

**UNIVERZITA KARLOVA  
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sexualita a rodičovství u lidí s mentálním postižením  
Sexuality and Parenthood in People with Mental Disabilities**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Mlejnková, Ph.D.

Autor : Bc. Veronika Dibelková

Praha 2024

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování Prof. PhDr. Krahulcové, CSc. a Mgr. Mlejnkové, Ph.D. za vedení této práce. Dále bych ráda poděkovala všem pracovníkům, kteří mi vyplnili dotazník k mé empirické části diplomové práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a manželovi za podporu v průběhu mého studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Sexualita a rodičovství u lidí s mentálním postižením“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13.12.2024

Bc. Veronika Dibelková

## **Anotace**

Tato diplomová práce se zaměřuje na téma sexuality a rodičovství lidí s mentálním postižením, s důrazem na pohled pracovníků v přímé péči. Cílem práce je zjistit, jak pracovníci v oblasti sociálních služeb, kteří přicházejí do přímého kontaktu s osobami s mentálním postižením, vnímají a reagují na otázky týkající se sexuality, partnerských vztahů a rodičovství u těchto osob. Práce se zaměřuje na jejich názory, zkušenosti a výzvy, se kterými se setkávají při poskytování péče v této oblasti.

V empirické části práce jsou na základě kvalitativního dotazníku analyzovány názory a zkušenosti pracovníků v přímé péči, kteří se každodenně setkávají s osobami s mentálním postižením. Výzkum se zaměřuje na otázky, jakým způsobem pracovníci poskytují podporu v oblasti sexuality a rodičovství, jaké bariéry a výzvy vnímají v rámci své profesní praxe, a jaký typ školení nebo podpory by považovali za užitečný pro zlepšení péče o tuto skupinu osob.

## **Klíčová slova**

Mentální postižení, sexualita, rodičovství

## **Annotation**

This diploma thesis focuses on the topic of sexuality and parenting of people with mental disabilities, with an emphasis on the perspective of workers in direct care. The aim of the thesis is to find out how workers in the field of social services who come into direct contact with persons with mental disabilities perceive and react to questions regarding sexuality, partner relationships and parenting for these persons. The work focuses on their views, experiences and challenges they encounter when providing care in this area.

In the practical part of the work, on the basis of a qualitative questionnaire, the opinions and experiences of workers in direct care who meet people with mental disabilities on a daily basis are analyzed. The research focuses on the questions of how workers provide support in the field of sexuality and parenting, what barriers and challenges they perceive in their professional practice, and what type of training or support they would consider useful to improve care for this group of people.

## **Key words**

Mental disability, sexuality, parenthood

## **Seznam zkratek**

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

o.p.s. – obecně prospěšná společnost

o.s. – občanský spolek

OSN – Organizace spojených národů

p.o. příspěvková organizace

ÚSP – Ústav sociální práce

WHO - Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

z.s. – zapsaný spolek

## Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část .....	10
1 Mentální postižení.....	10
1.1. Definice .....	10
1.2. Vývoj testování inteligence.....	11
1.3. Etiologie mentálního postižení .....	12
1.4. Klasifikace mentálního postižení.....	13
1.5. Charakteristika osob s mentálním postižením podle jednotlivých stupňů .....	14
1.6. Odlišnost vývoje osob s mentálním postižením.....	15
2. Sexualita.....	19
2. 1. Vymezení pojmu.....	19
2.2. Sexualita osob s mentálním postižením.....	20
2.3 Antikoncepce u osob s mentálním postižením .....	22
2.4. Souhlas se sexuální aktivitou u osob s mentálním postižením.....	23
2.5. Protokol o sexualitě .....	24
2.6. Rizika a chyby pracovníků v přístupu k sexualitě uživatelů .....	26
2.7. Masturbace u lidí s mentálním postižením .....	26
3. Rodičovství .....	28
3.1. Lidé s mentálním postižením v roli rodičů .....	29
4. Právní úprava postavení osob s mentálním postižením .....	32
5. Specializované organizace .....	35
6. Osvěta .....	37
6.1. Osvěta pro osoby s mentálním postižením .....	37
6.2. Osvěta pro pracovníky .....	38
6.3. Sexuální důvěrník .....	39
Empirická část.....	41
7. Metodologie .....	41
7.1. Kvalitativní výzkum .....	41
7.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	42
7.3. Etika výzkumu .....	43

