co nejvýstižněji a nejobsažněji definovat podstatu sexuálního zneužití. Pod pojmem sexuální zneužívání rozumíme jakékoliv chování nebo

činnost, která vede k sexuálnímu uspokojení prostřednictvím osoby s mentálním postižením. Pachatelem nejčastěji bývá člověk, kterého oběť dobře zná.(10, 52)

Odtabuizování sexuálního života u mentálně postižených jedinců může být důležitým krokem k prevenci společensky a sociálně patologických jevů, čím konkrétně máme na mysli sexuální zneužívání takto postižených lidí, ke kterému bohužel v naší společnosti dochází. „Děti s tělesným, smyslovým či mentálním deficitem jsou při uspokojování svých tělesných a citových potřeb zcela odkázány na své okolí. Mnohé z postižených dětí vyrůstají v prostředí, které funguje jako uzavřené společenství bez dostatečných společenských kontaktů a možnosti vnější sociální kontroly. Sociální izolace těmto dětem brání v tom, aby se v případě ubližování obrátily o pomoc na někoho mimo toto uzavřené společenství. Strach ze ztráty péče je u nich silnější, než potřeba ochrany a pomoci ze strany vnějšího světa.“ (48, s.2 ) Jedinec s mentálním postižením je snadnější oběť. Je snadno ovlivnitelný, méně věrohodný jako svědek. Je důvěřivý, má omezenou sociální zkušenost, nedokáže předvídat nebezpečí. Právě snížená obranyschopnost, neschopnost samostatného jednání a také snížená možnost sociální kontroly u takto postižených jedinců je jedním z důvodů , proč se stávají obětí zneužívání. Velkým ohrožením pro ně je jejich nevědomost a jejich velmi obtížná komunikace a problémy v hledání pomoci. Osoby s mentálním postižením obou pohlaví jsou často zneužívány k prostituci. Tato problematika se týká žen i mužů. Zde se osvědčil systematický výcvik dívek i mladých žen v umění odmítnout návrhy k sexuálnímu stykům.(7, 10, 12, 39, 72)

80 % osob s mentálním postižením se stává cílem určitého typu sexuálního zneužívání odpovídající příslušnému věku této osoby. (8)

Nejjistějším a nejméně zpochybnitelným východiskem pro definování sexuálního zneužívání je pravděpodobně vymezení právní. Sexuální zneužití je v naší společnosti trestným činem.

Trestní zákoník definuje trestný čin pohlavní zneužívání takto :

#### § 242

- (1) kdo vykoná soulož s osobou mladší než 15 let nebo kdo takové osoby jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let.
- (2) odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na osobě svěřené jeho doзору, zneužívaje její závislosti.
- (3) Odnětím svobody na pět let až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví.
- (4) Odnětím svobody na deset let až patnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.

#### § 243

Kdo zneužije závislosti osoby mladší než 18 let nebo osoby svěřené jeho doзору, přiměje ji k mimomanželské souloži, nebo kdo takové osoby, zneužije její závislosti, jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Vymezení, které nalézáme v našem trestním zákoníku, je zaměřené především na stanovení věkové hranice, pod kterou je pohlavní styk s druhou osobou považován za trestný čin. (26, s 270 – 274)

I dítě po 15. roce života může tedy být pohlavně zneužito, pokud se jedná o zneužití této přirozené i zákonné závislosti, ze které se dítě nemůže vyvázat. Jedná se tedy o zneužití moci, kterou má pachatel nad svou obětí. ( 12 )



## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíle práce***

Cílem práce je zmapovat sexuální potřeby u klientů s různým stupněm mentálního postižení a způsob jakým je sexuální potřeba řešena u klientů ÚSP Osek a ÚSP Mačkov.

### ***2.2. Hypotézy***

H1 : Existují rozdíly sexuální potřeby a způsoby uspokojení dle stupně mentálního postižení

H2 : Klienti s lehkým mentálním postižením mají základní informace o partnerském vztahu a o bezpečném pohlavním styku

H3 : Zaměstnanci ÚSP Osek a ÚSP Mačkov akceptují sexuální potřebu osob s mentálním postižením

### **3. Metodika**

#### ***3.1. Použitá metoda***

##### *3.1.1. Pilotní studie*

Než byly definovány cíle a hypotézy diplomové práce, provedla jsem pilotní studii formou nestandardizovaného skupinového rozhovoru. Rozhovor byl proveden s vrchními sestrami, se dvěma zdravotními sestrami a třemi vychovateli a to z Ústavu sociální péče Osek i Mačkov.

Zjišťovala jsem, zda je možný výzkum, který by se týkal sexuality a sexuální výchovy uživatelů sociálních služeb z pohledu zaměstnanců, a zda jsou zaměstnanci ochotni na toto téma odpovídat. (9, 31)

##### *3.1.2. Předvýzkum*

V předvýzkumu odpovídalo v dotazníku 6 respondentů z ÚSP Osek a 6 respondentů z ÚSP Mačkov. Ve spolupráci se zaměstnanci obou ústavů sociální péče jsem postupně jasně definovala otázky a možnosti odpovědí tak, aby dotazníkové šetření bylo snadné a jednoznačné pro ostatní respondenty. (9, 31)

##### *3.1.3. Použitá metoda při výzkumu*

K vypracování diplomové práce na téma „Problematika sexuálních vztahů klientů ÚSP Osek a ÚSP Mačkov z pohledu zaměstnanců“ jsem zvolila dotazníkovou metodu. Informace o počtu zaměstnanců v přímé péči o počtu uživatelů sociální služby jsem získala z přímého rozhovoru s vrchními sestrami obou ÚSP.

Data o rozsahu mentálního postižení klientů a přidružených onemocněních jsem získala ze studie dokumentace klientů.

Při rozdávaní dotazníků jsem požádala o spolupráci vrchní sestry ÚSP Osek a ÚSP Mačkov.

Výzkum se uskutečnil v období od ledna 2007 do března 2007. Z celkového počtu 114 rozdaných dotazníků jich bylo vráceno vyplněných 112, což je 98 % úspěšnost. Pro neúplné nebo chybné vyplnění byly 3 dotazníky vyloučeny. Z toho vyplývá, že bylo vyhodnoceno 109 dotazníků ze 114 rozdaných což je 95,6 % z celkově rozdaných dotazníků.

Dotazník obsahuje celkem 39 otázek. U otázky 21 a 29 mohli respondenti uvést více než jednu variantu z nabídnutých odpovědí. Zbylé otázky v dotazníku jsou uzavřené. Konkrétní výsledky byly vyhodnoceny v programu excel, ve kterém bylo i vypočteno procentuální zastoupení odpovědí v celém souboru dotazovaných pracovníků ÚSP.

Výsledky vztahující se k jednotlivým hypotézám byly zpracovány metodou popisné statistiky. Ve výzkumné části byly použity grafy sloupcového a koláčového typu. (9, 31)

### ***3.2. Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci v přímé péči o klienta ÚSP Osek a ÚSP Mačkov. Celkově se výzkumné studie zúčastnilo 109 respondentů. 56 respondentů bylo z ÚSP Mačkov a 53 z ÚSP Osek.

Odpovědi respondentů se vztahovaly k problematice sexuálních vztahů a sexuální výchovy klientů ÚSP ve vztahu k hloubce mentálního postižení a k možnostem žití klientů v partnerském vztahu.

### 3.2.1. ÚSP Osek (dále „výzkumný soubor A“)

V ÚSP Osek celoročně žije 150 klientů. Jejich věkové rozmezí je od 12 let do konce života. Z toho vyplývá, že odpovědi v dotazníku se týkaly všech klientů ÚSP.

Z celkového počtu klientů je 90 zařazeno ve výchovném programu, tj. 60 % a 60 klientů v části s převážně zdravotní péčí, tj. 40 %.

- podle schopnosti a mentální úrovně jsou klienti rozděleni :

- s lehkým mentálním postižením 52 klientů
- se středně těžkým mentálním postižením 38 klientů
- s těžkým mentálním postižením 38 klientů
- s hlubokým mentálním postižením 22 klientů

23 zaměstnanců v přímé péči pracuje s klienty ve vzdělávacím a výchovném programu. Jsou zde klienti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Klienti jsou umístěni v tzv. výchovných odděleních ústavu sociální péče.

30 zaměstnanců se celodenně věnuje klientům s hlubokým a těžkým mentálním postižením. U nichž se převážně aplikuje výchovný program. Tito klienti jsou ubytováni v takzvaných zdravotních odděleních ústavu sociální péče.

U většiny klientů je diagnostikováno přidružené onemocnění. Nejčastěji je to Downův syndrom, dětská mozková obrna a autismus. U více jak poloviny klientů se vyskytují epileptické záchvaty.

ÚSP Osek má dlouholetou tradici. Ústav byl pro klienty s mentálním postižením poprvé otevřen v roce 1955. V rozmezí let 2002 a 2004, byl za provozu stávající staré zástavby rekonstruován a rozšířen o nové moderní objekty. Hlavním přínosem bylo snížení kapacity v jednotlivých odděleních. Klienti jsou ubytováni po dvou na pokojích s vlastním sociálním zázemím, což přispívá ke zvýšení jejich soukromí. Jednotlivá oddělení jsou po 15 klientech.

S ohledem na dlouholetou existenci (i před rokem 1989) a omezeným prostorovým možnostem až do nedávné rekonstrukce, je ÚSP nekoedukovaného typu.

Klientelu tvoří pouze muži a chlapci ve věku od 12 let. Zůstávají zde až do konce života.

### 3.2.2. ÚSP Mačkov ( dále „výzkumný soubor B“)

V ÚSP Mačkov je celoročně ubytováno 120 klientů. Věkové rozmezí je od 3 let dokonce života. Dotazníkové šetření, na které odpovídali zaměstnanci se týkalo věkové kategorie klientů od 12 let, to je 108 klientů což reprezentuje 90 % všech uživatelů sociální služby.

Z celkového počtu 108 klientů je zařazeno do výchovného programu 50 jedinců tj.46,3%. 58 klientů je zařazeno do programu s převážně zdravotní péčí tj 53,7 % klientů.

Ze 108 klientů je 106 ženského pohlaví a 2 klienti mužského pohlaví. Pro snadnější a přesnější vyhodnocování dat získaných dotazníkovým šetřením byli respondenti požádáni, aby se jejich odpovědi vztahovaly pouze na většinovou skupinu tj. na uživatelsky sociální péče – tedy na ženské pohlaví.

- podle schopnosti a mentální úrovně jsou klienti rozděleni :

- s lehkým mentálním postižením 23 klientů
- se středně těžkým mentálním postižením 27 klientů
- s těžkým mentálním postižením 24 klientů
- s hlubokým mentálním postižením 34 klientů

24 zaměstnanců v přímé péči pracuje s klienty, kteří patří do vzdělávacího a výchovného modulu. Jsou to klienti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením a jsou ubytováni na tzv. výchovných odděleních sociálního zařízení.

32 zaměstnanců v přímé péči se věnuje klientům s hlubokým a těžkým mentálním postižením. S těmito klienty zaměstnanci pracují převážně ve výchovném programu v tzv. zdravotních odděleních ústavu sociální péče.

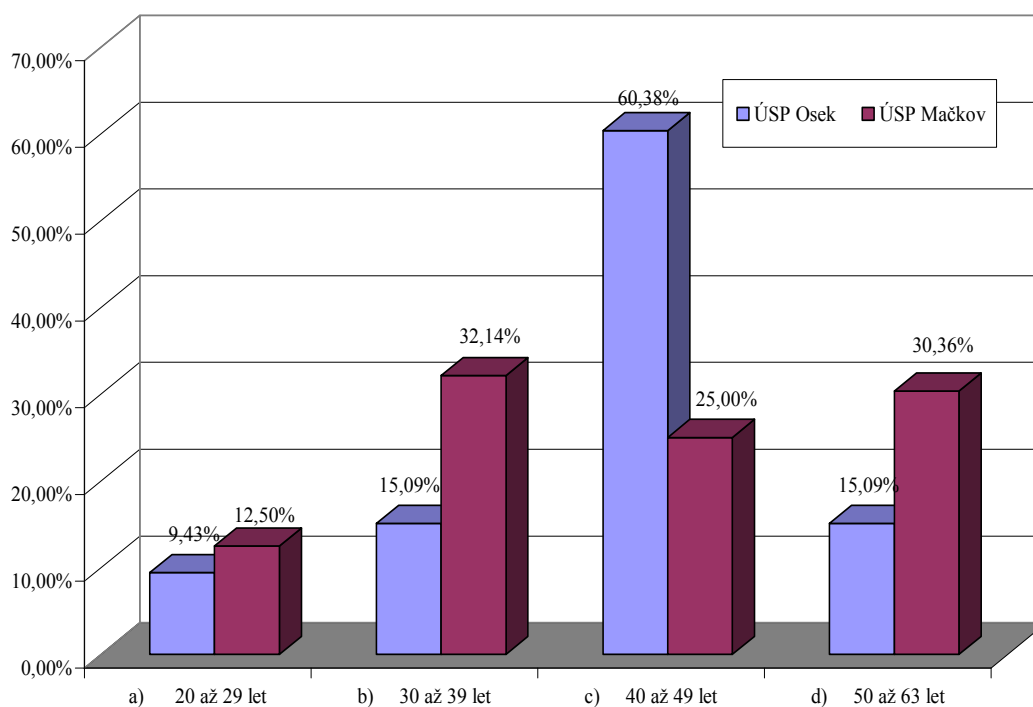
U většiny klientů je též diagnostikováno přidružené onemocnění a to Downův syndrom, dětská mozková obrna a autismus.

ÚSP Mačkov má obdobnou historii. Klientky tohoto, původně rovněž nekoedukovaného ústavu byly umístěny až do restituce objektu (zámečku v Čekanicích u Sedlice) v malých a nevyhovujících prostorách. Koncem roku 1999 byl nově otevřen rozsáhlý areál u obce Mačkov (cca 3 km od Čekanic). Otevření proběhlo o několik let dříve než u ÚSP Osek a v tomto zařízení jsou již nově umísťovány děti s mentálním postižením od 3 let a obou pohlaví. Klienti zde zůstávají rovněž do konce života. Hlavním přínosem bylo vybudování chráněného bydlení. Ubytovací prostory v chráněném bydlení jsou po jedné klientce s vlastním sociálním zázemím. Zbylí klienti ÚSP Mačkov jsou dle stupně mentálního postižení rozděleni do jednotlivých oddělení. Počet uživatelů sociálních služeb nepřesahuje 15 klientů na oddělení. Zde jsou pak ubytováni po třech až čtyřech s vlastním sociálním zázemím.

Obě zařízení jsou vybudována již na vysoké evropské úrovni. Jsou moderní, prostorné, umožňující pohodlný a bezpečný život svým klientům. Nabízí relaxaci jak ve vlastních bazénech, tak v zahradě se skleníky. Dále se nabízí též využití arteterapie, hipoterapie.

## 4. Výsledky

**Graf 1 : Věk respondentů**



Z grafu 1 vyplývá, že nejmenší skupinu respondentů tvoří pracovníci v přímé péči do 30 let 9,43 % (5) z výzkumného souboru A

Ve věkové kategorii 30 – 39 let pracuje v ÚSP Osek 15,09 % (8) Pracovníků a v ÚSP Mačkov 32,14 % (18) pracovníků v přímé péči.

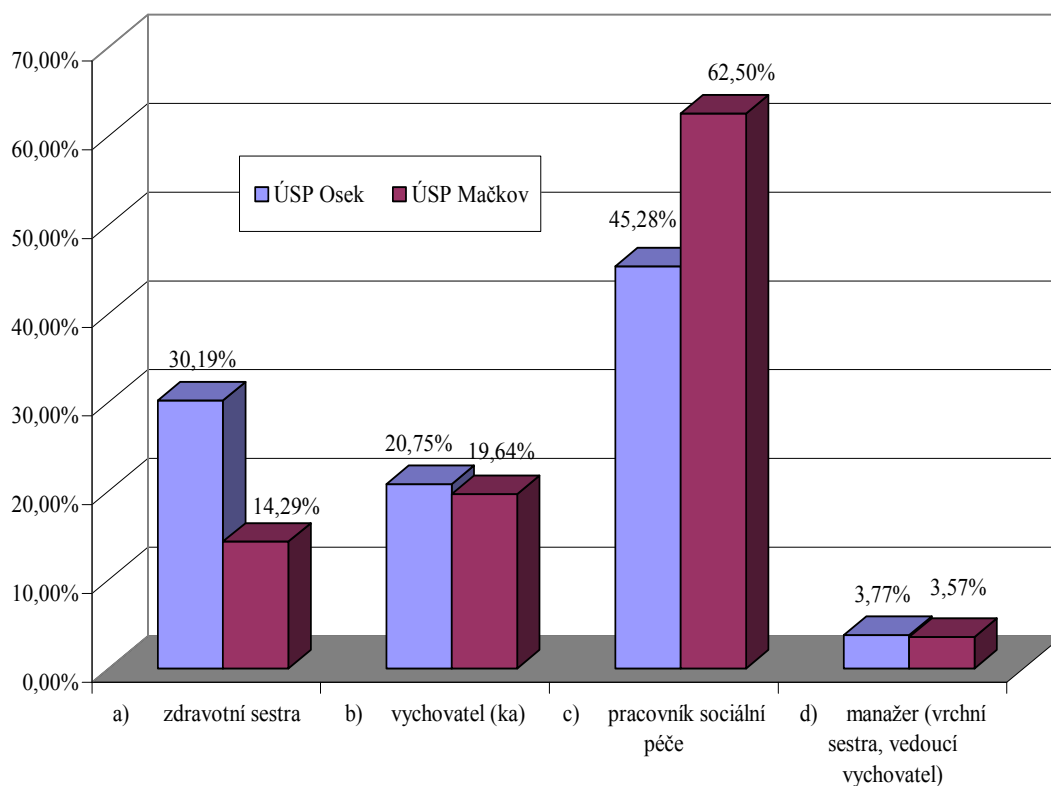
Nejpočetnější skupinou respondentů v ÚSP Osek jsou zaměstnanci od 40 do 49 let, kterých bylo 60,38 % (32) respondentů. V ÚSP Mačkov v této věkové kategorii odpovídalo 25 % (14) respondentů.

V věkovém rozmezí 50 – 63 let byla tato kategorie ÚSP Osek zastoupena 15,09% (8) respondentů a v ÚSP Mačkov 30,36 % (17) respondentů.

## Statistické zhodnocení položky číslo 1 : Věk respondentů

1) Váš věk je	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) 20 až 29 let	7	5	12,50%	9,43%	6,42%	4,59%	11,01%	58,33%	41,67%		
b) 30 až 39 let	18	8	32,14%	15,09%	16,51%	7,34%	23,85%	69,23%	30,77%		
c) 40 až 49 let	14	32	25,00%	60,38%	12,84%	29,36%	42,20%	30,43%	69,57%		
d) 50 až 63 let	17	8	30,36%	15,09%	15,60%	7,34%	22,94%	68,00%	32,00%		

## Graf 2 : Pracovní zařazení respondentů





Nejméně respondentů vykonává funkci manažera (vrchní sestra, vedoucí vychovatel) . V obou ÚSP tuto skupinu tvoří dva zaměstnanci tj. 3,77% v ÚSP Osek a 3,57% v ÚSP Mačkov.

Zdravotních sester v ÚSP Osek pracuje 16, tj. 30,19% respondentů z výzkumného souboru A. V ÚSP Mačkov je to 14,29 % tj. 8 zdravotních sester z výzkumného vzorku B.

Ve funkci vychovatel(ka) je v ÚSP Osek zaměstnáno 20,75 % (11) pracovníků v přímé péči a v ÚSP Mačkov 19,64 % (11) pracovníků v přímé péči.

Nejčastějším pracovním zařazením respondentů je pracovník sociální péče. V ÚSP Osek to je 45,28 % (24) Zaměstnanců a v ÚSP Mačkov 62,5% (35) zaměstnanců. Do této pracovní kategorie patří profese ošetřovatel(ka) a pomocný(á) vychovatel(ka).

## Statistické zhodnocení položky číslo 2 : Pracovní zařazení respondentů

2) Vaše pracovní zařazení v ÚSP Osek, Mačkov	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) zdravotní sestra	8	16	14,29%	30,19%	7,34%	14,68%	22,02%	33,33%	66,67%		
b) vychovatel (ka)	11	11	19,64%	20,75%	10,09%	10,09%	20,18%	50,00%	50,00%		
c) pracovník sociální péče	35	24	62,50%	45,28%	32,11%	22,02%	54,13%	59,32%	40,68%		
d) manažer (vrchní sestra, vedoucí vychovatel)	2	2	3,57%	3,77%	1,83%	1,83%	3,67%	50,00%	50,00%		

**Tabulka 3 : Pohlaví klientů ÚSP**

<b>3) klientelu vašeho zařízení tvoří</b>	<b>56</b>	<b>53</b>
	<b>M</b>	<b>O</b>
a) muži		53
b) ženy		
c) obě pohlaví	56	

Na tuto otázku, která byla zaměřena na zmapování klienteli v ÚSP Osek a ÚSP Mačkov. Zaměstnanci ÚSP Osek odpověděli, že jejich klientelu tvoří pouze muži. Respondenti z ÚSP Mačkov odpověděli, že v tomto ústavu klientelu tvoří jak ženy tak i muži. Z osobních pohovorů jsem však zjistila, že však ve věku nad 15 let klientelu tohoto ÚSP tvoří ze 100 % pouze ženy. Muži (chlapci) jsou umísťováni do tohoto zařízení po novu zhruba posledních 10 let a od věku cca.3 let. S ohledem na věk mužů (chlapců) budeme považovat tento ústav v současné době jako ze 100% obsazen ženami.

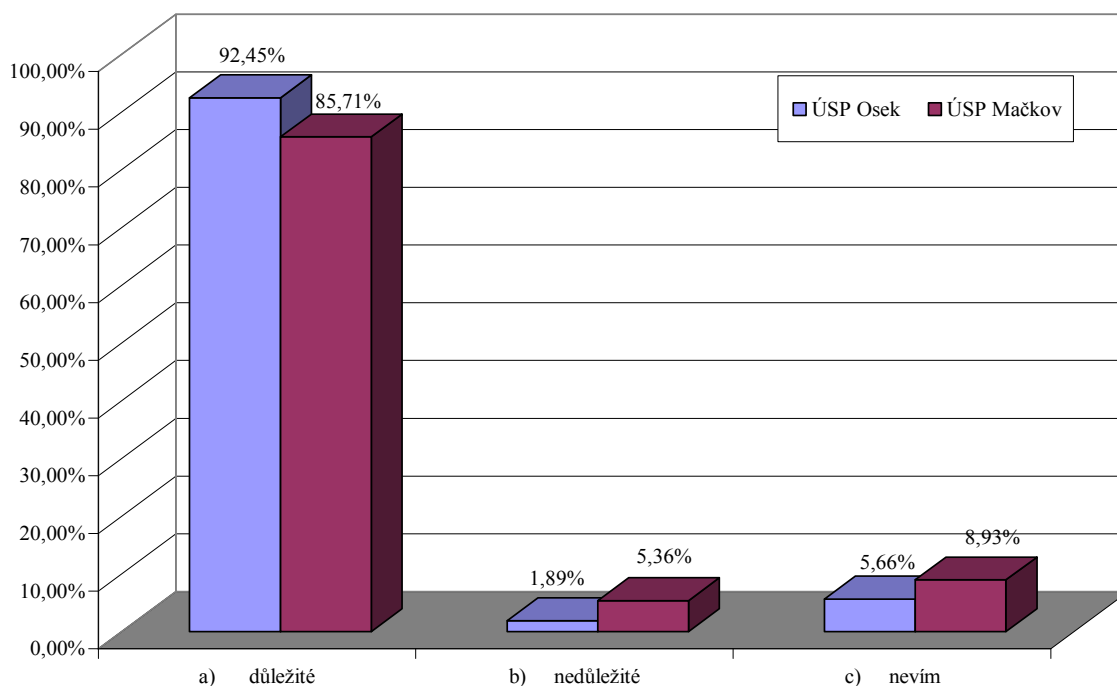
**Tabulka 4: Věk klientů ÚSP**

<b>4) Věková hranice klientů ÚSP</b>	<b>56</b>	<b>53</b>
	<b>M</b>	<b>O</b>
a) 3 roky až 12 let		
b) 3 roky až do konce života klienta	56	
c) 12 let až do konce života klienta		
d) jiná (prosím uveďte jaké)		53

Tato otázka definovala věkové rozmezí klientů obou ÚSP. Bylo zjištěno, že klientelu ÚSP Osek tvoří ze 100% (53) tvoří osoby s mentálním postižením od 12 let do konce života.

V ÚSP Mačkov jsou klienti od 3 let až do konce života. Takto odpověděli ze 100% (56) všichni respondenti.

**Graf 5 : Důležitost uspokojení sexuálních potřeb lidí s mentálním postižením  
z pohledu zaměstnanců**



Nejpočetnější skupinou z celého výzkumného souboru tvořili zaměstnanci s názorem, že uspokojení sexuálních potřeb je pro klienty ÚSP Osek i ÚSP Mačkov důležité. V ÚSP Osek tento názor zastává 92,45% (49) zaměstnanců a v ÚSP Mačkov pak 85,71% (48) zaměstnanců.

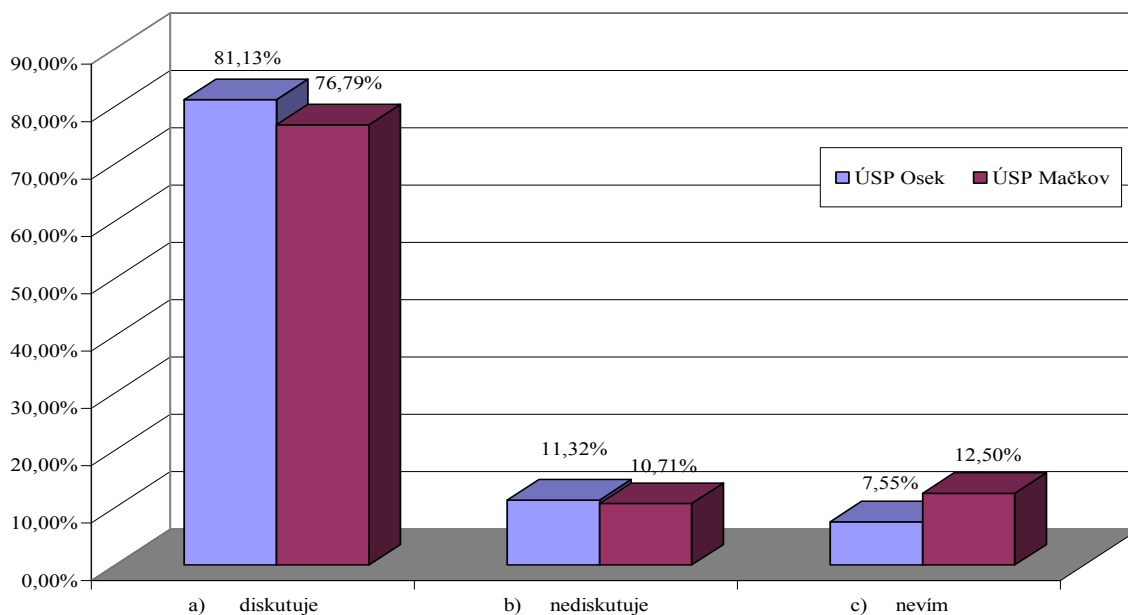
Z grafu 5 je rovněž patrné, že problematiku uspokojení sexuálních potřeb klientů ÚSP Osek považuje za nedůležitou 1,89% (1) zaměstnanec a v ÚSP Mačkov 5,36% (3) zaměstnanců.

Variantu nevím zvolilo 5,66 % (3) respondentů ÚSP Osek a 8,93% (5) respondentů ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 5 : Důležitost uspokojení sexuálních potřeb lidí s mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**

5) Uspokojení sexuálních potřeb lidí s mentálním postižením považují za	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) důležité	48	49	85,71%	92,45%	44,04%	44,95%	88,99%		49,48%	50,52%	
b) nedůležité	3	1	5,36%	1,89%	2,75%	0,92%	3,67%		75,00%	25,00%	
c) nevím	5	3	8,93%	5,66%	4,59%	2,75%	7,34%		62,50%	37,50%	

**Graf 6 - Diskutabilnost o sexuálních potřebách klientů s mentálním postižením**



Z grafu vyplývá, že o tématice uspokojování sexuálních potřeb klientů se v obou Ústavech sociální péče diskutuje. V ÚSP Osek 81,13 % tzn., že o tuto problematiku se zajímá 43 respondentů z celkového počtu dotazovaných z výzkumného souboru A. v ÚSP Mačkov o tomto tématu diskutuje 43 respondentů, tj 76,79% všech dotazovaných ve výzkumném souboru B.

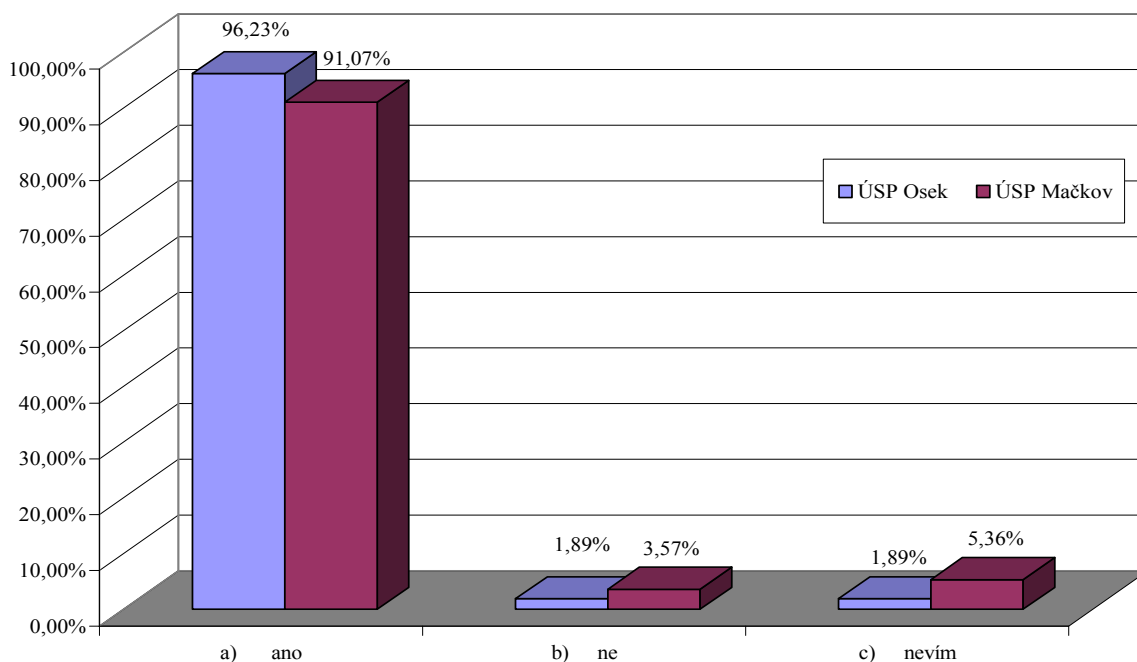
Respondenti, kteří volili možnost, že o problematice uspokojování sexuálních potřeb klientů se nediskutuje byly zastoupeni 11,32 % (6) ÚSP Osek a 10,71% (6) v ŠP Mačkov.

Variantou nevím, vyjádřilo svoje stanovisko v ÚSP Osek 7,55% (4) a v ÚSP Mačkov pak 12,5% (7).

#### **Statistické zhodnocení položky číslo 6 : o sexuálních potřebách klientů s mentálním postižením**

6) O uspokojování sexuálních potřeb klientů se v ÚSP	56		53		podíl ve skupině		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) diskutuje	43	43	76,79%	81,13%	39,45%	39,45%	78,90%	50,00%	50,00%
b) nediskutuje	6	6	10,71%	11,32%	5,50%	5,50%	11,01%	50,00%	50,00%
c) nevím	7	4	12,50%	7,55%	6,42%	3,67%	10,09%	63,64%	36,36%

**Graf 7 - Právo klientů s lehkým mentálním postižením na sexuální život z pohledu zaměstnanců**



Největší počet zaměstnanců všech dotazovaných respondentů tvoří pracovníci, kteří si myslí, že klienti s lehkým mentálním postižením mají právo na sexuální život. V ÚSP Osek tuto alternativu zvolilo 96,23 % (51) respondentů a v ÚSP Mačkov to bylo 91,07 % (51) zaměstnanců.

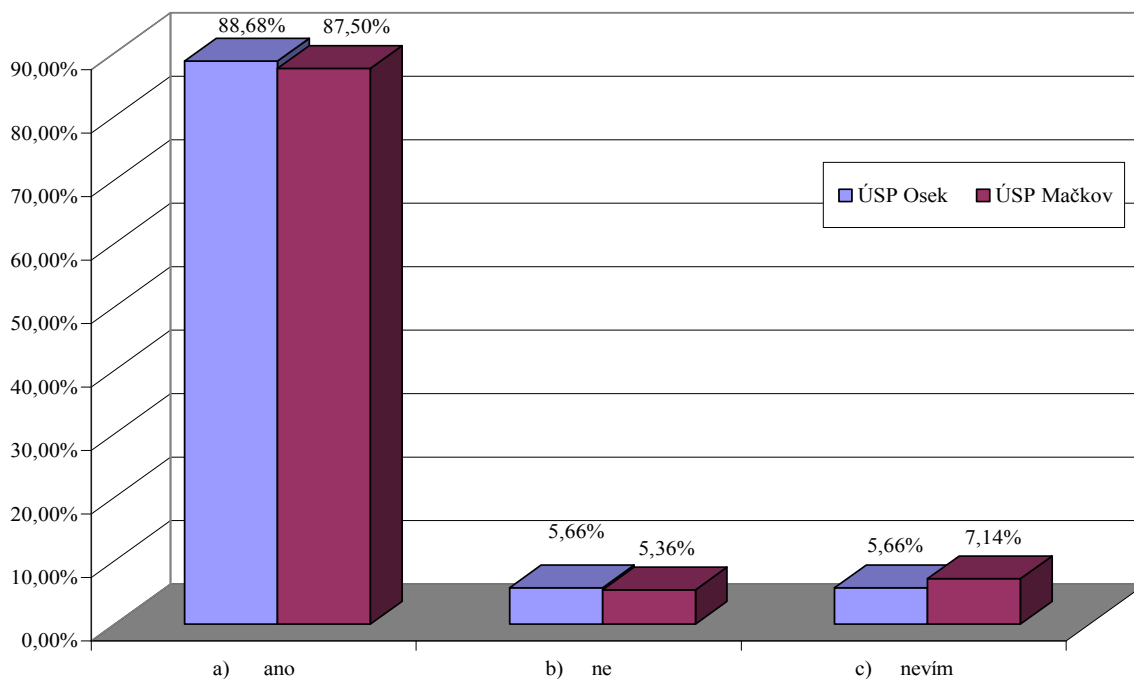
Možnost odpovědi ne – nemají právo na sexuální život označilo v ÚSP Osek 1,89 % (1) pracovníků v přímé péči a v ÚSP Mačkov 3,57 % (2) pracovníků v přímé péči.

Odpověď nevím se vyskytla v ÚSP Osek v 1,89 % (1) respondentů z výzkumného souboru A a v ÚSP Mačkov 5,36 % (3) respondentů z výzkumného souboru B.

**Statistické zhodnocení položky číslo 7 : Právo klientů s lehkým mentálním postižením na sexuální život z pohledu zaměstnanců**

7) Klienti s lehkým mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život	56	53	podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) ano	51	51	91,07%	96,23%	46,79%	46,79%	93,58%	50,00%	50,00%
b) ne	2	1	3,57%	1,89%	1,83%	0,92%	2,75%	66,67%	33,33%
c) nevím	3	1	5,36%	1,89%	2,75%	0,92%	3,67%	75,00%	25,00%

**Graf 8 - Právo klientů se středně těžkým mentálním postižením na sexuální život z pohledu zaměstnanců**



88,68 % (47) dotazovaných z ÚSP Osek si myslí, že i klienti se středně těžkým mentálním postižením mají právo na sexuální život přiměřený jejich možnostem. V ÚSP Mačkov stejnou možnost odpovědi zvolilo 87,5 % (49) respondentů.

5,66 % (3) respondentů z ÚSP Osek a 5,36% (3) respondentů z ÚSP Mačkov si myslí, že klienti se středně těžkým mentálním postižením nemají právo na sexuální život přiměřený jejich schopnostem.

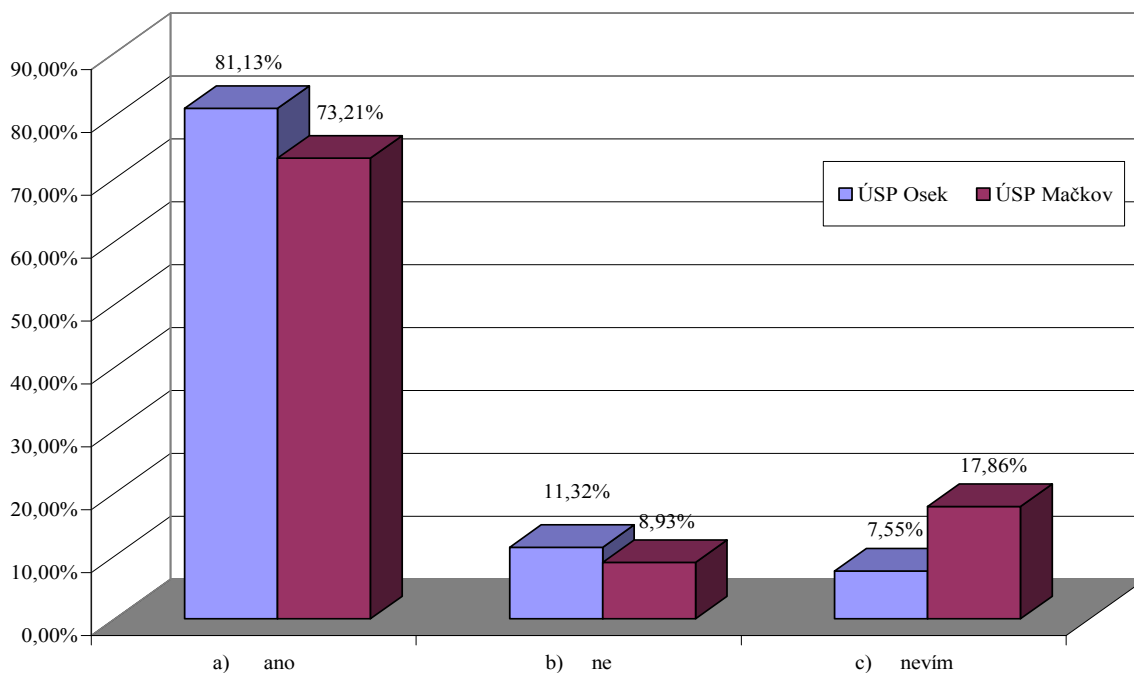
K této otázce se možnosti nevím vyjádřilo 5,66 % (3) pracovníků ÚSP Osek a 7,14 % (4) pracovníků ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 8 : Právo klientů se středně těžkým mentálním postižením na sexuální život z pohledu zaměstnanců**

8) Klienti se středně těžkým mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) ano	49	47	87,50%	88,68%	44,95%	43,12%	88,07%	51,04%	48,96%		
b) ne	3	3	5,36%	5,66%	2,75%	2,75%	5,50%	50,00%	50,00%		
c) nevím	4	3	7,14%	5,66%	3,67%	2,75%	6,42%	57,14%	42,86%		



**Graf 9 - Právo klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením na sexuální život z pohledu zaměstnanců**



Z grafu 9 vyčteme, že 81,13 % (43) respondentů z výzkumného souboru A si myslí, že rovněž klienti s těžkým a hlubokým mentálním postižením mají právo na uspokojení svých sexuálních potřeb. 73,21 % (41) respondentů z výzkumného souboru B se také přiklání k názoru, že tito klienti mají právo na sexuální život, který bude odpovídat jejich možnostem.

Variantu ne – nemají právo na uspokojení sexuálních potřeb označilo 11,32 % (6) pracovníků ÚSP Osek a 8,93 % (5) pracovníků ÚSP Mačkov.

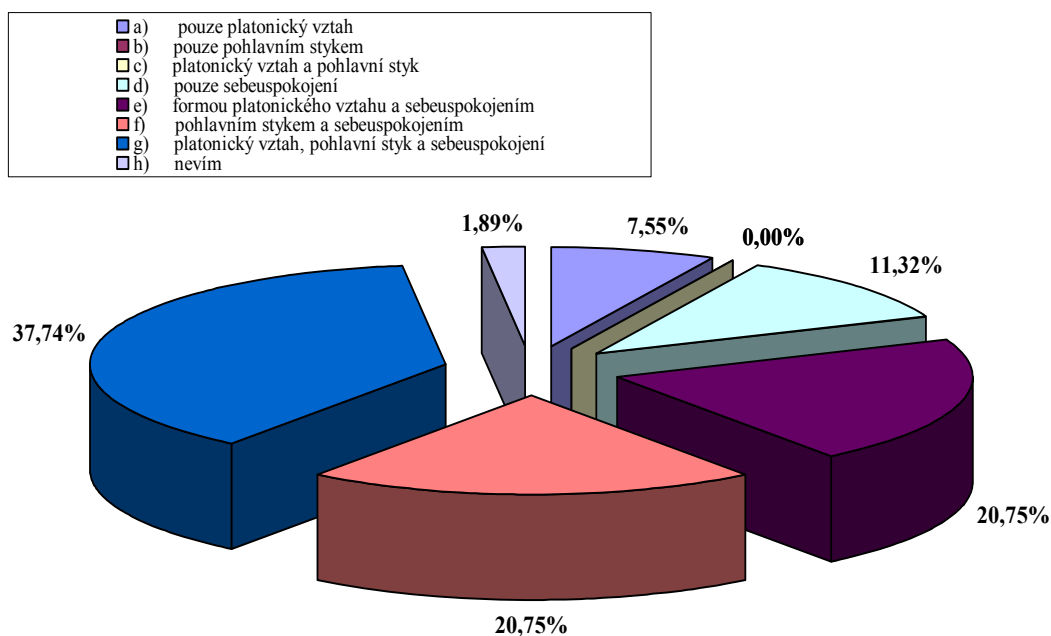
Možnost nevím volilo 7,55 % (4) respondentů z výzkumného souboru A a 17,86 % (10) respondentů z výzkumného souboru B.

**Statistické zhodnocení položky číslo 9 : Právo klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením na sexuální život z pohledu zaměstnanců**

9) Klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením mají právo na uspokojování svých sexuálních potřeb	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) ano	41	43	73,21%	81,13%	37,61%	39,45%	77,06%		48,81%	51,19%	
b) ne	5	6	8,93%	11,32%	4,59%	5,50%	10,09%		45,45%	54,55%	
c) nevím	10	4	17,86%	7,55%	9,17%	3,67%	12,84%		71,43%	28,57%	

## Graf 10 - Uspokojení sexuální potřeby u klientů s lehkým mentálním postižením

Výzkumný soubor A – ÚSP Osek



Z grafu číslo 10 vyplývá, že 7,55% (4) pracovníci v přímé péči ÚSP Osek zvolilo možnost, že klienti s lehkým mentálním postižením svoji sexualitu uspokojují pouze platonickou formou.

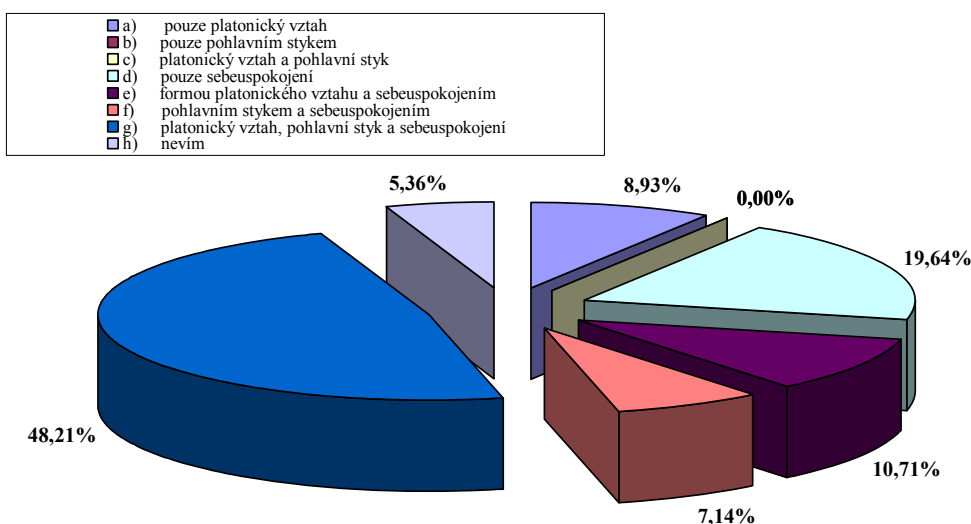
11,32% (6) respondentů pozorovalo, že klienti svoji sexualitu uspokojují pouze onanií.

Variantu sexuálního uspokojení platonickým vztahem klienta a sebeuspokojením zvolilo 20,75 % (11) respondentů.

37,74 % (20) pracovníků v přímé péči je přesvědčeno, že klienti sexuální vyžití uspokojují platonickým vztahem, pohlavním stykem s partnerkou a sebeuspokojením. Největší procento respondentů tedy zvolilo tuto možnost.

Varianty, při kterých klienti svoji sexuální potřebu uspokojují pouze pohlavním stykem nezvolil žádný respondent. Možnost nevím pak zvolilo 1,89 % (1) zaměstnanců.

### Výzkumný soubor B - ÚSP Mačkov



8,93 % (5) respondentů si myslí, že klienti uspokojují svoji sexuální potřebu pouze platonicky. 19,64% (11) pracovníků v přímé péči o klienta se setkává u klientů pouze s formou sebeuspokojení. 10,71 % (6) respondentů si myslí že klienti se uspokojují jak platonickým vztahem tak i sebeuspokojením.

Část respondentů 7,14 % (4), má zjištěno že klientky svoji sexuální potřebu uspokojují pohlavním stykem a sebeuspokojením. Největší část respondentů 48,21% (27), pak zvolilo možnost, že klientky se uspokojují jak platonickým vztahem, tak pohlavním stykem a i sebeuspokojením.

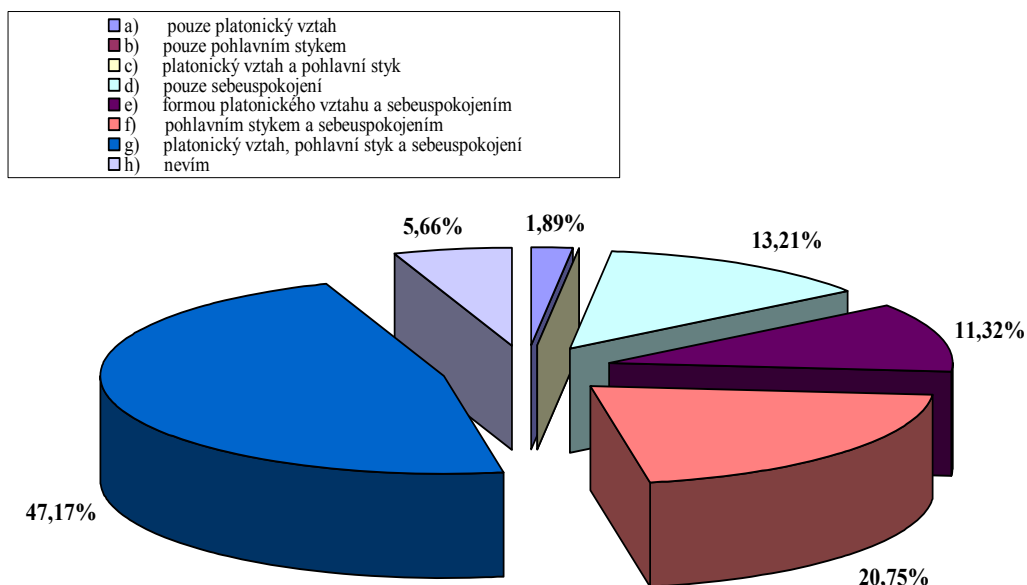
Žádný respondent nezvolil variantu sexuálního uspokojování formou pouze pohlavního styku nebo platonického vztahu a pohlavního styku. 5,36% (3) respondentů nedokázalo na tuto otázku odpovědět.

**Statistické zhodnocení položky číslo 10 : Uspokojení sexuální potřeby u klientů s lehkým mentálním postižením**

10) Uspokojení sexuální potřeby u klientů s lehkým mentálním postižením se projevuje	56	53	podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) pouze platonický vztah	5	4	8,93%	7,55%	4,59%	3,67%	8,26%	0,00%	0,00%
b) pouze pohlavním stykem	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
c) platonický vztah a pohlavní styk	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
d) pouze sebeuspokojení	11	6	19,64%	11,32%	10,09%	5,50%	15,60%	64,71%	35,29%
e) formou platonického vztahu a sebeuspokojením	6	11	10,71%	20,75%	5,50%	10,09%	15,60%	35,29%	64,71%
f) pohlavním stykem a sebeuspokojením	4	11	7,14%	20,75%	3,67%	10,09%	13,76%	26,67%	73,33%
g) platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení	27	20	48,21%	37,74%	24,77%	18,35%	43,12%	57,45%	42,55%
h) nevím	3	1	5,36%	1,89%	2,75%	0,92%	3,67%	75,00%	25,00%

## Graf 11 - Uspokojení sexuální potřeby u klientů se středně těžkým mentálním postižením

Výzkumný soubor A – ÚSP Osek



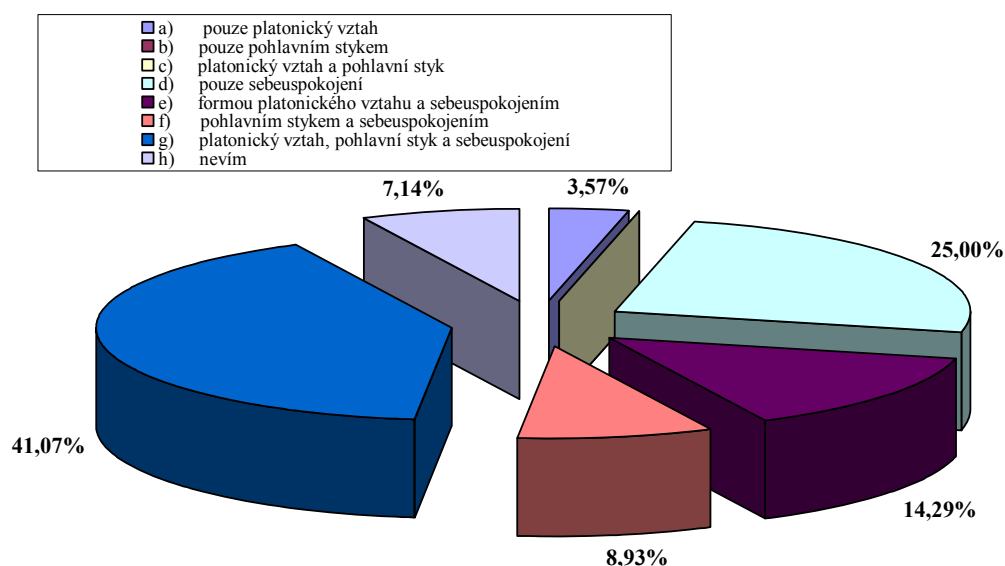
Z grafu vyplývá, že 1,89% (1) respondentů je přesvědčeno, že klienti ÚSP Osek svoji sexuální potřebu uspokojují pouze platonickým vztahem s partnerem. 13,21% (7) pracovníků zvolilo variantu, že klienti se středně těžkým mentálním postižením svoji sexuální potřebu řeší pouze onanií. 11,32% (6) respondentů se u klientů setkala s uspokojením sexuální potřeby platonickým vztahem a onanií.

Variantu uspokojení sexuální potřeby pohlavním stykem s partnerem a onanií zvolilo 20,75% (11) dotázaných.

Největší počet odpovědí byl zaznamenán u možnosti, která řešila sexuální potřebu prostřednictvím platonického vztahu s partnere, pohlavním stykem tak i sebeuspokojením tj. 47,17% (25).

Dvě varianty tj. uspokojení sexuální potřeby pouze pohlavním stykem nebo platonickým vztahem a pohlavním stykem žádný respondent nezvolil. 5,66% (3) zaměstnanci nedokázali na otázku odpovědět.

### Výzkumný soubor B ÚSP Mačkov



Z tohoto grafu je zřejmé, že 3,57% (2) respondenti zvolili možnost uspokojení pouze platonickým vztahem jako formu sexuálního uspokojení potřeb u klientů se středně těžkým mentálním postižením. 25 % (14) respondentů si všimlo, že klientky ÚSP Mačkov svou sexuální potřebu řeší pouze sebeuspokojením.

14,29% (8) pracovníkův přímé péči zvolilo variantu platonického vztahu a sebeuspokojení. Možnost kdy klientky tyto své potřeby řeší pohlavním stykem s partnerem a sebeuspokojením zvolilo 8,93% (5) respondentů.

Opět největší procento bylo vyhodnoceno u možnosti, která zahrnovala platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení zvolilo 41,07 % (23) respondentů. 7,14% respondentů se pak k této otázce nedokázalo vyjádřit.

Varianty pouze pohlavní styk, nebo pohlavní styk a platonický vztah nezvolil žádný z dotázaných.

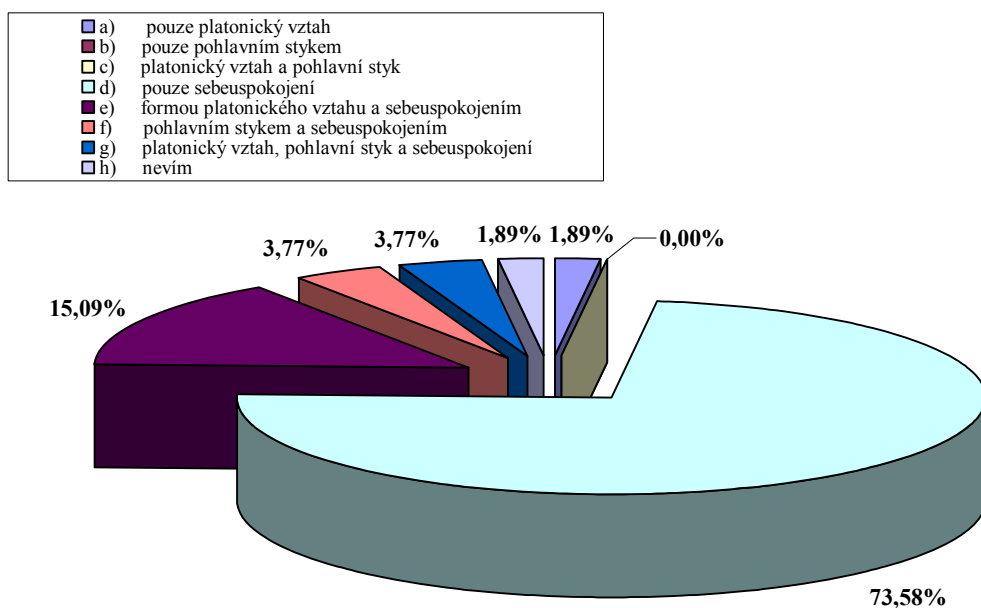
### Statistické zhodnocení položky číslo 11 : Uspokojení sexuální potřeby u klientů se středně těžkým mentálním postižením

11) Uspokojení sexuální potřeby u klientů se středně těžkým mentálním postižením se projevuje	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) pouze platonický vztah	2	1	3,57%	1,89%	1,83%	0,92%	2,75%	0,00%	0,00%		
b) pouze pohlavním stykem	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
c) platonický vztah a pohlavní styk	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
d) pouze sebeuspokojení	14	7	25,00%	13,21%	12,84%	6,42%	19,27%	66,67%	33,33%		
e) formou platonického vztahu a sebeuspokojením	8	6	14,29%	11,32%	7,34%	5,50%	12,84%	57,14%	42,86%		
f) pohlavním stykem a sebeuspokojením	5	11	8,93%	20,75%	4,59%	10,09%	14,68%	31,25%	68,75%		
g) platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení	23	25	41,07%	47,17%	21,10%	22,94%	44,04%	47,92%	52,08%		
h) nevím	4	3	7,14%	5,66%	3,67%	2,75%	6,42%	57,14%	42,86%		



## Graf 12 - Uspokojení sexuální potřeby u klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením

Výzkumný soubor A – ÚSP Osek



Dle zaměstnanců ÚSP Osek jen zřídka klienti uspokojí svoji sexuální potřebu pouze platonickým vztahem k partnerovi. Variantu zvolilo 1,89% (1) respondent. Většina respondentů 73,58 % (39) zvolila možnost, že klienti problematiku sexuální potře řeší pouze formou sebeuspokojení.

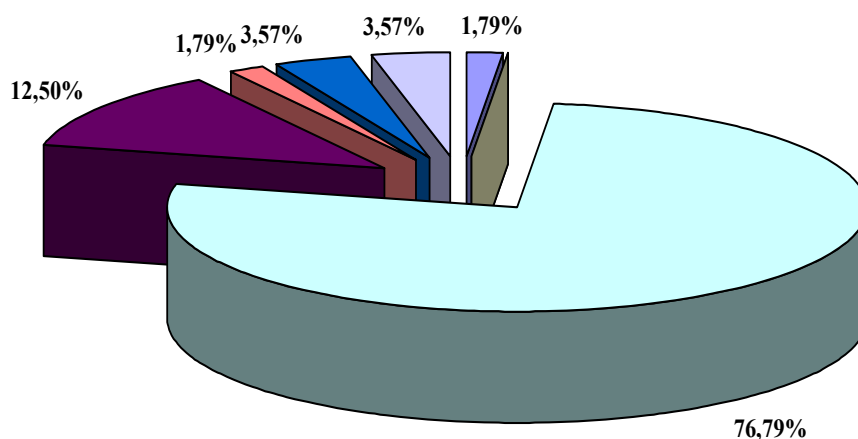
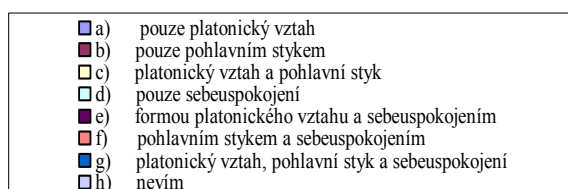
15,09 % (8) pracovníků v přímé péči zvolilo možnost při které klienti svoji sexualitu řeší platonickým vztahem s partnerem a sebeuspokojením.

3,77 % (2) zaměstnanců pozorovalo, že klienti svoji sexuální potřebu řeší pohlavním stykem a onanií. Možnosti kdy se sexualita u klienta projevuje jak

platonickým vztahem s partnerem, tak i pohlavním stykem s partnerem, případně i onanií zvolilo 3,77% (2).

Dvě varianty zůstaly s 0% tní volbou. Je to možnost uspokojení pouze pohlavním stykem a platonickým vztahem v kombinaci s pohlavním stykem.

#### Výzkumný soubor B - Mačkov



Procentuální zastoupení v jednotlivých položkách je velmi podobné odpovědím respondentů z výzkumného souboru A. 1,79% (1) zaměstnanec je přesvědčen, že klientky sexuální potřebu řeší pouze platonickým vztahem.

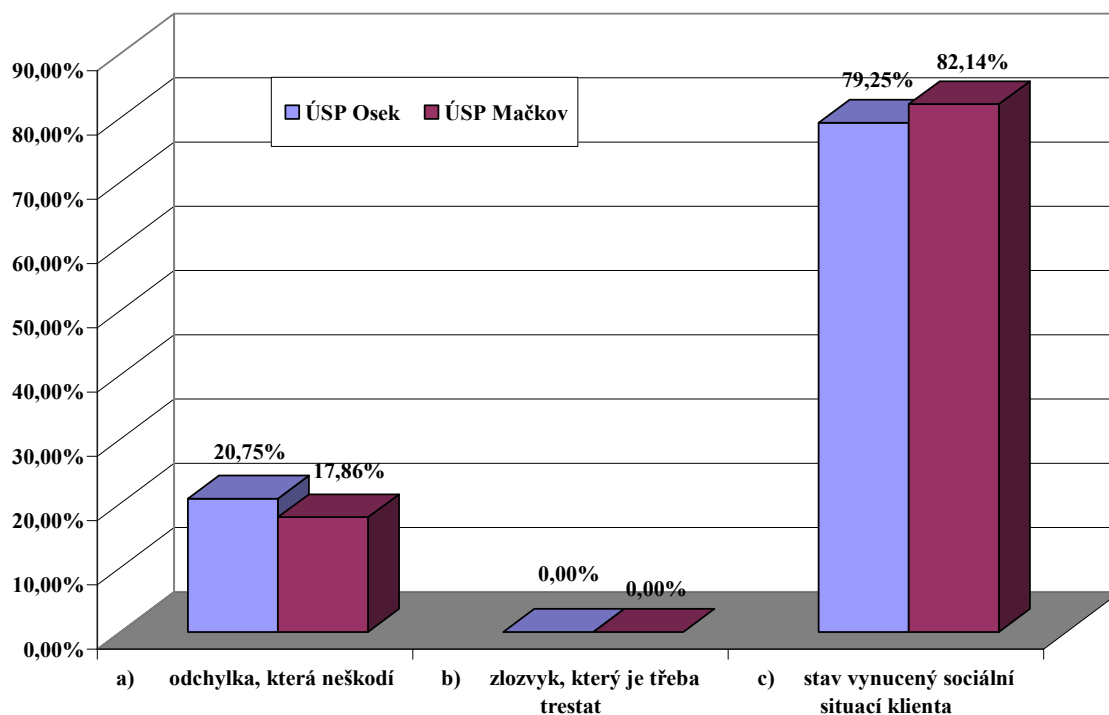
Opět největší zastoupení 76,79% (43) bylo u varianty, kdy klientky svoji sexualitu řeší pouze sebeuspokojením. 12,5% (7) se domnívá, že klientky uspokojují své potřeby platonickým vztahem v kombinaci se sebeuspokojením.

Malé procento 1,79% (1) respondentů zvolilo, že klientky řeší svou sexuální potřebu pohlavním stykem s partnerem a sebeuspokojením. 3,57% (2) zaměstnanci si myslí že klientky toto řeší platonickým vztahem, pohlavním stykem i sebeuspokojením. Dvě možnosti odpovědi nebyly zvoleny vůbec a neschopnost odpovědět vyjádřilo neví 3,57% (2) zaměstnanci.

**Statistické zhodnocení položky číslo 12 : Uspokojení sexuální potřeby u klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením**

12) Uspokojení sexuální potřeby u klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením se projevuje	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) pouze platonický vztah	1	1	1,79%	1,89%	0,92%	0,92%	1,83%	0,00%	0,00%		
b) pouze pohlavním stykem	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
c) platonický vztah a pohlavní styk	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
d) pouze sebeuspokojení	43	39	76,79%	73,58%	39,45%	35,78%	75,23%	52,44%	47,56%		
e) formou platonického vztahu a sebeuspokojením	7	8	12,50%	15,09%	6,42%	7,34%	13,76%	46,67%	53,33%		
f) pohlavním stykem a sebeuspokojením	1	2	1,79%	3,77%	0,92%	1,83%	2,75%	33,33%	66,67%		
g) platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení	2	2	3,57%	3,77%	1,83%	1,83%	3,67%	50,00%	50,00%		
h) neví	2	1	3,57%	1,89%	1,83%	0,92%	2,75%	66,67%	33,33%		

**Graf 13 - Názor zaměstnanců ÚSP na homosexualitu**

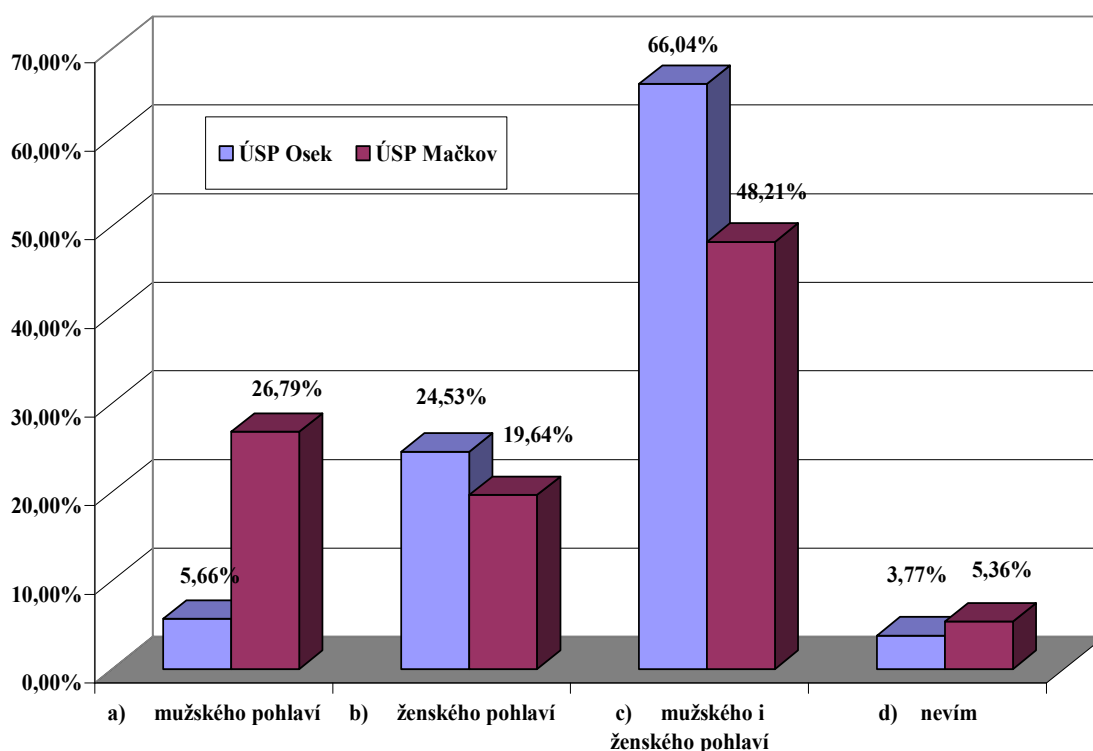


Většina zaměstnanců obou ÚSP si myslí že homosexualita je stav vynucený sociální situací klientů a to 79,25 % (42) v ÚSP Osek a 82,14 % (46) v ÚSP Mačkov. Zbylí respondenti si myslí, že se jedná o úchylnku, která neškodí tj. 20,75 % (11) ÚSP Osek a 17,86% (10) ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 13 : Názor zaměstnanců ÚSP na homosexualitu**

13)Homosexualita je	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) odchylnka, která neškodí	10	11	17,86%	20,75%	9,17%	10,09%	19,27%	47,62%	52,38%		
b) zlozvyk, který je třeba trestat	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
c) stav vynucený sociální situací klienta	46	42	82,14%	79,25%	42,20%	38,53%	80,73%	52,27%	47,73%		

**Graf 14 - Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s lehkým mentálním postižením udržují platonický vztah**



Respondenti z ÚSP Osek jsou z 66,04% (35) přesvědčeni, že klienti udržují platonický vztah s partnery obou pohlaví. Stejně si myslí i 48,21% (27) zaměstnanců ÚSP Osek.

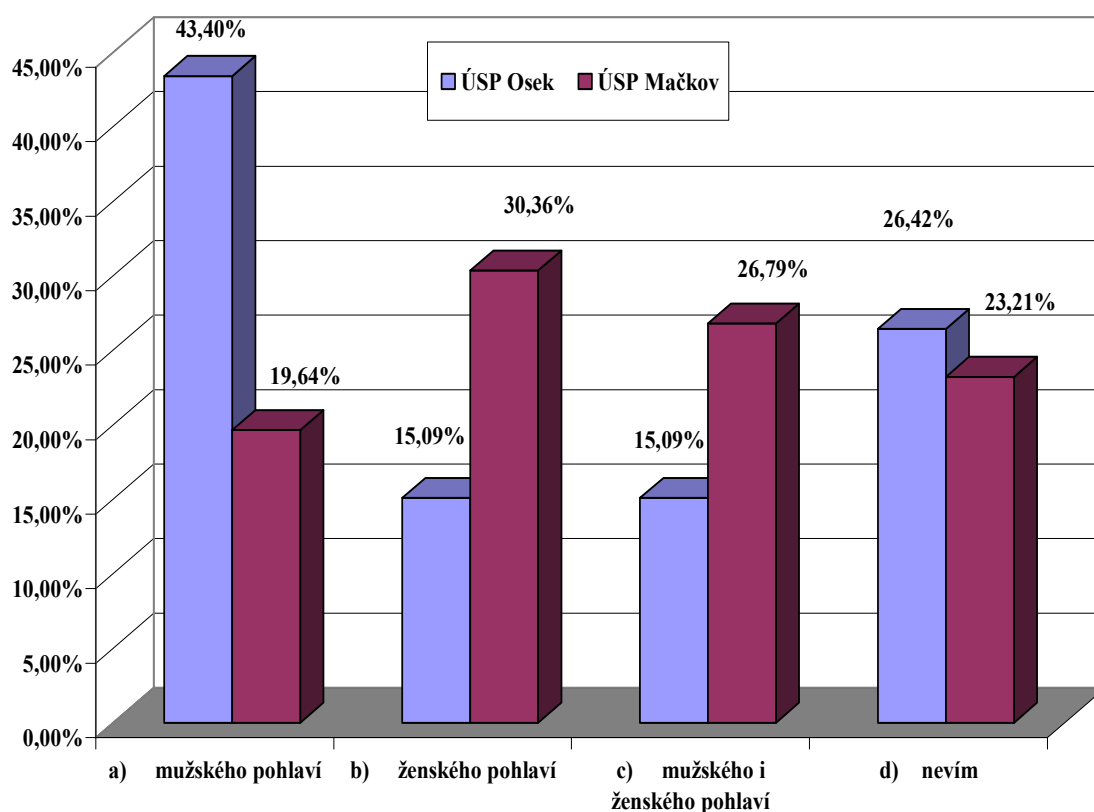
24,53% (13) respondentů ÚSP Osek se domnívá, že klienti s lehkým mentálním postižením udržují platonický vztah pouze s opačným pohlavím tj se ženami. Rovněž 26,79% (15) respondentů ÚSP Mačkov má stejný názor v tomto případě se však jedná o muže.

Dle 5,66% (3) zaměstnanců ÚSP Osek udržují klienti platonický vztah s osobami stejného pohlaví (muži). V ÚSP Mačkov se domnívá 19,64% (11) zaměstnanců, že klientky udržují platonický vztah s osobami stejného pohlaví.

**Statistické zhodnocení položky číslo 14 : Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s lehkým mentálním postižením udržují platonický vztah**

14) Pokud mají klienti s lehkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují pouze platonický(é) vztah(y), je partner(ři)	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) mužského pohlaví	15	3	26,79%	5,66%	13,76%	2,75%	16,51%	83,33%	16,67%		
b) ženského pohlaví	11	13	19,64%	24,53%	10,09%	11,93%	22,02%	45,83%	54,17%		
c) mužského i ženského pohlaví	27	35	48,21%	66,04%	24,77%	32,11%	56,88%	43,55%	56,45%		
d) nevím	3	2	5,36%	3,77%	2,75%	1,83%	4,59%	60,00%	40,00%		

**Graf 15 - Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti se středně těžkým mentálním postižením udržují platonický vztah**



43,4 % (23) respondentů ÚSP Osek se domnívá že tito klienti udržují platonický vztah s osobami stejného pohlaví (muži). V ÚSP Mačkov se rovněž domnívá 30,36% (17) respondentů že jejich klienti se středně těžkým mentálním postižením udržují platonický vztah se stejným pohlavím (ženami).

19,64 % (11) zaměstnanců ÚSP Mačkov odpovědělo že klientky udržují platonický vztah s opačným pohlavím (muži) a 15,09 % (8) zaměstnanců ÚSP Osek si myslí totéž u svých klientů (se ženami).

15,09 %(8) za ÚSP Osek a 26,79% (15) zvolilo možnost udržování vztahu svých klientů či klientek s oběma pohlavími (muži i ženami).

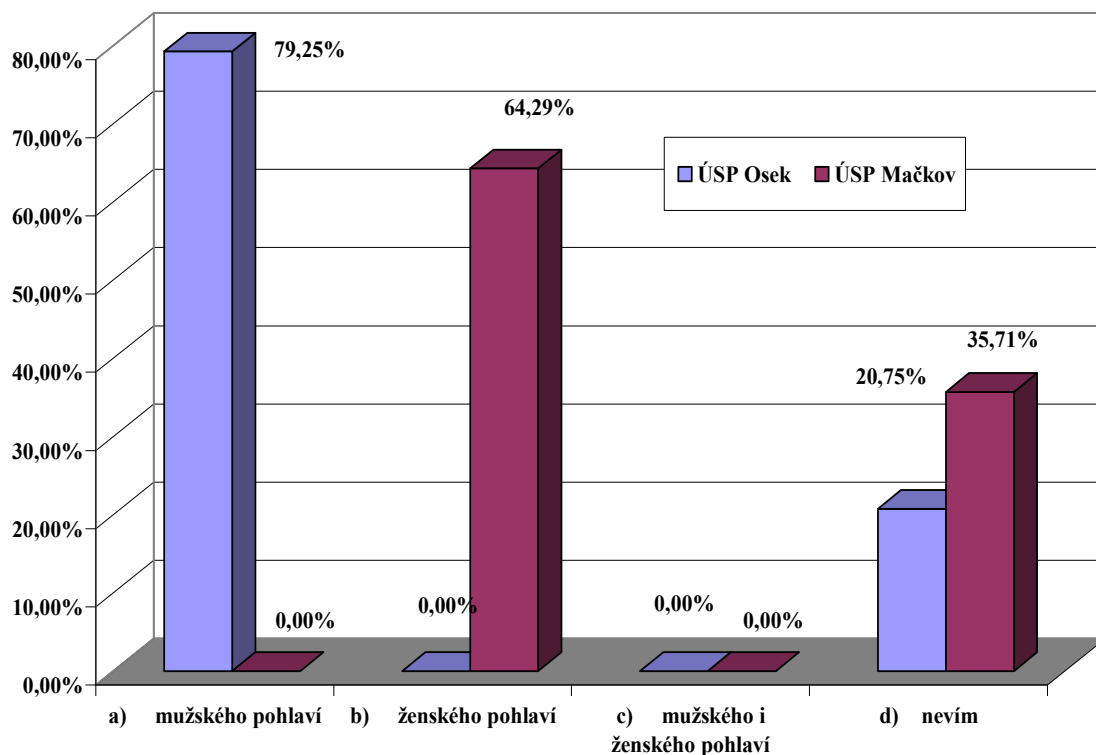
Na tuto otázku odpovědělo variantou nevím 26,42 % (14) pracovníků ÚSP Osek a 23,21 % (13) zaměstnanců ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 15 : Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti se středně těžkým mentálním postižením udržují platonický vztah**

15) Pokud mají klienti se středně těžkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují platonický(é) vztah(y), je partner(ři)	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) mužského pohlaví	11	23	19,64%	43,40%	10,09%	21,10%	31,19%	32,35%	67,65%	
b) ženského pohlaví	17	8	30,36%	15,09%	15,60%	7,34%	22,94%	68,00%	32,00%	
c) mužského i ženského pohlaví	15	8	26,79%	15,09%	13,76%	7,34%	21,10%	65,22%	34,78%	
d) nevím	13	14	23,21%	26,42%	11,93%	12,84%	24,77%	48,15%	51,85%	



**Graf 16 - Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením udržují platonický vztah**



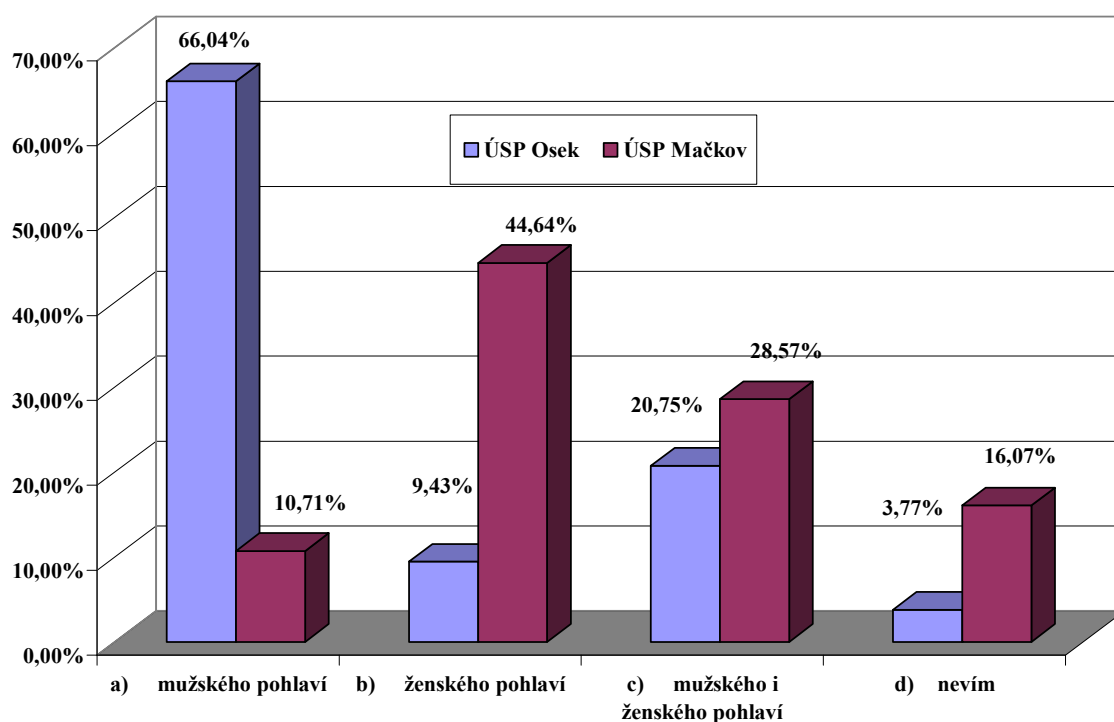
79,25% (42) respondentů z ÚSP Osek je přesvědčen, že klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením udržují platonický vztah s partnerem(y) stejného pohlaví – s muži. 20,75 % (11) respondentů tohoto ústavu zvolilo možnost nevím. Ostatní možnosti nebyly zvoleny.

64,29 % (36) respondentů ÚSP Mačkov je přesvědčeno, že klientky mají platonický vztah s partnerem(y) stejného pohlaví – se ženou. Zbylé procento si nevšimlo nebo neví 35,71% (20) s jakým pohlavím klienti udržují platonický vztah.

**Statistické zhodnocení položky číslo 16 : Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením udržují platonický vztah**

16) Pokud mají klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením partnera(y), se kterým udržují platonický(é) vztah(y), je partner(ři)	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) mužského pohlaví	0	42	0,00%	79,25%	0,00%	38,53%	38,53%	0,00%	100,00%	
b) ženského pohlaví	36	0	64,29%	0,00%	33,03%	0,00%	33,03%	100,00%	0,00%	
c) mužského i ženského pohlaví	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
d) nevím	20	11	35,71%	20,75%	18,35%	10,09%	28,44%	64,52%	35,48%	

**Graf 17 - Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s lehkým mentálním postižením udržují sexuální vztah**



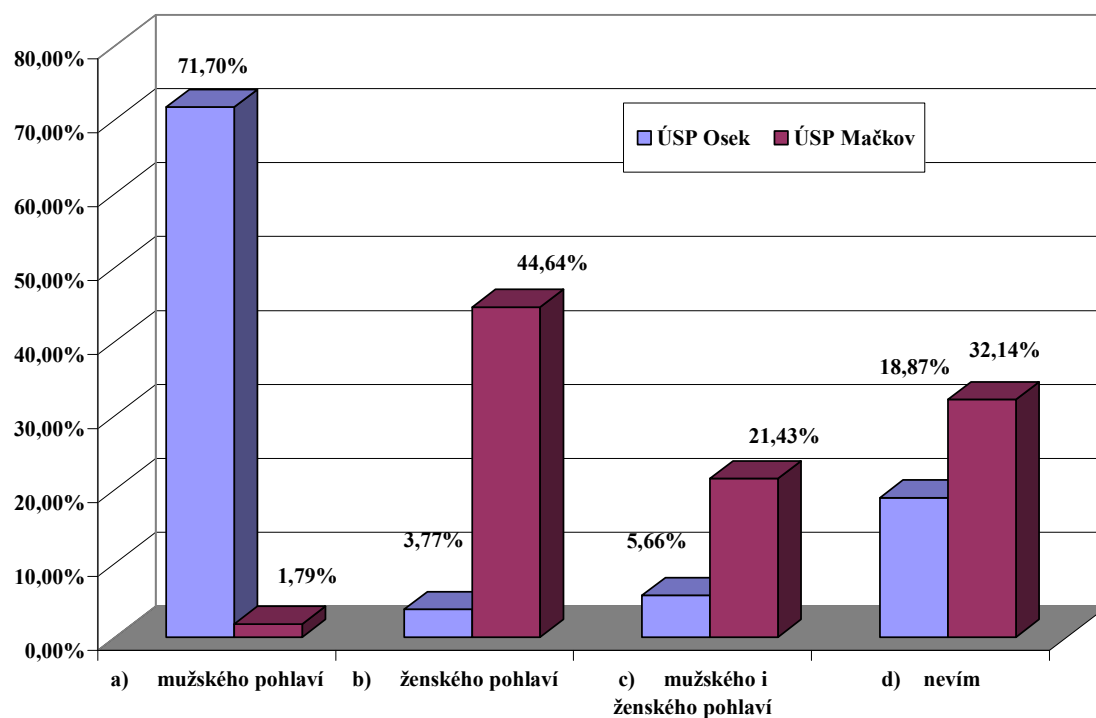
Klienti ÚSP Osek s lehkým mentálním postižením udržují sexuální vztah dle názoru respondentů 66,04% (35) s partnery stejného pohlaví – s mužem. 9,43 % (5) respondentu zvolilo variantu, že klienti tohoto ústavu udržují sexuální vztah s partnery opačného pohlaví – se ženou. 20,75% (11) zaměstnanců se domnívá, že klienti ÚSP Osek mají sexuální vztah s partnery obou pohlaví. 3,77 % (2) nevědělo pohlaví partnera.

V ÚSP Mačkov 44,64 % (25) respondentů si myslí že klientky mají sexuální vztah s partnery stejného pohlaví – ženami. 10,71 % (6) dotázaných zaměstnanců se domnívá že to jsou partneři opačného pohlaví (muži). Variantu, že sexuálním partnerem je jak muž tak žena zvolilo 28,57 % (16) respondentů. Nevím označilo pak 16,07% (9) dotázaných.

**Statistické zhodnocení položky číslo 17 : Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s lehkým mentálním postižením udržují sexuální vztah**

17) Pokud mají vaši klienti s lehkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují sexuální vztah, je partner(ři)	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) mužského pohlaví	6	35	10,71%	66,04%	5,50%	32,11%	37,61%	14,63%	85,37%		
b) ženského pohlaví	25	5	44,64%	9,43%	22,94%	4,59%	27,52%	83,33%	16,67%		
c) mužského i ženského pohlaví	16	11	28,57%	20,75%	14,68%	10,09%	24,77%	59,26%	40,74%		
d) nevím	9	2	16,07%	3,77%	8,26%	1,83%	10,09%	81,82%	18,18%		

**Graf 18 - Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti se středně těžkým mentálním postižením udržují sexuální vztah**



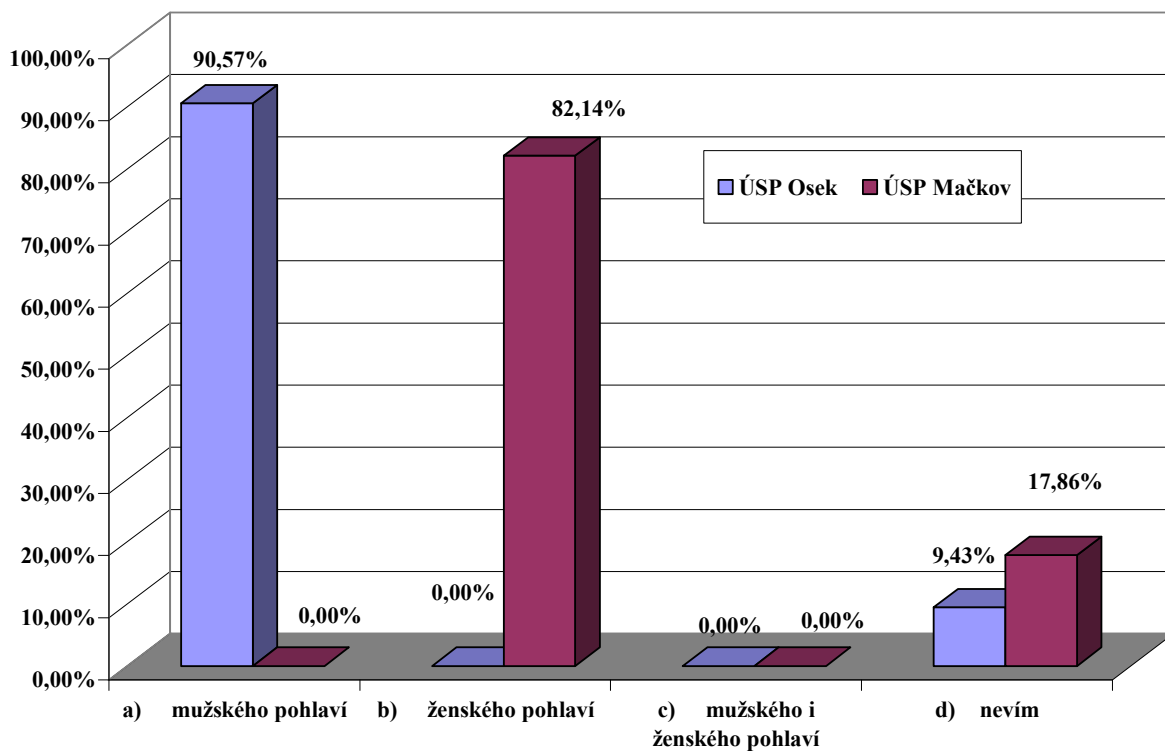
Z grafu jednoznačně vyplývá, že největší procento 71,7 % (38) respondentů ÚSP Osek variantu, že klienti se středně těžkým mentálním postižením udržují sexuální vztah s partnerem stejného, mužského pohlaví. 3,77% (2) se domnívá že se jedná o partnery opačného pohlaví – ženy. 5,66% (3) respondenti zvolilo jako variantu partnery těchto klientů obou pohlaví. 18,87 % (10) dotázaných ÚSP Osek neví jaké partnery mají klienti ústavu.

Velmi malé procento dotázaných respondentů ÚSP Mačkov 1,79 % (1) si myslí, že partnery klientek se středně těžkým mentálním postižením jsou muži. 44,64 % (25) je názoru že partneři jsou stejného pohlaví, tedy ženy. Variantu že se jedná o partnery obou pohlaví zvolilo 21,43% (12) dotázaných a bez názoru nebo znalosti je 32,14 % (18) dotázaných zaměstnanců.

**Statistické zhodnocení položky číslo 18 : Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti se středně těžkým mentálním postižením udržují sexuální vztah**

18) Pokud mají vaši klienti se středně těžkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují sexuální vztah, je partner(ři)	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) mužského pohlaví	1	38	1,79%	71,70%	0,92%	34,86%	35,78%	2,56%	97,44%		
b) ženského pohlaví	25	2	44,64%	3,77%	22,94%	1,83%	24,77%	92,59%	7,41%		
c) mužského i ženského pohlaví	12	3	21,43%	5,66%	11,01%	2,75%	13,76%	80,00%	20,00%		
d) nevím	18	10	32,14%	18,87%	16,51%	9,17%	25,69%	64,29%	35,71%		

**Graf 19 - Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením udržují sexuální vztah**



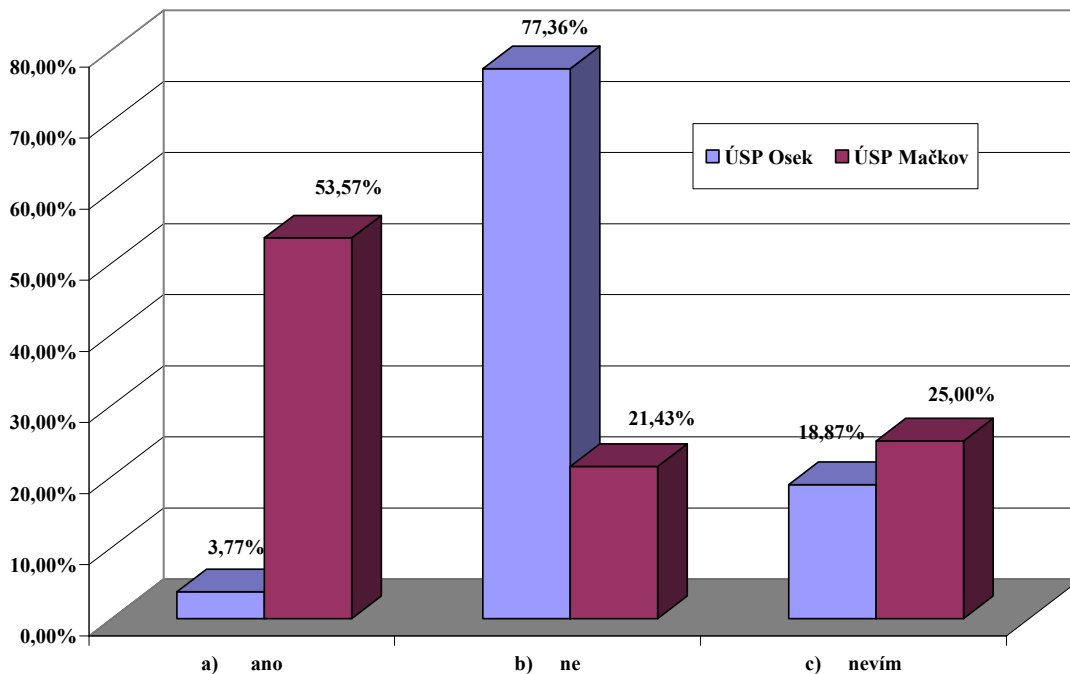
Z tohoto grafu je jednoznačně patrné že naprostá většina respondentů 90,57 % (48) ÚSP Osek se domnívá, že klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením udržují sexuální vztah s partnery stejného pohlaví tedy muži. Pouze zbylých 9,43 % (5) dotázaných zaměstnanců tohoto ústavu neví o jaké partnery se jedná.

Názor dotázaných zaměstnanců ÚSP Mačkov je v podstatě shodný z ÚSP Osek a to 82,14 % (46) respondentů je názoru, že partnery jsou osoby stejného pohlaví, tedy ženy. Svůj neupřesněný názor neví pak vyjádřilo 17,86% (10) dotázaných.

**Statistické zhodnocení položky číslo 19 : Pohlaví partnera(ů), se kterým klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením udržují sexuální vztah**

19) Pokud mají vaši klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují sexuální vztah, je partner(ři)	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) mužského pohlaví	0	48	0,00%	90,57%	0,00%	44,04%	44,04%	0,00%	100,00%	
b) ženského pohlaví	46	0	82,14%	0,00%	42,20%	0,00%	42,20%	100,00%	0,00%	
c) mužského i ženského pohlaví	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
d) nevím	10	5	17,86%	9,43%	9,17%	4,59%	13,76%	66,67%	33,33%	

**Graf 20 – Využití antikoncepce při pohlavním styku**



3,77% (2) respondenti z ÚSP Osek a 53,57 % (30) respondentů ÚSP Mačkov si myslí že klienti při pohlavním styku používají antikoncepci. 77,36% (41) dotázaných zaměstnanců ÚSP Osek se však domnívá že klienti žádnou ochranu nepoužívají, stejný názor má i 21,43 % (12) otázaných ÚSP Mačkov. 18,87 % (10) respondentů ÚSP Osek a 25 % (14) respondentů ÚSP Mačkov pak neví zda je používána klienty ochrana.

**Statistické zhodnocení položky číslo 20 : Využití antikoncepce při pohlavním styku**

20) Používají vaši klienti při pohlavním styku – antikoncepci, ochranu	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) ano	30	2	53,57%	3,77%	27,52%	1,83%	29,36%	0,00%	0,00%		
b) ne	12	41	21,43%	77,36%	11,01%	37,61%	48,62%	0,00%	0,00%		
c) nevím	14	10	25,00%	18,87%	12,84%	9,17%	22,02%	58,33%	41,67%		

**Tabuka 21 – Druh používané antikoncepční ochrany při pohlavním styku**

Druh ochrany	61	53
	Mačkov	Osek
a) per. orální antikoncepci	30	0
b) nitroděložní tělísko	15	0
c) podkožní implantáty	0	0
d) depo Provera	16	0
e) náplast'ová antikoncepce Eva	0	0
f) kondom	0	2

Z tabulky je patrné, jakou antikoncepční ochranu klienti obou ústavů používají. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předešlé otázce č.20 označili variantu ANO – klienti používají antikoncepční ochranu při pohlavním styku.

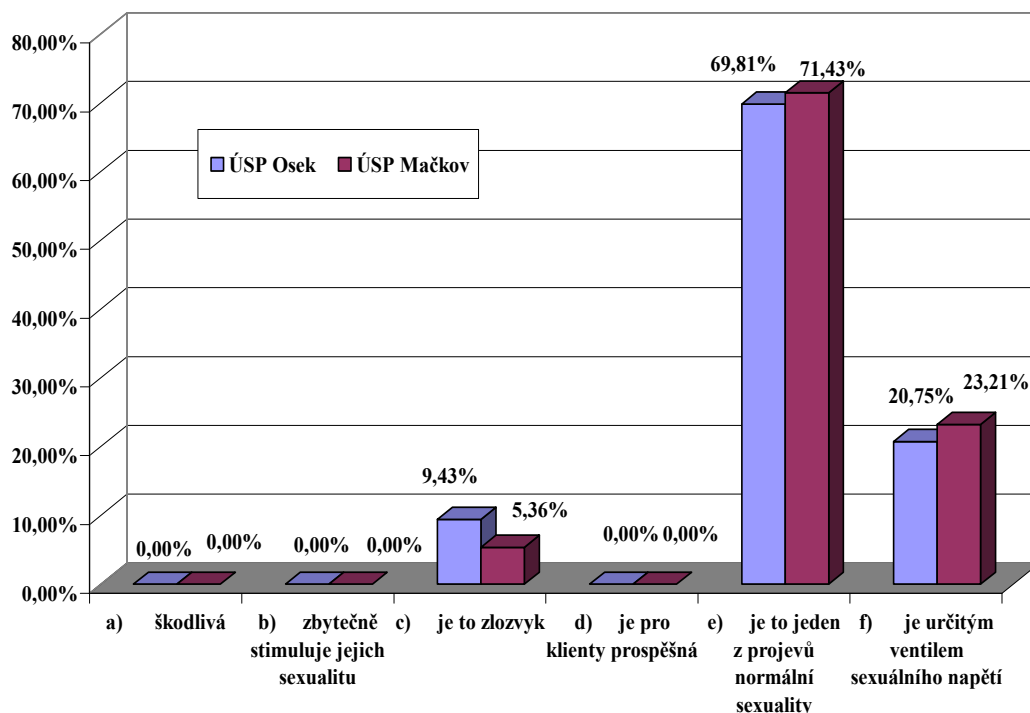
U této otázky mohli respondenti zvolit více variant. Odpovědi z tohoto důvodu nebyly procenticky zpracovávány.

Všichni respondenti ÚSP Osek (2) označili jako používanou ochranu svými svěřenci kondom.

V ÚSP Mačkov klientky nejčastěji užívají per orální antikoncepci – tato varianta byla označena 30 krát. O tom, že klientky mají zavedeny nitroděložní tělíška ví 15 dotázaných. Další používanou antikoncepcí je depo – Provera. O používání této antikoncepce u klientek ÚSP Mačkov ví 16 dotázaných zaměstnanců.



**Graf 22 - Názor na masturbaci z pohledu zaměstnanců**



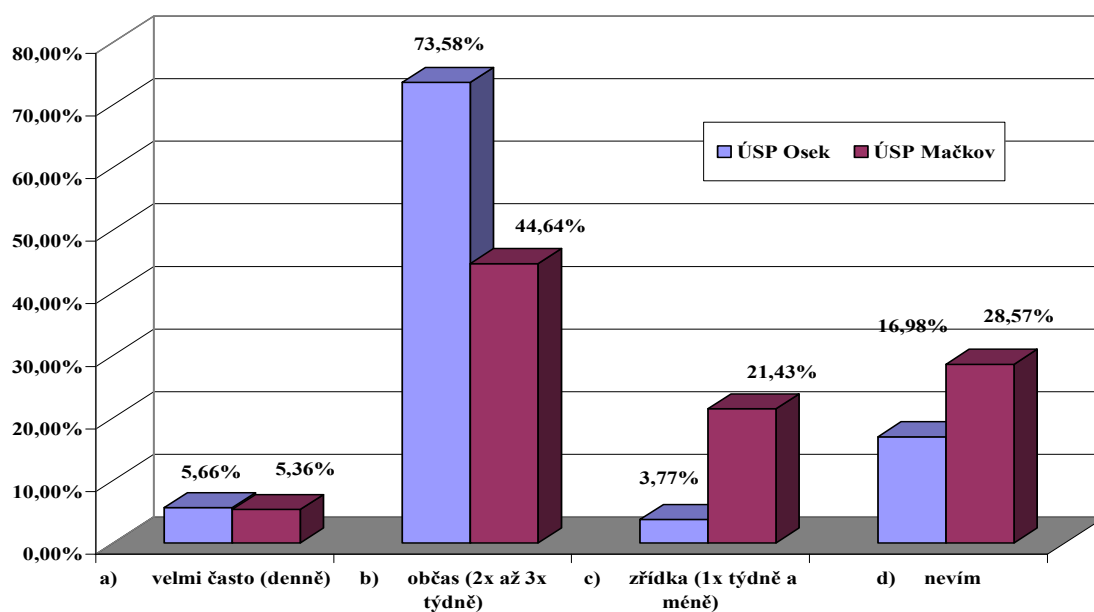
Většinový počet zaměstnanců obou ÚSP zastává názor, že masturbace je jednou z projevů normální sexuality klientů. Z ÚSP Osek tuto variantu zvolilo 69,81% (37) respondentů a z ÚSP Mačkov pak stejnou možnost vybralo 71,43% (40) respondentů. 20,75 % (11) pracovníků v přímé péči ÚSP Osek zvolilo možnost, že masturbace je určitým ventilem sexuálního napětí. Stejnou odpověď zvolilo 23,21% (13) pracovníků v přímé péči z ÚSP Mačkov.

Odpověď že masturbace je zlovyk zvolilo 9,43 % (5) respondentů z výzkumného souboru A a z výzkumného souboru B 5,36% (3) respondentů. Poslední dvě varianty, že masturbace je pro klienty prospěšná nebo naopak škodlivá nezvolil žádný respondent z obou souborů.

**Statistické zhodnocení položky číslo 22 : Názor na masturbaci z pohledu zaměstnanců**

22) Masturbace klientů je	56		53		podíl ve skupině		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) škodlivá	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
b) zbytečně stimuluje jejich sexualitu	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
c) je to zlovyk	3	5	5,36%	9,43%	2,75%	4,59%	7,34%	37,50%	62,50%
d) je pro klienty prospěšná	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
e) je to jeden z projevů normální sexuality	40	37	71,43%	69,81%	36,70%	33,94%	70,64%	51,95%	48,05%
f) je určitým ventilem sexuálního napětí	13	11	23,21%	20,75%	11,93%	10,09%	22,02%	54,17%	45,83%

**Graf 23 - Četnost masturbace u klientů s lehkým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**



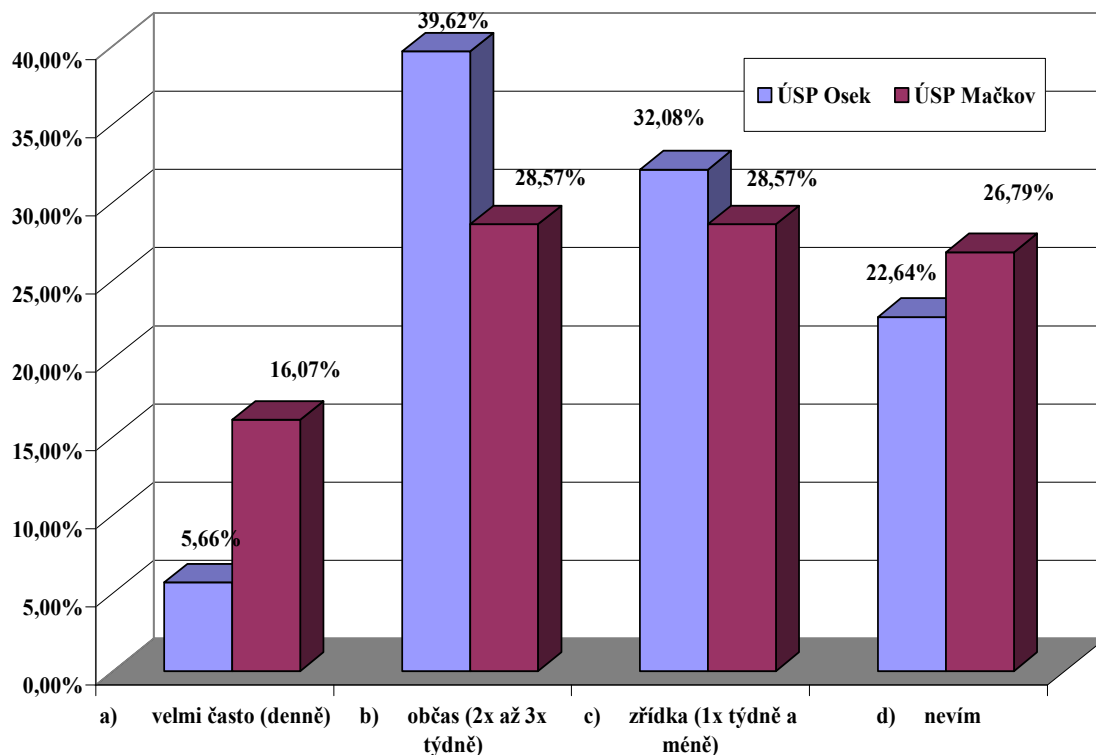
Pracovníci v přímé péči z ÚSP Osek nejčastěji volili možnost, že klienti s lehkým mentálním postižením masturbují nejčastěji 2x až 3x týdně. Tuto možnost zvolilo 73,58 % (39) respondentů. Pracovníci ÚSP Mačkov stejnou možnost volili v 44,64 % (25). Druhou nejčastěji volenou variantou byla odpověď nevím. V ÚSP Osek se takto vyjádřilo 16,98 % (9) respondentů a z ÚSP Mačkov 28,57% (16) zaměstnanců. 5,66% (3) respondentů z výzkumného souboru A si myslí, že klienti s lehkým mentálním postižením masturbují velmi často – tedy denně. Stejný názor má i 5,36% (3) respondentů z výzkumného souboru B.

Možnost, že klienti s lehkým mentálním postižením masturbují zřídka přibližně 1x týdně zvolilo 3,77 % (2) respondentů ÚSP Osek a 21,43% (12) respondentů ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 23 : Četnost masturbace u klientů s lehkým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**

23) Klienti s lehkým mentálním postižením našeho ústavu uspokojují svou sexuální potřebu masturbací	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) velmi často (denně)	3	3	5,36%	5,66%	2,75%	2,75%	5,50%	50,00%	50,00%		
b) občas (2x až 3x týdně)	25	39	44,64%	73,58%	22,94%	35,78%	58,72%	39,06%	60,94%		
c) zřídka (1x týdně a méně)	12	2	21,43%	3,77%	11,01%	1,83%	12,84%	85,71%	14,29%		
d) nevím	16	9	28,57%	16,98%	14,68%	8,26%	22,94%	64,00%	36,00%		

**Graf 24 - Četnost masturbace u klientů se středně těžkým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**



Z grafu plyne, že pracovníci v přímé péči ÚSP Osek volilo v 5,66 % (3) respondentů, že klienti se středně těžkým mentálním postižením masturbují denně, stejnou možnost volilo i 16,07% (9) pracovníků ÚSP Mačkov.

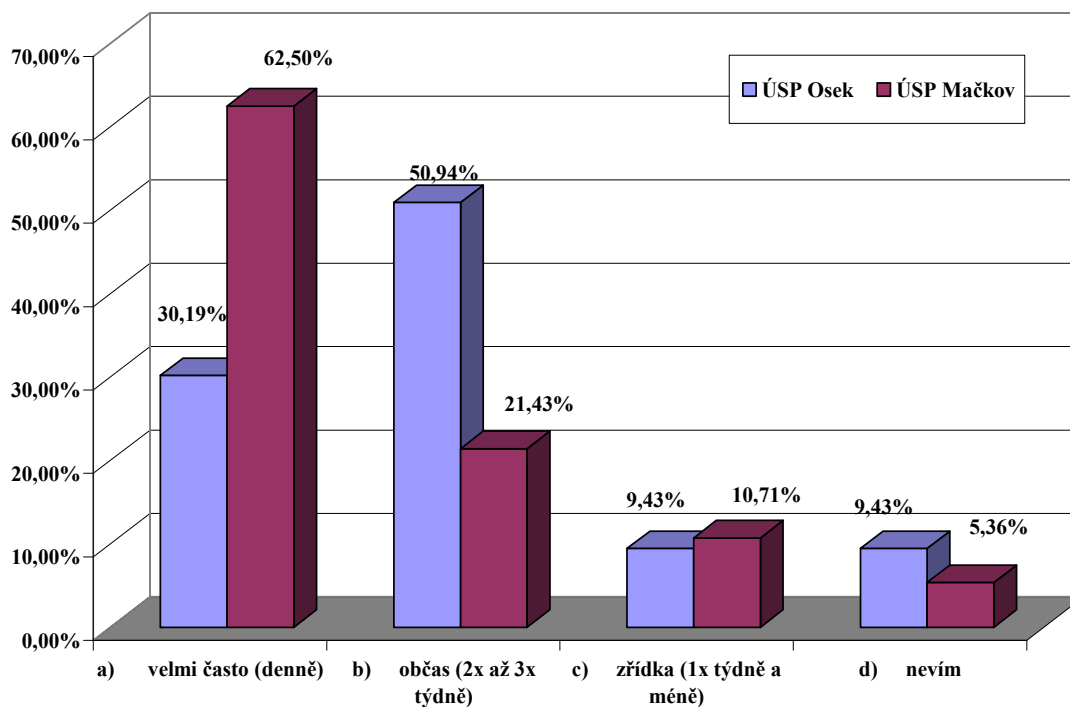
39,62 % (21) ÚSP Osek respondentů se domnívá, že klienti masturbují 2x až 3x týdně, stejný názor má i 28,57 % (16) pracovníků ÚSP Mačkov.

Názor že tito klienti masturbují 1x týdně má 32,08% (17) respondentů ÚSP Osek a 28,57 % (16) respondentů ÚSP Mačkov. Odpověď nevím volilo 22,64 % (12) zaměstnanců ÚSP Osek a 26,79 % (15) z ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 24 : Četnost masturbace u klientů se středně těžkým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**

24) Klienti se středně těžkým mentálním postižením našeho ústavu uspokojují svou sexuální potřebu masturbací	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) velmi často (denně)	9	3	16,07%	5,66%	8,26%	2,75%	11,01%	75,00%	25,00%		
b) občas (2x až 3x týdně)	16	21	28,57%	39,62%	14,68%	19,27%	33,94%	43,24%	56,76%		
c) zřídka (1x týdně a méně)	16	17	28,57%	32,08%	14,68%	15,60%	30,28%	48,48%	51,52%		
d) nevím	15	12	26,79%	22,64%	13,76%	11,01%	24,77%	55,56%	44,44%		

**Graf 25 - Četnost masturbace u klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**



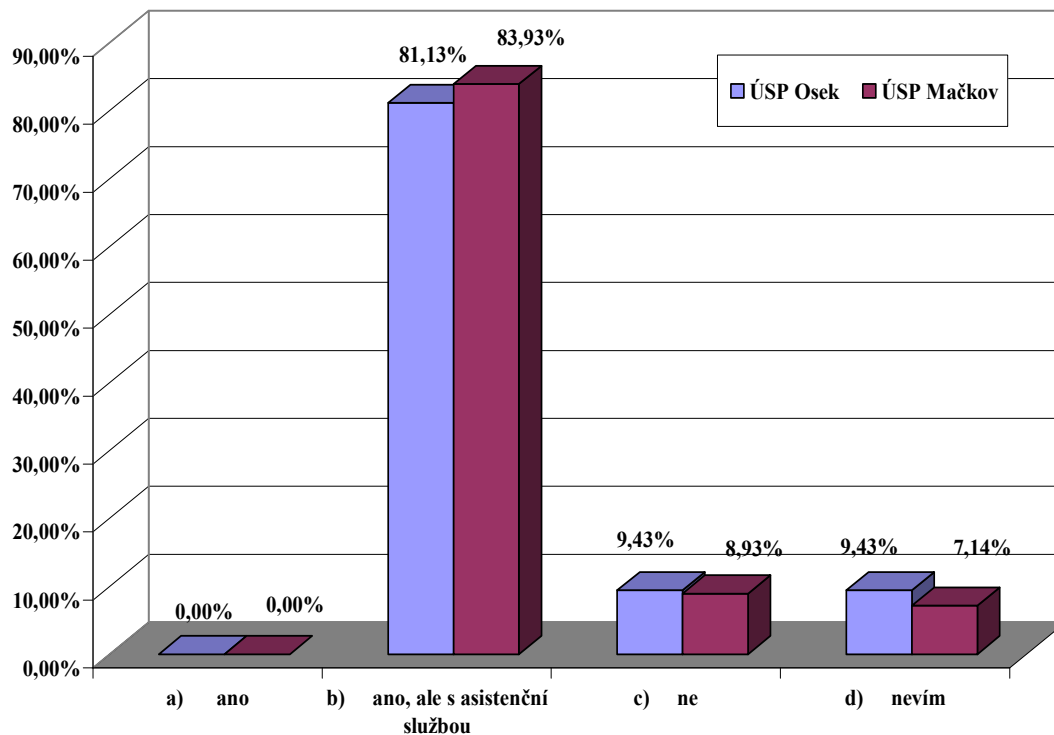
Z pohledu zaměstnanců ÚSP Osek vyplývá že klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením nejčastěji masturbují 2x a 3x týdně. Tento názor má 50,94 % (27) respondentů ÚSP Osek a 21,43 % (12) ÚSP Mačkov. 30,19 % (16) zaměstnanců ÚSP Osek má názor, že klienti masturbují velmi často (denně) a stejný má i 62,5% (35) zaměstnanců ÚSP Mačkov.

Variantu, že klienti s těžkým a hlubokým mentálním postižením masturbují 1 x týdně zvolilo 9,43%(5) respondentů ÚSP Osek a 10,71% (6) respondentů ÚSP Mačkov. K možnosti nevím, se vyjádřilo 9,43% (5) respondentů ÚSP Osek a 5,36% (3) respondentů ÚSP Mačkov.0

**Statistické zhodnocení položky číslo 25 : Četnost masturbace u klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**

25) Klienti s těžkým a hlubokým mentálním postižením našeho ústavu uspokojují svou sexuální potřebu masturbací	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	O	M			
a) velmi často (denně)	35	16	62,50%	30,19%	32,11%	14,68%	46,79%	68,63%	31,37%		
b) občas (2x až 3x týdně)	12	27	21,43%	50,94%	11,01%	24,77%	35,78%	30,77%	69,23%		
c) zřídka (1x týdně a méně)	6	5	10,71%	9,43%	5,50%	4,59%	10,09%	54,55%	45,45%		
d) nevím	3	5	5,36%	9,43%	2,75%	4,59%	7,34%	37,50%	62,50%		

**Graf 26 - Partnerský život klientů s lehkým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**



Z grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří pracovníci v přímé péči s názorem že mohou žít v partnerském vztahu, ale s asistenční službou. Tuto variantu zvolilo 81,13% (43) z ÚSP Osek a 83,93 % (47) pracovníků z ÚSP Mačkov.

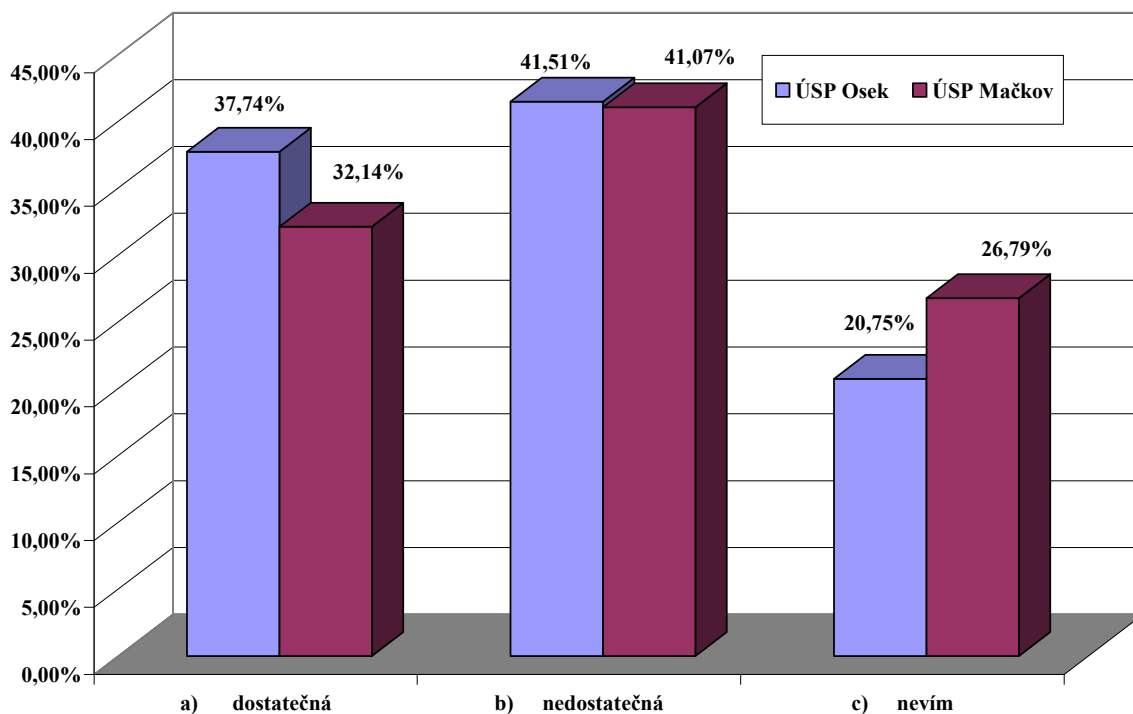
Z výzkumného souboru A 9,43 % (5) respondentů se domnívá, že klienti s lehkým mentálním postižením nemohou žít v partnerském vztahu. Stejný názor má i 8,93 % (5) respondentů z výzkumného souboru B.

Na tu to otázku nedokázalo odpovědět 9,43 % (5) pracovníků ÚSP Osek a 7,14% (4) zaměstnanců ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 26 : Partnerský život klientů s lehkým mentálním postižením z pohledu zaměstnanců**

26) Mohou klienti s lehkým mentálním postižením žít v partnerském vztahu	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) ano	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
b) ano, ale s asistenční službou	47	43	83,93%	81,13%	43,12%	39,45%	82,57%	52,22%	47,78%	
c) ne	5	5	8,93%	9,43%	4,59%	4,59%	9,17%	50,00%	50,00%	
d) nevím	4	5	7,14%	9,43%	3,67%	4,59%	8,26%	44,44%	55,56%	

**Graf 27 - Informovanost klientů s lehkým mentálním postižením o sexuálním životě**





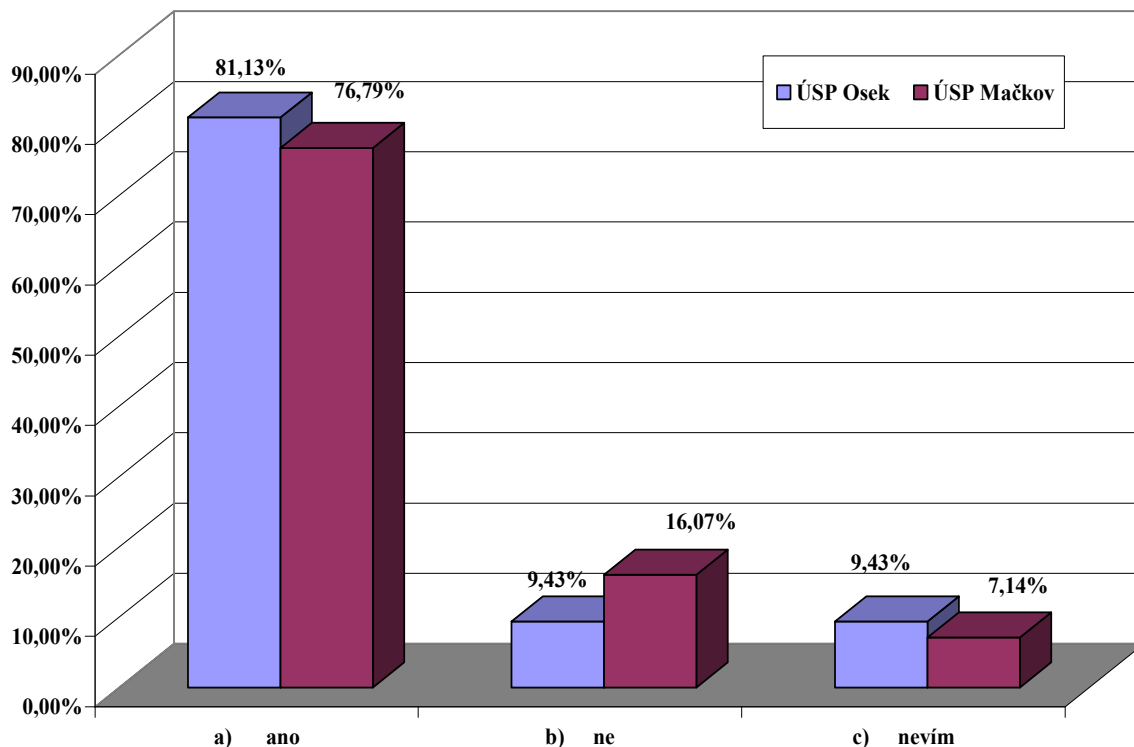
37,74 % (27) pracovníků ÚSP Osek se domnívá, že klienti s lehkým mentálním postižením mají dostatek informací týkajících se sexuálního života. Respondenti z ÚSP Mačkov tuto variantu zvolili z 32,14% (18).

41,51 % (15) respondentů z ÚSP Osek je přesvědčeno, že klienti nemají dostatek informací týkajících se sexuality a stejný názor má i 41,07% (23) zaměstnanců ÚSP Mačkov. K možnosti nevím se přiklonilo 20,75% (11) pracovníků ÚSP Osek a 26,79% (15) pracovníků ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 27 : Informovanost klientů s lehkým mentálním postižením o sexuálním životě**

27) Mají klienti s lehkým mentálním postižením dostatek informací v souvislosti se svým sexuálním životem	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) dostatečná	18	20	32,14%	37,74%	16,51%	18,35%	34,86%	47,37%	52,63%	
b) nedostatečná	23	22	41,07%	41,51%	21,10%	20,18%	41,28%	51,11%	48,89%	
c) nevím	15	11	26,79%	20,75%	13,76%	10,09%	23,85%	57,69%	42,31%	

**Graf 28 - Problémy související se sexualitou**



Z grafu č. 28 je patrné, že velká část respondentů uvádí to, že se u klientů objevují problémy, které souvisí s problematikou týkající se jejich sexuálního života a vztahů mezi partnery. S tímto se setkává 81,12 % (43) respondentů ÚSP Osek a 76,79% (47) z ÚSP Mačkov.

Jen 9,43% (5) pracovníků z ÚSP Osek uvedlo, že se nesešlo se žádným problémem u klientů týkající se jejich sexuality popřípadě partnerského vztahu. Stejně se vyjádřilo i 16,07% (9) pracovníků z ÚSP Mačkov. K této otázce se nedokázalo vyjádřit 9,43 % (5) respondentů ÚSP Osek a 7,14 % respondentů ÚSP Mačkov.

## Statistické zhodnocení položky číslo 28 : Problémy související se sexualitou

28) Setkáváte se u klientů s nějakým problémem týkajícím se sexuality	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) ano	43	43	76,79%	81,13%	39,45%	39,45%	78,90%	50,00%	50,00%	
b) ne	9	5	16,07%	9,43%	8,26%	4,59%	12,84%	64,29%	35,71%	
c) nevím	4	5	7,14%	9,43%	3,67%	4,59%	8,26%	44,44%	55,56%	

**Tabulka 29 - Problémy klientů týkající se sexuality**

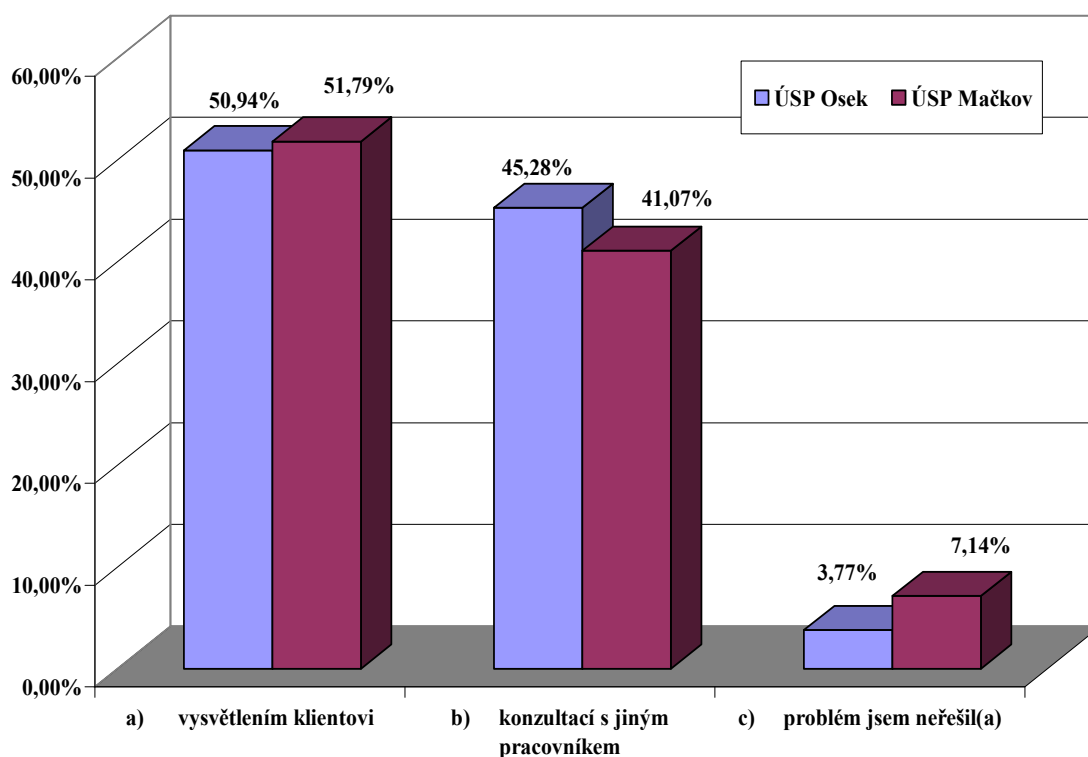
Druh problému	ÚSP Mačkov	ÚSP Osek
Žárlivost na partnera	50	48
Hysterické výstupy	47	40
Naschvály mezi partnery	31	30
Fyzická inzultace	45	49
Negativismus	38	34
Depresivní a úzkostné stavy	46	45

V této otázce mohli respondenti zvolit více variant, proto odpovědi nejsou statisticky zpracovány.

Výše uvedená tabulka mapuje problémy, které jsou spojeny se sexualitou klientů obou ústavů. Žárlivost na partnera označilo jako nejčastější skutečnost 48 respondentů z ÚSP Osek a 50 z ÚSP Mačkov. Rovněž 40 dotázaných z ÚSP Osek a 47 z ÚSP Mačkov se setkává s hysterickými výstupy svých svěřenců jako projev žárlivosti. Rovněž 30 pracovníků ÚSP Osek a 31 z ÚSP Mačkov pozorovalo jako projev naschvály mezi klienty.

K tomu že mezi klienty dochází i k fyzickému napadání jako projevu žárlivosti si všimlo 49 dotázaných z ÚSP Osek a 45 z ÚSP Mačkov. S různým stupněm negativismu se pak setkalo 34 respondentů ÚSP Osek a 38 ÚSP Mačkov. 45 dotázaných pracovníků z ÚSP Osek pozoruje u klientů depresivní i úzkostné stavy a tejně tak v ÚSP Mačkov 46 oslovených.

**Graf 30 - Řešení konfliktů souvisejících se sexualitou**



50,94 % (27) respondentů z výzkumného souboru A řeší konflikty týkající se sexuality vysvětlením situace klientovi. Stejnou možnost v 51,79 % (29) volili i respondenti z výzkumného souboru B.

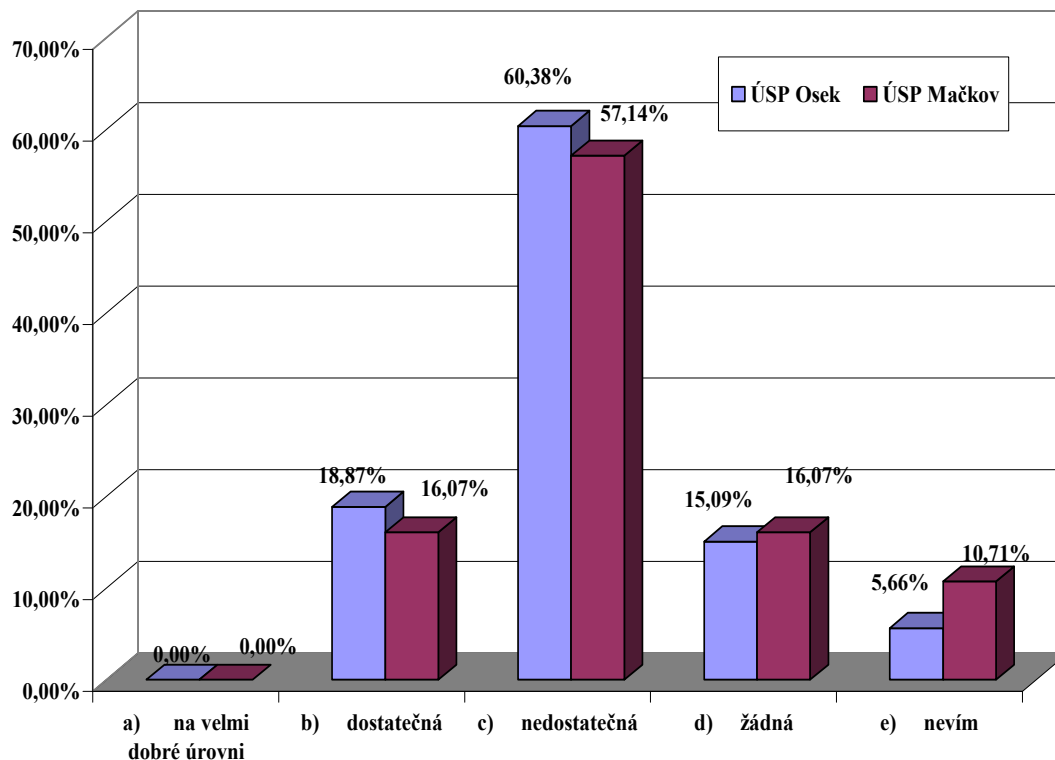
45,28% (24) respondentů z ÚSP Osek sexuální konflikty mezi klienty řešili především konzultací s jiným pracovníkem. Respondenti z ÚSP Mačkov tuto situaci řešili stejným způsobem v 41,07 % (23) .

Pouhé 3,77 % (2) pracovníků ÚSP Osek vzniklý problém neřešilo. V ÚSP Mačkov pak 7,14 % (4).

**Statistické zhodnocení položky číslo 30 : Řešení konfliktů souvisejících se sexualitou**

30) Jak jste případný problém řešili	56		53		podíl ve skupině		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) vysvětlením klientovi	29	27	51,79%	50,94%	26,61%	24,77%	51,38%	51,79%	48,21%
b) konzultací s jiným pracovníkem	23	24	41,07%	45,28%	21,10%	22,02%	43,12%	48,94%	51,06%
c) problém jsem neřešil(a)	4	2	7,14%	3,77%	3,67%	1,83%	5,50%	66,67%	33,33%

**Graf 31 - Úroveň sexuální výchovy v ÚSP**



Žádný z dotázaných z obou ústavů si nemyslí, že sexuální výchova v jejich zaměstnání je na velmi dobré úrovni. 18,87 % (10) dotázaných z ÚSP Osek si myslí že úroveň této výchovy je dostatečná. Stejný názor má i 16,07 % (9) dotázaných z ÚSP Mačkov.

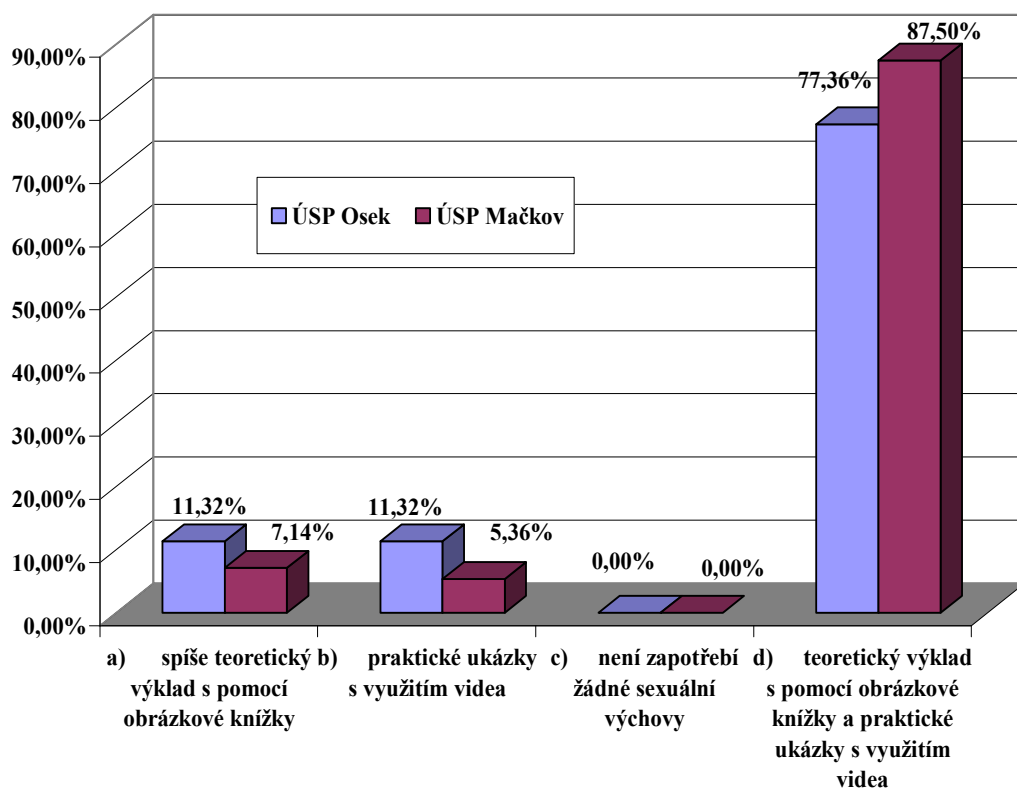
Největší počet respondentů zastává názor, že sexuální výchova v ústavech sociální péče není dostatečná, 60,38 % (32) za ÚSP Osek a 57,14 % (32) za ÚSP Mačkov.

15,09 % (8) oslovených z ÚSP Osek a 16,07 % (9) z ÚSP Mačkov je přesvědčeno, že sexuální výchova v jejich ústavech sociální péče žádná není. Na otázku jako takovou nedokázalo odpovědět, resp. odpovědělo nevím 5,66 % (3) dotázaní zaměstnanci z ÚSP Osek a 10,71 % (6) z ÚSP Mačkov.

## Statistické zhodnocení položky číslo 31 : Úroveň sexuální výchovy v ÚSP

31) Sexuální výchova u lidí s mentálním postizením ve vašem zařízení je	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) na velmi dobré úrovni	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
b) dostatečná	9	10	16,07%	18,87%	8,26%	9,17%	17,43%	47,37%	52,63%		
c) nedostatečná	32	32	57,14%	60,38%	29,36%	29,36%	58,72%	50,00%	50,00%		
d) žádná	9	8	16,07%	15,09%	8,26%	7,34%	15,60%	52,94%	47,06%		
e) nevím	6	3	10,71%	5,66%	5,50%	2,75%	8,26%	66,67%	33,33%		

Graf 32 - Optimální řešení sexuální výchovy u klientů ÚSP



Naprostá většina dotazovaných pracovníků obou ÚSP si myslí, že správnou výchovou je teoretický výklad pomocí obrázkové knížky, doplněnou praktickými ukázkami s využitím videa a to 77,36 % (41) z ÚSP Osek a 87,5 % (49) z ÚSP Mačkov.

11,32% (6) respondentů z ÚSP Osek se domnívá, že sexuální výchova by měla být zprostředkována klientům prostřednictvím teoretického výkladu tohoto tématu s doplněním ukázek v obrázkové knížce. Stejně tak se toto domnívá i 7,14 % ( 4) respondenti ÚSP Mačkov.

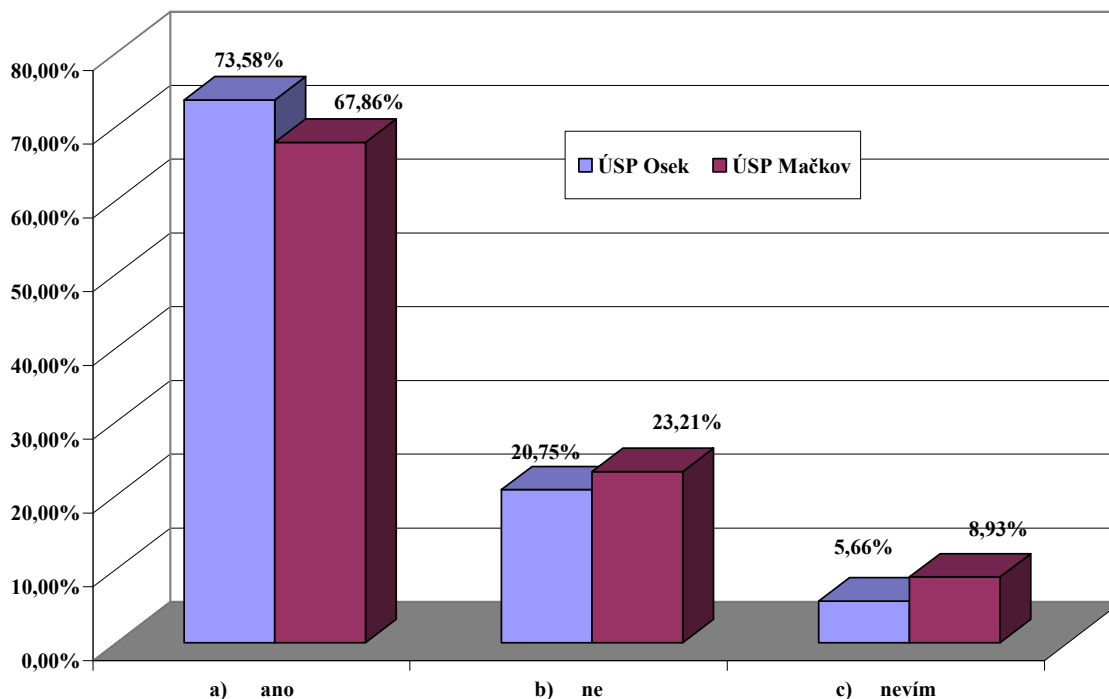
Rovněž 11,32 % ( 6) respondentů ÚSP Osek si myslí, že by bylo neefektivnější sexuální výchovu klientům zprostředkovat s využitím praktických ukázek na videu. Stejný názor má i 5,36 % (3) respondenti ÚSP Mačkov.

### Statistické zhodnocení položky číslo 32 : Optimální řešení sexuální výchovy u klientů ÚSP

32) Sexuální výchova u klientů ÚSP by měla probíhat jako	56	53	podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) spíše teoretický výklad s pomocí obrázkové knížky	4	6	7,14%	11,32%	3,67%	5,50%	9,17%	40,00%	60,00%
b) praktické ukázky s využitím videa	3	6	5,36%	11,32%	2,75%	5,50%	8,26%	33,33%	66,67%
c) není zapotřebí žádné sexuální výchovy	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
d) teoretický výklad s pomocí obrázkové knížky a praktické ukázky s využitím videa	49	41	87,50%	77,36%	44,95%	37,61%	82,57%	54,44%	45,56%



**Graf 33 - Ovlivnitelnost klientů ÚSP médií**



Největší procentuální zastoupení je u odpovědi , že média ovlivňují sexuální výchovu klientů obou ÚSP. V ÚSP Osek tento názor má 73,58% (39) respondentů a v ÚSP Mačkov pak 67,86% (38).

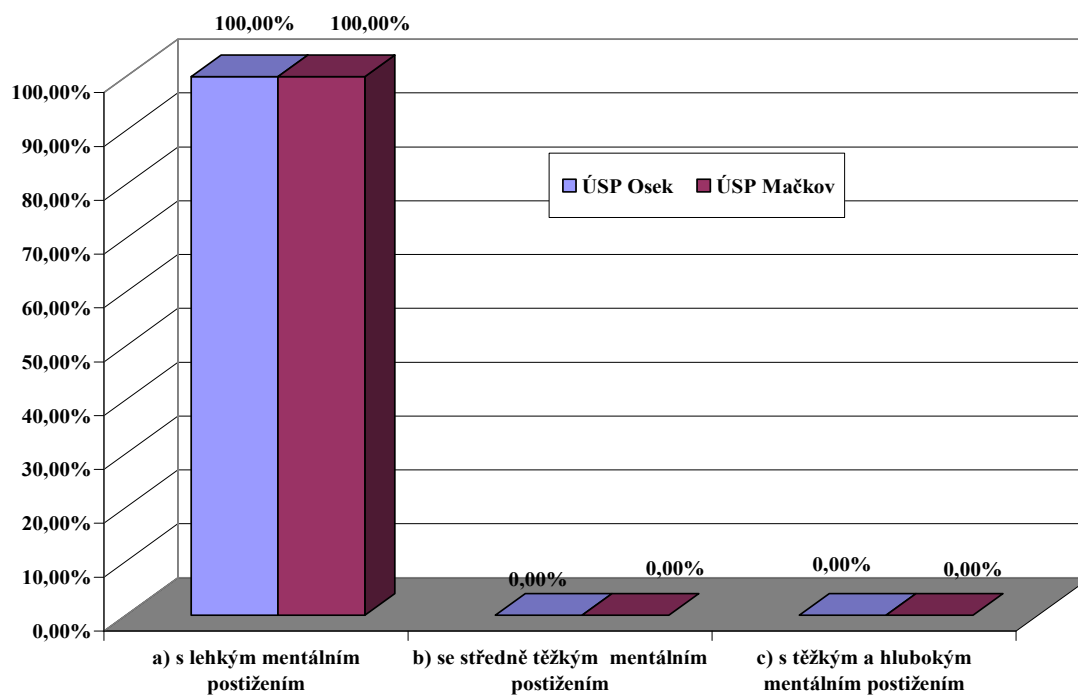
Opačnou variantu, že media v této oblasti klienty neovlivňují zastává 20,75 % (11) respondentů ÚSP Osek a 23,21% (13) .

5,66% (3) pracovníků ÚSP Osek neví jestli klienty media v oblasti sexuality ovlivňují, stejně tak 8,93 % (5) pracovníků ÚSP Mačov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 33 : Ovlivnitelnost klientů ÚSP médií**

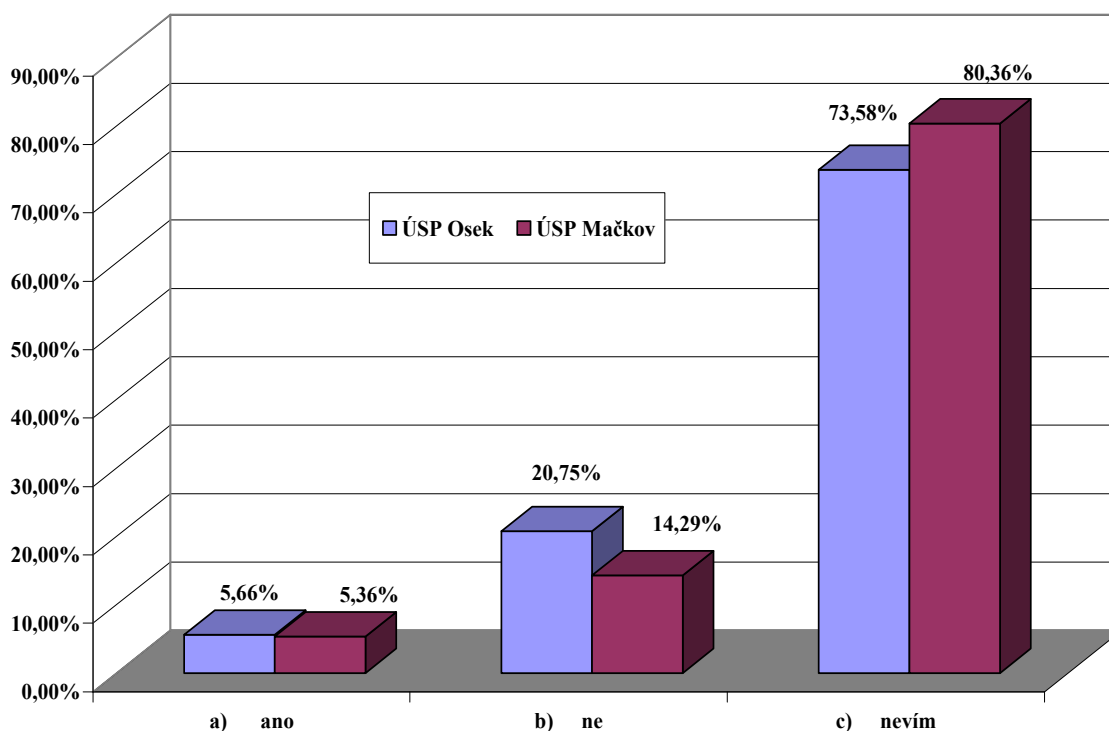
33) Je ovlivněno sexuální chování klientů reklamou, rozhlasem, televizí ....	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) ano	38	39	67,86%	73,58%	34,86%	35,78%	70,64%	49,35%	50,65%	
b) ne	13	11	23,21%	20,75%	11,93%	10,09%	22,02%	54,17%	45,83%	
c) nevím	5	3	8,93%	5,66%	4,59%	2,75%	7,34%	62,50%	37,50%	

**Graf 34 - Nejvíce „ovlivnitelná“ skupina klientů mediálně**



Respondenti obou ÚSP se shodli v odpovědi a ze 100% označili za skupinu, kterou dle jejich názoru nejvíce ovlivňují média klienty s lehkým mentálním postižením.

**Graf 35 - Existence vzdělávacího kurzu pro pracovníky ÚSP z pohledu zaměstnanců**



Velice malá část pracovníků obou ÚSP ví, že existuje vzdělávací kurz, ve kterém se řeší problematika a způsob sexuální výchovy u osob s mentálním postižením. V ÚSP Osek to je 5,66 % (3) a v ÚSP Mačkov 5,36 % (3) zaměstnanci. 20,75 % (11) respondentů ÚSP Osek si myslí, že neexistuje žádný vzdělávací kurz ohledně sexuální výchovy klientů. Stejně tak 14,26% (8) respondentů z ÚSP Mačkov.

Většina pracovníků neví o existenci výše uvedeného vzdělávacího kurzu, 73,58 % (39) ÚSP Osek a 80,36 % (45) ÚSP Mačkov.

**Statistické zhodnocení položky číslo 35 : Existence vzdělávacího kurzu pro pracovníky ÚSP z pohledu zaměstnanců**

35) Existuje vzdělávací kurz pro pracovníky ÚSP, kde by se problematika sexuality řešila	56		53		podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O	M	O		O	M
a) ano	3	3	5,36%	5,66%	2,75%	2,75%	5,50%	50,00%	50,00%		
b) ne	8	11	14,29%	20,75%	7,34%	10,09%	17,43%	42,11%	57,89%		
c) nevím	45	39	80,36%	73,58%	41,28%	35,78%	77,06%	53,57%	46,43%		

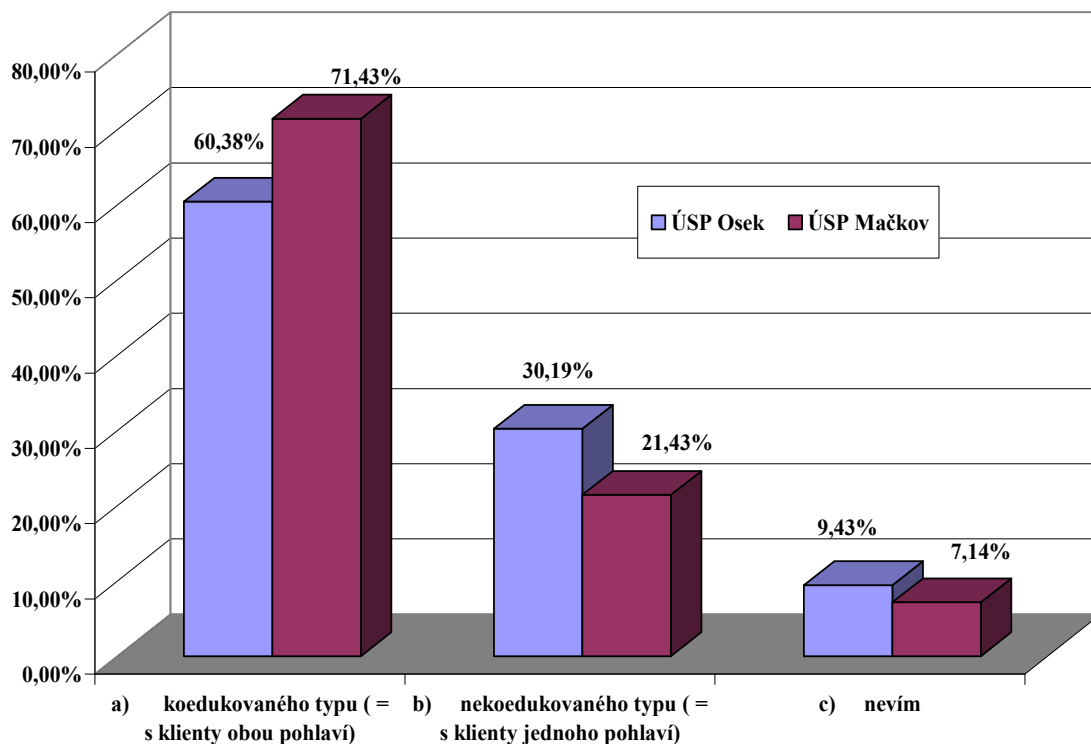
**Otázka 36 - Existence proškoleného a kompetentního pracovníka na problematiku sexuálních potřeb klientů ÚSP**

V tomto případě všichni respondenti jak ÚSP Osek tak i ÚSP Mačkov odpověděli ze 100%, že takový pracovník zabývající se problematikou sexuálních potřeb klientů, s proškolením a plnou kompetencí, který by řešil tuto oblast života osob s mentálním postižením, ani v jednom z těchto zařízení není.

**Otázka 37 - Využívají klienti služby proškoleného a kompetentního pracovníka na problematiku sexuálních potřeb**

Rovněž tato odpověď v návaznosti na otázku 36 byla u obou ÚSP odpovězena jednoznačně ze 100% ne. Vzhledem k tomu že ani v jenom z výše uvedených ústavů neexistuje proškolený a kompetentní zaměstnanec na oblast sexuálních vztahů a života osob s mentálním postižením, není možné aby byly využívány jeho služby klienty.

**Graf 38 - Vhodný typ ÚSP z pohledu zaměstnanců**



Většina zaměstnanců obou ÚSP je přesvědčena, že ústavy sociální péče by měly být koedukovaného typu. Tento názor zastává 60,38 % (32) respondentů ÚSP Osek a 71,43 % (40) respondentů ÚSP Mačkov.

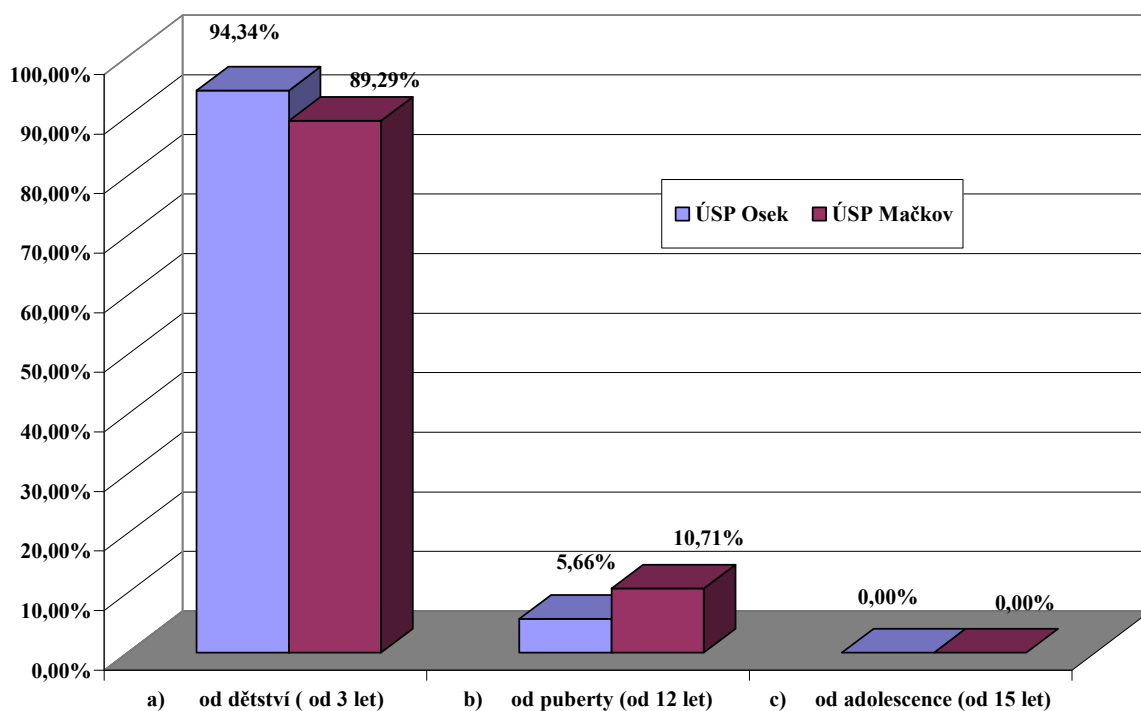
30,19 % (16) respondentů z ÚSP Osek a 21,43 % (12) z ÚSP Mačkov si myslí, že optimální variantou jsou ústavy s rozdělením klientů podle pohlaví, tj. koedukovaného typu.

9,43% (5) zaměstnanců ÚSP Osek a 7,14% (4) z ÚSP Mačkov nemá na tuto oblast jednoznačný názor a vyjádřili se možností nevím tj. nejsou si jisti která varianta je vhodnější.

### Statistické zhodnocení položky číslo 38 : Vhodný typ ÚSP z pohledu zaměstnanců

38) Bylo by vhodné, aby byly ÚSP spíše	56		53		podíl ve skupině		Podíl celého vzorku	Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O			O	M
a) koedukovaného typu (= s klienty obou pohlaví)	40	32	71,43%	60,38%	36,70%	29,36%	66,06%	55,56%	44,44%	
b) nekoedukovaného typu (= s klienty jednoho pohlaví)	12	16	21,43%	30,19%	11,01%	14,68%	25,69%	42,86%	57,14%	
c) nevím	4	5	7,14%	9,43%	3,67%	4,59%	8,26%	44,44%	55,56%	

Graf 39 - Věková hranice klientů koedukovaného zařízení z pohledu zaměstnanců



Z grafu 39 a odpovědí respondentů obou ÚSP jednoznačně vyplývá, že naprostá většina dotazovaných by pro ústavy koedukovaného typu doporučovala věk osob s mentálním postižením již od 3 let. Za ÚSP Osek se takto vyjádřilo 94,34 % (50) dotázaných a ÚSP Mačkov 89,29 % (50).

5,66 % (3) respondentů ÚSP Osek by spíše volilo ústavy sociální péče koedukovaného typu pro klienty od 12 let., stejně tak 10,71 % (6) ÚSP Mačkov.

Žádný z respondentů si nemyslí že by koedukované ústavy sociální péče měly být od 15 let věku klientů.

**Statistické zhodnocení položky číslo 39 : Věková hranice klientů koedukovaného zařízení z pohledu zaměstnanců**

39) ÚSP koedukovaného typu by měly být pro klienty	56	53	podíl ve skupině		podíl celého vzorku		Celkem	podíl skupin	
	M	O	M	O	M	O		O	M
a) od dětství ( od 3 let)	50	50	89,29%	94,34%	45,87%	45,87%	91,74%	50,00%	50,00%
b) od puberty (od 12 let)	6	3	10,71%	5,66%	5,50%	2,75%	8,26%	66,67%	33,33%
c) od adolescence (od 15 let)	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

## 5. Diskuse

Ve své diplomové práci jsem se pokusila zmapovala sexuální život uživatelů služeb ÚSP Osek a ÚSP Mačkov z pohledu zaměstnanců. Zjišťovala jsem rozdílnost sexuálních potřeb klientů s různým stupněm mentálního postižení a jakým způsobem tito klienti uspokojují své sexuální potřeby. Dále mně zajímala problematika sexuální výchovy klientů ÚSP Osek a ÚSP Mačkov a zjišťovala jsem, zda je vůbec možné partnerské žití osob s mentálním postižením.

Veškeré údaje k této problematice jsem čerpala z dotazníkového šetření, ve kterém se promítly názory a zkušenosti zaměstnanců ÚSP Osek a ÚSP Mačkov. Zajímala jsem se také o to, zda tito zaměstnanci akceptují sexuální život osob s mentálním postižením.

Největší počet zaměstnanců v přímé péči o klienty (graf 2) v ÚSP Osek je ve věkové kategorii 40 až 49 let (63,38 %). Počet respondentů v ostatních kategoriích je pak již vyrovnaný, zhruba ve výši nepřesahující 16 %. Velký počet zaměstnanců v nejčteněji zastoupené kategorii 40 až 49 let pravděpodobně vypovídá o tom, že přínosem je, aby se o klienty mužského pohlaví starali pracovníci, kteří již mají zkušenosti se zvládnutím jejich emocí.

Oproti tomu věkové skupiny v počtu respondentů z ÚSP Mačkov jsou vyrovnané, nejméně pracovníků je ve věku od 20 do 29 let (12,5 %) a nejvíce od 50 do 63 let (30,36 %). Toto rozložení věkových skupin zaměstnanců je pravděpodobně dáno také přístupnější a schůdnější prací s klientkami tohoto ÚSP.

Počet respondentů ve funkci vedoucího vychovatele, manažera, vrchní sestry je v obou ÚSP stejný. Zdravotních sester je v ÚSP Osek je podstatně více než v ÚSP Mačkov. Pravděpodobně se to odvíjí od vyššího počtu klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením, kteří vyžadují více zdravotní péče, a tím také větší zatížení personálu.

V ÚSP Mačkov je větší počet pracovníků sociální péče (o 17,22%). Tento rozdíl vyplývá i z potřeb klientů, kteří ve svém volném čase využívají možnou arteterapii či hipoterapii.



Graf 3 a 4 vypovídá o pohlaví a věkové hranici klientů. V ÚSP Osek jsou klienti pouze mužského pohlaví od 12 let až do konce života. ÚSP Mačkov je koedukovaného typu a proto klientelu tvoří obě pohlaví od 3 let do konce života. V dalším šetření respondenti z ÚSP Mačkov odpovídali na problematiku týkající se pouze klientek ženského pohlaví.

Stále zvyšující se požadavky na důležitost uspokojení potřeb se promítají i v důležitosti uspokojení sexuálních potřeb klientů s různým stupněm mentálního postižení.

Tato problematika byla dlouhá léta tabu a bohužel i v současnosti se ne zcela otevřeně na toto téma diskutuje v širší odborné či zaměstnanecké veřejnosti ústavů.

Do nedávné minulosti se neřešila sexuální výchova ani způsoby uspokojování sexuálních potřeb klientů. Teprve několik posledních let jsou tato témata již diskutována otevřeněji, nejsou však ještě zcela dořešena po etické a právní stránce. Odborníci se snaží nalézt nejvhodnější způsoby výuky sexuální výchovy, a tím se snaží i umožnit kvalitnější sexuální život osob s mentálním postižením.

Z pohledu respondentů ÚSP Osek 92,45% a ÚSP Mačkov 85,71% (graf 5,6) je velmi důležité uspokojit sexuální potřeby klientů s různým stupněm mentálního postižení. Proto je sexualita a sexuální výchova v posledních letech v obou ústavech sociální péče velmi diskutovaná. V ÚSP Osek se o tuto problematiku zajímá 81,13% a v ÚSP Mačkov 76,79% respondentů. I toto vysoké procentuální zastoupení respondentů, kteří akceptují potřebu sexuálního života osob s mentálním postižením, 4 respondenti z celého výzkumného souboru se k této problematice staví zdrženlivě a uspokojení sexuálních potřeb u klientů považují za nedůležité a nepodstatné. 12 respondentů z obou ústavů sociální péče nevyhledává a nezúčastňuje se diskusí, ve kterých by se řešila tato problematika. Nelze tyto zaměstnance odsuzovat, neboť jak uvádí Janiš, je celá řada rodičů, vychovatelů, která se staví k tomuto problému zdrženlivě. Nemají potřebu se k němu vyjadřovat, a to buď z důvodu neznalostí, nebo specifčnosti, tzn. intimní povahy obsahu. Postupně se začínají vyvracet mýty o sexualitě osob s mentálním postižením. Stejně tak uvádí i Břichcín a Janiš (2, 23) O

těchto změnách týkajících se nahlížení na potřeby osob s mentálním postižením se zmiňuje také Ondrušková (46)

O snaze zprostředkovat klientům uspokojení sexuálních potřeb (prožít lásku, partnerský vztah) svědčí i názor respondentů (graf 7,8,9) že každá osoba s mentálním postižením, bez ohledu na jeho stupeň a hloubku, má právo na tuto základní biologickou potřebu. U klientů s lehkým mentálním postižením přiznává právo na sexuální život 96,21 % respondentů z ÚSP Osek a 91,07% z ÚSP Mačkov. S prohlubujícím se mentálním postižením se snižuje názor na toto právo. Klientům s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením toto právo respektuje 81,13% dotázaných z ÚSP Osek a 73,21% z ÚSP Mačkov. Přímě úměrně se zvyšuje procento názoru na popření tohoto práva a taktěž se zvyšuje počet respondentů, kteří nemají na tuto problematiku názor. Myslím si, že vliv na přiznání práva uspokojení sexuálních potřeb klientů se odvíjí od přetrvávání mýtů o sexualitě osob s mentálním postižením, o nemožnosti vést sexuální život z důvodu tělesného handicapu a z důvodu psychického a emočního nevyzrání.

Otázkou tedy zůstává zda klienti s hlubokým mentálním postižením jsou schopni vést sexuální život a uspokojovat sexuální potřeby a zda vůbec nějaké sexuální potřeby mají. Jak ale uvádí Venklářová „každý člověk má právo na uspokojivý sexuální život“. (73)

Z grafů (graf 10,11,12) lze vyčíst, jakým způsobem klienti s různým stupněm mentálního postižení uspokojují své sexuální potřeby. Možnosti uspokojení jsou u klientů ovlivněny sociální izolací, přidruženým tělesným handicapem, stupněm mentálního postižení a psychickým a emočním stupněm vyzrání, který vždy nemusí odpovídat fyziologickému. Stejně příčiny znevýhodnění uvádí i Venklářová. Popisuje důvody zdravotní, psychické a změny v sociální oblasti. (73)

Dle názoru respondentů (graf 10) nejčastější způsob uspokojení sexuální potřeby u klientů s lehkým mentálním postižením v ÚSP Osek 37,74% i v ÚSP Mačkov 48,21% je platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení. Z výsledků dalšího šetření (jak je uvedeno dále), klienti udržují platonický vztah s jedinci obou pohlaví a při uspokojování sexuálních potřeb pohlavním stykem jednoznačně převládá homosexuální vztah. Dalším způsobem, kterým klienti řeší svoji sexuální potřebu, je pohlavní styk

s partnerem a sebeuspokojení. Potvrzuje to 20,75% respondentů ÚSP Osek a 7,14 % z ÚSP Mačkov. Někteří klienti však nejčastěji volí pouze platonický vztah a onanii. I zde je vyšší procentuální zastoupení od respondentů ÚSP Osek 20,75% než ÚSP Mačkov 20,71%. Klientky ÚSP Mačkov častěji inklinují pouze k sebeuspokojení. Pohlavní styk pro ně není tak důležitý. Takové způsob uspokojování sexuálních potřeb je podle mého názoru pravděpodobně ovlivněn pohlavím. Informace, které respondenti mají jsou nejčastěji z rozhovorů s klienty.

Klienti se středně těžkým mentálním postižením (graf 11) dle výzkumu také nejčastěji uspokojují své sexuální potřeby jak platonickým vztahem, tak i pohlavním stykem s partnerem a sebeuspokojením. Tuto variantu zvolilo 47,17% respondentů z ÚSP Osek a 41,07 % z ÚSP Mačkov. Pohlaví sexuálního i platonického partnera je ovlivněno jejich značnou sociální izolací. Pokud klienti nemají nebo nejsou schopni platonického vztahu, svoji sexualitu uspokojují pohlavním stykem s partnerem a onanií. Tuto variantu častěji zaznamenali respondenti v ÚSP Osek (20,75%) než v ÚSP Mačkov (8,93%). Klientky častěji řeší sexuální potřebu prožívání platonického vztahu a sebeuspokojením než aby vyhledávaly partnera či partnerku k pohlavnímu styku. Některé vlivem svých kognitivních možností a tělesného handicapu upřednostňují pouze onanii. Celkově lze vyčíst vyšší procentuální zastoupení odpovědí respondentů ÚSP Osek, u všech možných variant, ve kterých se objevuje možnost pohlavního styku. Myslím si, že stejně jak u klientů s lehkým mentálním postižením je totéž zapříčiněno pohlavím klientů. Klusáková uvádí, že dívky oproti chlapcům ve vztahu více než sex preferují doteky, intimitu a pocit partnerství (27). I přesto, že klienti se středně těžkým mentálním postižením jsou ve velmi častém kontaktu s pracovníky ústavu, téměř pod neustálým dohledem, je v každém ústavu sociální péče několik pracovníků v přímé péči, kteří této problematice nevěnují pozornost.

Klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením (graf 12) svoji sexuální potřebu nejčastěji uspokojují onanií. O tomto možném způsobu je přesvědčeno 73,58% dotázaných z ÚSP Osek a 76,79% z ÚSP Mačkov. Vzhledem k hloubce mentálního postižení a velkou emoční a psychickou nezrálostí je také potřeba uspokojení především jen pudová. U některých klientů lze zaznamenat náznaky platonického

vztahu k jiné osobě, a pokud jim to tělesný stav umožňuje, tak mají snahu i o pohlavní styk. U těchto klientů vlivem absolutní sociální izolace dochází k vytvoření pouze homosexuálních vztahů.

Homosexuální chování uvádí (graf 13) jak u klientů ÚSP Osek (79,25%), tak i ÚSP Mačkov (82,14%) respondentů, jako stav vynucený sociální situací klienta. Hlavní příčinu tohoto chování vidí zaměstnanci v jejich sociální izolaci.

Při zjišťování pohlaví partnera se kterým klienti udržují platonický vztah se odpovědi respondentů odvíjely od možnosti setkávání se klientů s osobami opačného pohlaví a od stupně jejich mentálního postižení (graf 14,15,16).

Klienti s lehkým mentálním postižením mají nejčastěji platonický vztah s jedinci obou pohlaví. Výskyt jen heterosexuálního či jen homosexuálního platonického vztahu je z pohledu zaměstnanců nepatrný až zanedbatelný. S přibývajícím stupněm mentálního postižení přibývá homosexuálních platonických vztahů. Počet heterosexuálních či bisexuálních vztahů se úměrně snižuje. Je to zapříčiněno sociální izolací těchto klientů. Osoby se středně těžkým mentálním postižením mají jen velmi málo možností se setkat s podobně postiženými osobami opačného pohlaví. Vzhledem k absolutní sociální izolaci klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením, jsou v této oblasti zjištěny pouze homosexuální platonické vztahy. Výsledky z diplomové práce jsou shodné s tvrzením Kozákové, která uvádí, že v nekoedukovaných zařízeních automaticky plyne hledání osoby ve skupině stejného pohlaví. (29)

V obou ústavech sociální péče jsem vždy zaznamenala několik respondentů, kteří si nejsou jisti, zda klienti mají platonického partnera. Pravděpodobně to vyplývá z nemožnosti tuto situaci posoudit, která vychází z obtížné komunikace s klienty nebo z pochybností, zda jsou klienti schopni platonického vztahu vzhledem k hloubce svého mentálního postižení. Další možnou příčinou tohoto názoru by mohl být nezájem respondentů o citovou stránku života klientů. Procentuální zastoupení, kdy si respondenti nebyli jisti existencí platonického partnera, bylo nejvíce zaznamenáno u klientů se středně těžkým mentálním postižením.

Pohlaví partnera (partnerů), se kterými klienti udržují sexuální vztah (graf 17,18,19), je rovněž velmi ovlivněno možnostmi být s partnerem a stupněm jejich

mentálního postižení. Jelikož se klienti obou ústavů jen zřídka setkávají s jedinci opačného pohlaví, hledají si partnery kolem sebe, tedy partnery stejného pohlaví. Heterosexuální vztah lze z odpovědí respondentů zaznamenat jen u jedinců s lehkým mentálním postižením a v malém počtu i u klientů se středně těžkým mentálním postižením, kteří většinou pravidelně odjíždějí domu k rodině na víkendy či prázdniny. U klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením lze z grafu 19 vyčíst 100 % homosexuální pohlavní styk. U ostatních klientů respondenti zaznamenali pouze homosexuální vztah.

Pokud mezi klienty je určité citové pouto a klienti spolu chtějí být, bývá takovým klientům umožněno společné soužití na pokoji daného oddělení bez ohledu na stupeň mentálního postižení. S přibývajícím stupněm mentálního postižení se vytrácí schopnost emočního a citového vztahu a pohlavní styk představuje pouze biologické uspokojení potřeby. Venklářová popisuje, že u osob s těžkým mentálním postižením chybí chápání souvislosti vybití pudu s párovou sexualitou. (73)

Z výzkumu vyplynulo (graf 20), že klienti při pohlavním styku antikoncepci pravděpodobně nepoužívají. 77,36 % respondentů výzkumného souboru B uvedlo, že si nikdy nevšimli, že by klienti ÚSP Osek měli mezi osobními hygienickými potřebami kondomy a ani klienti se o této informaci nešířili. Jen 2 pracovníci mají informace o používání ochrany u těchto klientů.

Oproti tomu klientky ÚSP Mačkov antikoncepci používají. Jedná se o klientky s lehkým mentálním postižením, které pravidelně z ÚSP odjíždějí na víkendy domů. Z tabulky 21 jednoznačně vyplývá, že nejčastěji používanou antikoncepcí je per orální antikoncepce, nitroděložní tělísko a jednorázové injekce Depo-Provera. O používání těchto antikoncepčních přípravků jsou informováni vedoucí pracovníci, zdravotní sestry a několik vychovatelů. Výsledky šetření neodpovídají přesně optimálním požadavkům publikujících odborníků. Uzel preferuje u dívek dlouhodobě působící hormonální antikoncepci (Depo-Provera, podkožní tyčinky Implanom, náplast'ová antikoncepce Evra). O per orální antikoncepci píše jako o problematické z důvodů omylů v podobě vynechání tablety (67).

18% pracovníků z ÚSP Osek a 25 % zaměstnanců z ÚSP Mačkov, neví zda klienti používají antikoncepci, pravděpodobně nemají potřebu tuto skutečnost zjišťovat nebo se zde projevuje též nezájem pracovníků.

Jelikož klienti z obou ÚSP mají jen omezenou možnost se setkávat s jedinci opačného pohlaví, se kterými by udržovali partnerský vztah včetně pohlavního styku, nebo nemohou či nemají možnost mít stejného partnera, řeší proto svoji sexuální potřebu onanií. Většina respondentů masturbaci u klientů považuje za projev normální sexuality nebo za určitý ventil sexuálního napětí (jak vyplývá z grafu 22). Též Břichcín uvádí, že nejčastější sexuální aktivitou mentálně postižených osob je sebeuspokojování. Nespočívá však ve zvýšené pudovitosti, ale je stejně časté jako u běžné části populace (2). Na rozdíl od názorů šetření Málková uvádí, že příčinou masturbace je nedostatek jiné činnosti, je to určitá reakce na nudu (38)

Četnost masturbace u klientů je velmi individuální (vypovídá o tom graf 23,24,25). Je ovlivněna potřebou uvolnit sexuální napětí, možnosti soukromí klientů a stupněm mentálního postižení.

Klienti s lehkým mentálním postižením obou pohlaví dle respondentů nejčastěji masturbují 2x až 3x týdně. Tento názor však není zcela přesně doložitelný jelikož tito klienti většinou masturbují v soukromí svého pokoje, kam pracovníci ústavu sociální péče vstupují až po zaklepaní.

Klienti se středně těžkým mentálním postižením obou pohlaví dle názorů respondentů většinou masturbují 1x, 2x až 3x týdně. Zde jsou odpovědi pracovníků velmi vyrovnané. Většina těchto klientů masturbuje v soukromí, ale stává se, že tuto činnost provádějí i na veřejnosti, mezi ostatními klienty, v kolektivu, bez ohledu na to, kde jsou.

O četnosti sebeuspokojování klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením mají respondenti největší přehled vzhledem k permanentní zdravotní a výchovné péči. Klienti ÚSP Osek nejčastěji masturbují 2x až 3x týdně, několik respondentů se domnívá, že denně. Klientky ÚSP Mačkov se nejčastěji sebeuspokojují denně. Menší procento dotázaných zaměstnanců si myslí, že masturbují 2x až 3x týdně. Klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením masturbují kdykoliv – bez

ostychu a studu. Často dochází i k hromadné masturbaci, aniž by mezi klienty existovaly citové vztahy. Výsledek šetření potvrzuje Fišerová, která uvádí, že osoby s těžkým mentálním postižením masturbují několikrát denně, při každé příležitosti, často dochází k masturbaci dvojice, kde chybí citové prvky. (16)

V každém ústavu sociální péče je několik respondentů, kteří masturbaci klientů nevěnují pozornost.

Téměř většina respondentů se domnívá, že by osoby s lehkým mentálním postižením mohly žít v partnerském vztahu (jak vyplynulo z grafu 26). Samozřejmě, že to záleží na jejich biologickém, a především psychickém a emočním vyzrání. Nejvhodnější způsob, jak těmto lidem umožnit žít v partnerském vztahu a zároveň jim pomoci v běžných denních činnostech i náročných životních situacích (např. zvládnání emočních výkyvů, právní úkony, financování domácnosti a podobně), je zavedení asistenční služby. Sedlák se k této problematice vyjadřuje s pochybnostmi, domnívá se, že veřejnost a někteří rodiče i profesionálové si někdy kladou otázky, zda je vhodné, přínosné a hlavně reálné, partnerské soužití mezi lidmi s mentálním postižením a nebo soužití takového člověka mezi zdravými lidmi. Dále pak uvádí, za jakých podmínek je soužití možné. (52)

Informovanost klientů s lehkým mentálním postižením (graf 27) o sexuálním životě, o vzájemném chování partnerů, o citech k partnerovi, o pojmech homosexualita, heterosexuality a další je z pohledu zaměstnanců z 37,74 % v ÚSP Osek dostatečná. O nedostatečné informovanosti o výše uvedených tématech v tomto ústavu se domnívá 41,51 % dotázaných. U klientů ÚSP Mačkov je dle názorů 32,14% jejich zaměstnanců je rovněž neinformovanost o sexuálních tématech. Též Černay poukazuje na důležitost sexuální výchovy dětí již od malička. Osoby s mentálním postižením mají právo jak na lásku, platonický vztah, tak i na následnou sexualitu, pohlavní styk. (6) Jak uvádí Zvěřina osoby s mentálním postižením vyžadují specifickou sexuální výchovu, která se týká sexuálních praktik, osobní hygieny, zdůrazňování vhodného chování mezi partnery. (76, 77) Podle mého názoru neinformovanost klientů vyplývá z nedostatku odborných pracovníků, kteří by se věnovali sexuální výchově mentálně postižených s ohledem na stupeň jejich postižení.

V každém ústavu sociální péče je několik respondentů, kteří problematice sexuální výchovy a bezpečnému sexuálnímu životu nevěnují velkou pozornost, nemají tak přesné informace, aby mohli odpovědět.

U klientů a klientek obou ústavů sociální péče se často objevují problémy, které vycházejí z jejich neuspokojivého sexuálního života (graf 28). Výskyt problémů potvrdilo 81,13 % zaměstnanců z ÚSP Osek a 76,79 % respondentů z ÚSP Mačkov. Mezi nejčastěji objevující se patří žárlivost na partnera stejného nebo i opačného pohlaví, „přebírání“ partnerů, neshody mezi partnery. Partnerské rozchody klientů často řeší hysterickými výstupy, naschvály a někteří dokonce tyto vypjaté emoční situace řeší fyzickým napadáním partnera, soka nebo i kohokoliv jiného, včetně zaměstnanců. Rozchody opuštění klienti velmi prožívají, často se u nich objevují depresivní, úzkostné stavy a negativismus. Výsledky šetření se shodují s poruchami emocí, které popisuje Janotová, uvádí sebepoškozování, deprese, impulzivitu, stereotypní pohyby, uzavření se do vlastního světa. (25)

Jak jsem již uváděla, většina respondentů považuje uspokojení sexuální potřeby u klientů za významné a důležité. Klienti jsou v dobré psychické náladě, nejsou agresivní, impulsivní a lépe se s nimi pracuje. Případné vzniklé problémy a konflikty mezi klienty ve vztahu k sexuálním potřebám se polovina respondentů snaží vysvětlit nebo ukázat řešení problému. Druhá polovina respondentů vzniklý problém řeší pouze konzultací s jiným pracovníkem ústavu nebo tuto vzniklou situaci bohužel vůbec neřeší (graf 29, 30). Myslím si, že část zaměstnanců, netečných k problémům kolem nich, zná řešení a ví, jak by mohla klientům pomoci, ale považuje to za starost jiných odborně kvalifikovaných kolegů spoluzaměstnanců ústavu sociální péče. Překládá tuto starost na jiné, a sobě si ji nepřipouští. Řeší ji tudíž nejsnazší a nejjednodušší cestou - přehlížením.

Z výzkumné části diplomové práce vyplývá, že přiměřená sexuální výchova vzhledem ke stupni mentálního postižení je v současnosti nedostatečná nebo vůbec žádná ( graf 31). Jen několik respondentů ( 19 respondentů z celého výzkumného souboru) je přesvědčeno o její dostatečnosti.



V žádném ÚSP není proškolený erudovaný pracovník (jak vyplynulo z grafu 36), který by měl v náplni práce sexuální výchovu klientů. Ta by měla probíhat v souladu se zákonem a v takovém rozsahu, který by odpovídal jejich možnostem chápání klientů.

Jako neoptimálnější způsob sexuální výchovy (graf 32) se respondentům jeví teoretický výklad s využitím obrázkových knih, ve kterých by byla naznačena anatomie lidského těla, anatomie pohlavních orgánů, početí, těhotenství, polohy při pohlavním styku, hygiena a emoční rozvoj klientů - náklonnost k partnerovi.

Velký objem zkreslených či neúplných informací o sexualitě, sexuálním životě, sexuálním chování, získávají klienti prostřednictvím médií, hlavně televize. Nejvíce ovlivnitelnou skupinou jsou pak klienti s lehkým mentálním postižením. Získané informace jsou většinou jednostranné, zaměřené především na pohlavní styk. Prostřednictvím medií se naopak klientům nedostávají informace o prožití citů ve vztahu. Zavádějící informovanost z hromadných sdělovacích prostředků též popisuje Mellan. Vyzdvihuje zde oblasti erotiky, které média opomíjejí. (42)

Z šetření (graf 33, 34) vyplynulo, že většina respondentů nemá informace o tom, zda existuje vzdělávací program pro zaměstnance ústavů sociální péče, ve kterém by se řešila problematika a způsob sexuální výchovy. Jen malé procento o existenci těchto kurzů ví, či mají povědomí o tom, že takováto možnost proškolení existuje (graf 35). Z těchto odpovědí vyplývá, že ani v jednom ústavu sociální péče neexistuje kompletně proškolený pracovník, který by měl sexuální výchovu na starost. Na důležitost a specifickou sexuální výchovy poukazuje Zvěřina. Zmiňuje se o nezbytnosti programů sexuální výchovy (77). O opomíjenosti sexuální výchovy se též zmiňuje i Šedá (58). Bohužel zatím není vypracován žádný specifický program výuky sexuální výchovy pro osoby s mentálním postižením.

Převážná část respondentů je přesvědčena o tom, že by pro klienty byl nejvhodnější ústav sociální péče koedukovaného typu. Přispělo by to k získání informací o životě, který se podobá životu lidí žijících mimo ústavní bydlení. Snadněji by se klienti obou pohlaví naučili vzájemnému chování, pravděpodobně by i více

pečovali o svůj zevnějšek, o osobní hygienu. Neoptimálnějším věkem pro první umístění do takového ústavu se dle názorů zaměstnanců jeví věk od 3 let.

Již od raného věku si klienti začínají uvědomovat sociální citění a vlastní sexuální roli. Myslím si, že koedukované ústavy sociální péče, ve kterých by byly mentálně postižené děti od útlého věku, by optimálně rozvíjel jejich osobnost a velkou měrou pak přispěl k eliminaci sociální izolace. Nutnost rozvoje osobnosti od raného věku popisuje i Vágnerová. (69)

## 6. Závěr

Uspokojování bio.psycho-sociálních a duchovních potřeb je podstatou šťastného a spokojeného života člověka bez ohledu na vzdělání, rasu, víru, pohlaví a inteligenci.

Cílem mé diplomové práce bylo zhodnotit úroveň sexuální výchovy klientů ÚSP Osek a ÚSP Mačkov, sexuální potřeby klientů a vysvětlit jakým způsobem je sexuální potřeba řešena s ohledem na stupeň mentálního postižení. Dále jsem se zaměřila na možnost samostatného partnerského soužití klientů s lehkým mentálním postižením a na znalosti klientů o používání antikoncepce.

Veškeré informace byly získány prostřednictvím dotazníkové metody od respondentů v přímé péči o klienty z ÚSP Osek a ÚSP Mačkov. Cíl práce byl splněn a v souladu s ním byly stanoveny tři hypotézy.

Po vyhodnocení všech získaných dat byla potvrzena hypotéza 3. Pracovníci v přímé péči v obou ústavech sociální péče akceptují nutnost uspokojení sexuální potřeby klientů s různým stupněm mentálního postižení.

Taktéž byla potvrzena hypotéza 1. Výzkum potvrdil existenci rozdílů sexuálních potřeb a způsobu uspokojení sexuální potřeby u klientů s ohledem na jejich mentální úroveň. Rozdílné potřeby a způsoby řešení této problematiky jsou spojené se sociální izolací klientů, schopností verbální komunikace, psychickou a citovou vyzrálostí a kognitivními schopnostmi jedince. Sociální izolace je pak jednou z příčin vzniku homosexuálních vztahů.

Hypotéza číslo 2 potvrzena nebyla. Dle mého názoru klienti s lehkým mentálním postižením mají nedostačující informace o partnerském vztahu a o bezpečném pohlavním styku. Je to zapříčiněno nedostatečnou sexuální výchovou v obou ústavech sociální péče. S tímto, zatím neřešeným problémem, pravděpodobně souvisí vznik konfliktů a emočně vypjatých situací mezi klienty.

Další z příčin chybějící sexuální výchovy je i nedostatek kompetentního personálu, který by se této problematice věnoval, rozvíjel u klientů harmonický vztah k partnerovi, který by byl bohatý zejména v psychickém a citovém prožití. Většinu informací klienti získávají prostřednictvím médií, které do sexuálních vztahů partnerů

vnášejí málo citových prožitků. Zatím není dořešena otázka, v jakém rozsahu by měla probíhat sexuální výchova včetně praktické výuky, aby vše probíhalo v souladu s právními normami a paradoxně tak nedocházelo k sexuálnímu zneužívání klientů.

Pozitivním zjištěním bylo, že zaměstnanci akceptují všechny formy sexuálního uspokojení, včetně homosexuálních vztahů. Vzniklé konflikty mezi partnery se snaží klientům vysvětlit, a tím zmírňují nežádoucí emotivní chování klientů.

Domnívám se, že výsledky výzkumu mohou být podnětem k nutnosti zavést optimální sexuální výchovu u klientů ústavů sociální péče, a tím rozvíjet harmonický vývoj každého klienta. Všechny výše uvedené informace by mely být přínosné pro rozvoj sexuální výchovy u osob s mentálním postižením.

## 7. Seznam literatury :

1. BASTON, R. Sexual health of women with disabilities. *Canadian Medical Association*, 1998. 159, 4 s.359-362
2. BRICHČÍN, S. Jak přistupovat k erotickým vztahům dospívajících s postižením. *Děti a my*, 1999. 29,4, s. 38-39
3. BRTNÍKOVÁ, M. et al.. *Sex ? AIDS !* 1. vyd. Praha : Horizont, Nakladatelství socialistické akademie ČSSR, 1989. 156 s. ISBN 80-7012021-5
4. BRZEK, A., PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. *Třetí pohlaví*. 1.vyd. Praha: Scienta Medica, 1992. 121 s. ISBN 80-8552-03-4
5. ČECHOVÁ, V., MALLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha : Infomatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8
6. ČERNAY, J. O sexe mentálne retardovaných ak ano – potom čo ? *Slovenský lékař*, 1999. 9/23, 4/5, s. 189 – 191, ISSN 1335-0234
7. DELANEYOVÁ, S., COTTERILL, C. *Psychosociálna rehabilitacia dětí vystavených sexualnemu vykořisťováníu*. 1.vyd. Praha: Gemi, 2002. 221 s.
8. DI GIULIO, G. Sexuality and people Libiny with psysical or developmenntal disabilities : a review of key issues. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2003. 12, 1, s. 53-68
9. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha : Klementinum, 2000. 374 s. ISBN 80–346-0139-7
10. DUNOVSKÝ, J., et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5
11. DUNOVSKÝ, J., et al. *Sociální pediatrie*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9
12. DUNOVSKÝ, J.E., et al. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dítěte u nás a ve světě*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 252 s. ISBN 80-247-1201-6
13. DYLEVSKÝ, J. *Somatologie: Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 2.vyd. Olomouc : Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5

14. ELLINGHOVENOVÁ, R. *Příliš mladí na sex ? Aneb jak se stát dobrými milenci*. 1.vyd. Praha : Euromedia Group – Ikar, 2001. 141 s. ISBN 80-7202-804-9
15. FENWICKOVÁ, E., WALKER, R. *Sexuální výchova : Průvodce citovým a tělesným dozríváním*. 1. vyd. Praha: Cesty, 1996. 92 s. ISBN 80-7181-022-3
16. FIŠEROVÁ, J. Sexuální problematika osob s mentální retardací. *In: 7.celostátní kongres k sexuální výchově v ČR*. 1999, s. 15-18.
17. FLECHTNEROVÁ, J. Deklarace o právech mentálně postižených osob.[on-line] [2006-11-15] Dostupné z <www.orfeus-cr.cz>
18. FRANČEROVÁ,E. *Deník mého syna: Nebyl jsem vyřazen ze života*. 1.vyd. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání , 2002. 108 s. ISBN 80-211-0418-x
19. GURÁŠOVÁ, H. *Výchovná problematika v dětských zařízeních*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 259 s. ISBN 57-853-96
20. HARRISOVÁ, R.H. *Pojďme si povídat o sexu*. 1.vyd. Bratislava : INA, 1995. ISBN 80-85680-23-8
21. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus : přehled současných poznatků*.1.vyd. Praha : Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9
22. CHVÁTALOVÁ,M. *Jak se žije dětem s postižením*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1
23. JANIŠ, K. TRUHLÁŘOVÁ,Z. Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci. *In Sborník celostátní konference organizované o.s. Orfeus*. Praha :Centrum denních služeb, 2004. s. 20-21. ISBN 80-903519-0-5
24. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 146 s. ISBN 80-7254-192-7
25. JANOTOVÁ, D. Psychiatrické aspekty v péči o mentálně retardované adolescenty. *Časopis lékařů českých*. 2001. 140, 7, s. 222, ISSN 0008-7335
26. JELÍNEK,J., et al. *Trestní zákon a trestní řád*. 23. vyd. Praha : Linde, 2005. 1015 s. ISBN 80-7201-560-5
27. KLUSÁKOVÁ, P. *Nepřirozené podmínky – nepřirozené projevy* [online] 11.10.2004 [2006-10-30] Dostupné z <www.infoposel.cz>

28. KOMÁREK, V., et al. *Epileptické záchvaty a syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 173 s. ISBN 80-85824-56-6
29. KOZÁKOVÁ, Z. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách Zařízení sociální péče. In: *Sborník celostátní konference organizované o.s. Orfeus*. Praha : Centrum denních služeb, 2004. s. 28-36
30. KOZIEROVÁ, B., EROVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Martin: 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
31. KOZLOVÁ, L. Výzkum v sociální oblasti [online] [2007-2-19]  
Dostupné z <[www.eamos.cz](http://www.eamos.cz)>
32. KRACÍK, J. *Sexuální výchova postižené mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1992. 115 s. ISBN 80-7066-626-9
33. KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8
34. KVAPIL, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 200 s. ISBN 80-201-0019-9
35. LANGER, S. *Mentální retardace*. 2. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1995. 250 s. ISBN 80-900254-6-3
36. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-x
37. MACKŮ, F. *Gynekologie pro 3. ročník SZŠ*. 1. vyd. Praha : Scientia Media, 1995. 88 s. ISBN 80-85526-41-7
38. MÁLKOVÁ, J. Mentální retardace. *Trendy v medicíně*. 2001. 3, 1, s. 35-38, ISSN 1212-9046
39. MAŠÁT, V. POTHE, P., LENORÁKOVÁ, S. *Prevence sexuálního zneužívání mentálně postižených dětí a mládeže*, 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. 86 s. ISBN 80-7040-460-4
40. MATĚJÍČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 108 s. ISBN 80-7178-006-5
41. MATOUŠEK, O. *Dospívání chlapců v Čechách a na Moravě*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-121-5
42. MELLAN, J. Biologická hlediska mentálně postižených osob. In : *Sborník*

- celostátní konference organizované o.s. Orfeus. Praha : Centrum denních služeb, 2004. s. 10-19. ISBN 80-903519-0-5*
43. MITLOHNER, M. *Erotika a paragrafy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 131 s. ISBN 80-7169-691-9
44. MARPHY, G. Capacity to consent to sexual relationships in adults with learning disabilities. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2003. 29, 3, s. 148-149
45. MYDLICH, V. *Příčiny mozkových postižení dětí*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 314 s. ISBN 80-85605-82-1
46. ONDRUŠKOVÁ, L. Etické aspekty partnerské sexuality lidí s mentálním postižením. *In : 6. celostátní kongres k sexuální výchově v ČR*. 1998. s. 34-38
47. PASEKA, J. *Antikoncepce, amyly a pokus o jejich nápravu*. 1. vyd. Praha : Národní Centrum podpory zdraví, 1995. 7 s
48. POTHE, P., VELEMÍNSKÝ, M. *Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením: Informační příručka*. 1. vyd. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta České Budějovice, 1999. ISBN 80-7040-375-6
49. PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s MP [online] [2006-10-30]*  
Dostupné z <[www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)>
50. PŠENIČKA, O. *Sexuální výchova v rodině*. 2. vyd. Pardubice : ATD, Hnutí rodina, 1995. 310 s. ISBN 80-85573-36-9
51. RIDLEY, M. *Červená královna*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 1999. 322 s. ISBN 80-204-0825-8
52. SEDLÁK, J. Psychologické aspekty sexuálního zneužívání. *In: Sborník celostátní konference organizované o.s. Orfeus. Praha : Centrum denních služeb, 2004. s. 7-9*  
ISBN 80-903519-0-5
53. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7178-973-9
54. SCHWABENTHANOVÁ, S., WEIGERTOVÁ, V. *Dívky*. 1. vyd. Praha : Motto, 1994. ISBN 80-85872-08-0
55. SIELERT, U., et al. *Sexuální výchova: Kniha netradičních metod výuky*. 1. vyd. Praha : Trizonia, 1994. 279 s. ISBN 80-85573-36-9



56. SPIECKER, B., STEAUTEL, J. Sexbetween people with „mental retardation“ : an ethical evaluation. *J-Moral-Educ*, 2002. 31, 2, s. 153-169
57. STRUSKOVÁ, O. *Děti z planety D.S.*. 1.vyd. Praha : Mladá fronta, 1999. 165 s. ISBN 80-86103-31-5
58. ŠEDÁ, V. Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených. *In: Sborník celostátní konference organizované o.s. Orfeus*. Praha :Centrum denních služeb, 2004. s. 71-74
59. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova. Jak a proč mluvit os dětmi o sexualitě*. 1.vyd. Praha: Grada Publisching, 2003. 103 s. ISBN 80-7169-691-9
60. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4
61. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. *In : Sborník celostátní konference organizované o.s. Orfeus*. Praha :Centrum denních služeb, 2004. s. 22-27 ISBN 80-903519-0-5
62. ŠUSTROVÁ, M. *Mentálne postihnuti*. 1.vyd. Trnava : Trnavská univerzita, 1999. ISBN 80-88908-30-2
63. ŠVARCOVÁ, J. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7
64. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-821-x
65. TROJAN, O. *O čápech, vránách a dětech*. 1.vyd. Praha : Granada publisching, 1999. 152 s. ISBN 80-7169-821-0
66. UZEL, R. Antikoncepce u zdravotně handicapovaných žen. *Med.Rev.*, 1996.3/I, s. 19
67. UZEL, R. Antikoncepce u mentálně postižených osob. *In : Sborník celostátní konference organizované o.s. Orfeus*. Praha:Centrum denních služeb, 2004. s.17-19 ISBN 80-903519-0-5
68. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie připomáhající profese*. 3.vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
69. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie I*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova,

Karolinum, 1996. 353 s. ISBN 80-7184-317-2

70. VALENTA, M. MULLER, O. *Psychopedie* 1.vyd. Praha : Parta , 2004. 443 s  
ISBN 80-7320-039-2
71. VANČURA, J. Komunitní život lidí s mentálním postižením. *Psychologie dnes.* ,  
2003. 9, 6, s. 24 – 25
72. VAN DYKE, D., et.al. Issues of Sexuality in Down Syndrom. *Down Syndrome  
Research and Practice*. 1995. 3, 2
73. VENKLÁŘOVÁ, M. Sexualita lidí s mentálním postižením [online] 19.8.2005  
[2006-10-30] Dostupné z <[www.florence.cz](http://www.florence.cz)>
74. VYKYDALOVÁ, H. Sexuální identita osob s mentálním postižením [ online]  
[2006-10-30] dostupné z <[www.planovanirodiny](http://www.planovanirodiny.cz)>
75. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR 'situace a trendy*. 1.vyd. Praha:  
Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-x
76. ZVĚŘINA, J. Sexuální život jedinců s mentální retardací. *Plánování rodiny a  
reprodukční zdraví*. 1999. 2, 4, s. 90 – 94, ISSN 1212 – 1266
77. ZVĚŘINA, J. Sexuální život jedinců s mentální retardací. *In : 7.celostátní kongres  
k sexuální výchově v ČR*. 1999. str. 78-84

## **8. Klíčová slova**

Sexualita

Sexuální výchova

Osoby s lehkým mentálním postižením

Osoby se středně těžkým mentálním postižením

Osoby s těžkým mentálním postižením

Osoby s hlubokým mentálním postižením

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – dotazník

Příloha 2 – Společenské akce ÚSP Mačkov

Příloha 3 – Společenské akce ÚSP Osek

Příloha 4 – Taneční soubor Paprsek a Sluníčko

## Příloha 1 - dotazník

Vážení zaměstnanci Ústavu sociální péče, dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění dotazníku. Veškeré údaje, které uvedete budou použity pouze pro účely diplomové práce s názvem „Problematika sexuálních vztahů klientů ÚSP z pohledu zaměstnanců. Tento dotazník je zcela anonymní. Výsledky šetření budou použity k analýze sexuality mentálně postižených a jejich možnosti uspokojování sexuálních potřeb.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji

Olga Koutenská

- 1) Váš věk je**
  - a) 20 až 29 let
  - b) 30 až 39 let
  - c) 40 až 49 let
  - d) 50 až 63 let
  
- 2) Vaše pracovní zařazení v ÚSP Osek, Mačkov**
  - a) zdravotní sestra
  - b) vychovatel (ka)
  - c) pracovník sociální péče
  - d) manažer (vrchní sestra, vedoucí vychovatel)
  
- 3) Klientelu vašeho zařízení tvoří**
  - a) muži
  - b) ženy
  - c) obě pohlaví
  
- 4) Věková hranice klientů ÚSP**
  - a) 3 roky až 12 let
  - b) 3 roky až do konce života klienta
  - c) 12 let až do konce života klienta
  - d) jiná (prosím uveďte jaké)

- 5) Uspokojení sexuálních potřeb lidí s mentálním postižením považují za**
- a) důležité
  - b) nedůležité
  - c) nevím
- 6) O uspokojování sexuálních potřeb klientů se v ÚSP**
- a) diskutuje
  - b) nediskutuje
  - c) nevím
- 7) Klienti s lehkým mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život**
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
- 8) Klienti se středně těžkým mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život**
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
- 9) Klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením mají právo na uspokojování svých sexuálních potřeb**
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
- 10) Uspokojení sexuální potřeby u klientů s lehkým mentálním postižením se projevuje**
- a) pouze platonický vztah
  - b) pouze pohlavním stykem
  - c) platonický vztah a pohlavní styk
  - d) pouze sebeuspokojení
  - e) formou platonického vztahu a sebeuspokojením
  - f) pohlavním stykem a sebeuspokojením
  - g) platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení
  - h) nevím

**11) Uspokojení sexuální potřeby u klientů se středně těžkým mentálním postižením se projevuje**

- a) pouze platonický vztah
- b) pouze pohlavním stykem
- c) platonický vztah a pohlavní styk
- d) pouze sebeuspokojení
- e) formou platonického vztahu a sebeuspokojením
- f) pohlavním stykem a sebeuspokojením
- g) platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení
- h) nevím

**12) Uspokojení sexuální potřeby u klientů s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením se projevuje**

- a) pouze platonický vztah
- b) pouze pohlavním stykem
- c) platonický vztah a pohlavní styk
- d) pouze sebeuspokojení
- e) formou platonického vztahu a sebeuspokojením
- f) pohlavním stykem a sebeuspokojením
- g) platonický vztah, pohlavní styk a sebeuspokojení
- h) nevím

**13) Homosexualita je**

- a) odchylka, která neškodí
- b) zlovyk, který je třeba trestat
- c) stav vynucený sociální situací klienta

**14) Pokud mají klienti s lehkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují pouze platonický(é) vztah(y), je parter(ři)**

- a) mužského pohlaví
- b) ženského pohlaví
- c) mužského i ženského pohlaví
- d) nevím

**15) Pokud mají klienti se středně těžkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují platonický(é) vztah(y), je parter(ři)**

- a) mužského pohlaví
- b) ženského pohlaví
- c) mužského i ženského pohlaví
- d) nevím

**16) Pokud mají klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením partnera(y), se kterým udržují platonický(é) vztah(y), je partner(ři)**

- a) mužského pohlaví
- b) ženského pohlaví
- c) mužského i ženského pohlaví
- d) nevím

**17) Pokud mají vaši klienti s lehkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují sexuální vztah, je partner(ři)**

- a) mužského pohlaví
- b) ženského pohlaví
- c) mužského i ženského pohlaví
- d) nevím

**18) Pokud mají vaši klienti se středně těžkým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují sexuální vztah, je partner(ři)**

- a) mužského pohlaví
- b) ženského pohlaví
- c) mužského i ženského pohlaví
- d) nevím

**19) Pokud mají vaši klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením partnera(y), se kterým(i) udržují sexuální vztah, je partner(ři)**

- a) mužského pohlaví
- b) ženského pohlaví
- c) mužského i ženského pohlaví
- d) nevím

**20) Používají vaši klienti při pohlavním styku – antikoncepci, ochranu**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**21) Jakou používají vaši klienti ochranu (možno zvolit více možností)**

- a) per. orální antikoncepci
- b) nitroděložní tělísko
- c) podkožní inplantáty
- d) depo Proverb
- e) náplast'ová antikoncepce Eva
- f) kondom
- h) nevím



**22) Masturbace klientů je**

- a) škodlivá
- b) zbytečně stimuluje jejich sexualitu
- c) je to zlovyk
- d) je pro klienty prospěšná
- e) je to jeden z projevů normální sexuality
- f) je určitým ventilem sexuálního napětí

**23) Klienti s lehkým mentálním postižením našeho ústavu uspokojují svou sexuální potřebu masturbací**

- a) velmi často (denně)
- b) občas (2x až 3x týdně)
- c) zřídka (1x týdně a méně)
- d) nevím

**24) Klienti se středně těžkým mentálním postižením našeho ústavu uspokojují svou sexuální potřebu masturbací**

- a) velmi často (denně)
- b) občas (2x až 3x týdně)
- c) zřídka (1x týdně a méně)
- d) nevím

**25) Klienti s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením našeho ústavu uspokojují svou sexuální potřebu masturbací**

- a) velmi často (denně)
- b) občas (2x až 3x týdně)
- c) zřídka (1x týdně a méně)
- d) nevím

**26) Mohou klienti s lehkým mentálním postižením žít v partnerském vztahu**

- a) ano
- b) ano, ale s asistenční službou
- c) ne
- d) nevím

**27) Mají klienti s lehkým mentálním postižením dostatek informací v souvislosti se svým sexuálním životem**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**28) Setkáváte se u klientů s nějakým problémem týkajícím se sexuality**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**29) Pokud ano, vyberte problémy týkající se sexuality (možnost zvolit více možností)**

- a) Žárlivost na partnera
- b) Hysterické výstupy
- c) Naschvály mezi partnery
- d) Fyzická inzultace
- e) Negativismus
- f) Depresivní a úzkostné stavy

**30) Jak jste případný problém řešili**

- a) vysvětlením klientovi
- b) konzultací s jiným pracovníkem
- c) problém jsem neřešil(a)

**31) Sexuální výchova u lidí s mentálním postižením ve vašem zařízení je**

- a) na velmi dobré úrovni
- b) dostatečná
- c) nedostatečná
- d) žádná
- e) nevím

**32) Sexuální výchova u klientů ÚSP by měla probíhat jako**

- a) spíše teoretický výklad s pomocí obrázkové knížky
- b) praktické ukázky s využitím videa
- c) není zapotřebí žádné sexuální výchovy
- d) teoretický výklad s pomocí obrázkové knížky a praktické ukázky s využitím videa

**33) Je ovlivněno sexuální chování klientů reklamou, rozhlasem, televizí ....**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**34) Pokud ano, jsou nejvíce ovlivněni klienti**

- a) s lehkým mentálním postižením
- b) se středně těžkým mentálním postižením
- c) s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením

**35) Existuje vzdělávací kurz pro pracovníky ÚSP, kde by se problematika sexuality řešila**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**36) Je ve vašem ÚSP vyčleněn proškolený kompetentní pracovník, který problematiku sexuálních potřeb řeší**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**37) Využívají klienti tohoto pracovníka k řešení svých sexuálních potřeb**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**38) Bylo by vhodné, aby byly ÚSP spíše**

- a) koedukovaného typu (= s klienty obou pohlaví)
- b) nekoedukovaného typu (= s klienty jednoho pohlaví)
- c) nevím

**39) ÚSP koedukovaného typu by měly být pro klienty**

- a) od dětství ( od 3 let)
- b) od puberty (od 12 let)
- c) od adolescence (od 15 let)

Příloha 2 – společenské akce ÚSP Mačkov



Zdroj : kronika ÚSP Mačkov

Příloha 2 – společenské akce ÚSP Mačkov (pokračování)



Zdroj : kronika ÚSP Mačkov

Příloha 2 – společenské akce ÚSP Mačkov (pokračování)



Zdroj : kronika ÚSP Mačkov

Příloha 3 – společenské akce ÚSP Osek



Zdroj : kronika ÚSP Osek

Příloha 4 – Taneční soubor Paprsek a Sluníčko



---

Zdroj : kronika ÚSP Osek