7.4. Limity a omezení výzkumu.....	43
7.5. Tematická analýza.....	44
7.6. Výzkumné otázky .....	44
Diskuze .....	61
Závěr .....	64
Seznam použité literatury.....	65
Přílohy.....	68
Abstrakt.....	70
Abstract .....	71



## Úvod

Téma sexuality a rodičovství u lidí s mentálním postižením je oblastí, která v posledních letech získává na významu, přesto však stále čelí mnoha předsudkům a nepochopení. Tato diplomová práce se zaměřuje na zkoumání přístupů k sexualitě a rodičovství u osob s mentálním postižením, a to nejen z teoretického, ale i praktického hlediska. V teoretické části práce se budou probírat základní pojmy a teorie týkající se mentálního postižení a jeho vlivu na rozvoj jednotlivců, stejně jako specifika vnímání a prožívání sexuality u této skupiny lidí. Dále se pozornost soustředí na otázky týkající se antikoncepce, souhlasu se sexuální aktivitou, rizik a chyb pracovníků při přístupu k sexualitě uživatelů, stejně jako na téma masturbace u osob s mentálním postižením.

V oblasti rodičovství se práce zaměří na to, jak lidé s mentálním postižením zvládnou roli rodičů, jaké výzvy a specifické potřeby tento aspekt života přináší a jaké právní a sociální rámce tuto problematiku ovlivňují. Dalšími klíčovými tématy jsou osvěta a vzdělávání pracovníků, kteří s těmito osobami pracují, a to jak v oblasti sexuální výchovy, tak i podpory jejich rodičovských práv a zodpovědnosti.

Empirická část práce se zaměřuje na kvalitativní výzkum, který má za cíl zjistit, jaké postoje a názory mají pracovníci na problematiku sexuality a rodičovství u lidí s mentálním postižením. Cílem je zjistit, jakým způsobem vnímají potřeby a práva těchto osob v oblasti sexuality a partnerských vztahů, zda mají dostatečné vzdělání a připravenost k tomu, aby jim poskytovali adekvátní podporu a pomoc. Tento výzkum přispěje k lepšímu pochopení výzev, jimž čelí pracovníci v této oblasti, a nabídne doporučení pro zlepšení jejich podpory a vzdělávání.

## **Teoretická část**

### **1 Mentální postižení**

#### **1.1. Definice**

S pojmy „inteligence“, „intelekt“, „inteligentní“ často operujeme v běžném slovníku a obsah tohoto pojmu se nám zdá obvykle zřejmý a srozumitelný. V běžném slovníku bývá tento pojem blízký termínům jako „bystrý“, „rychle chápající“, „chytrý“ a „znalý určité věci“. Vědecké vymezení pojmu „inteligence“ a jeho definice je však velmi složitou záležitostí, neboť při snaze o jeho hlubší rozbor nacházíme řadu náročných otázek. (Lečbych, 2018) Samotná mentální retardace má v odborné literatuře velké množství definic, které je možné uspořádat podle vyjádřeného nebo zdůrazněného faktoru, případně hlediska, které je podle autora nejdůležitější, nejzákladnější. (Franiok, 2007) Termín mentální retardace se v širším měřítku začal používat po konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně v roce 1959 a postupně nahradil řadu relevantních pojmů. Světová zdravotnická organizace WHO v souladu s poznatky reviduje klasifikaci nemocí. Od roku 1992, v České republice od roku 1993, platí desátá revize této klasifikace MKN-10. Podle této klasifikace je „mentální retardace stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout v kombinaci s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou nebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“ (WHO).

M. Valent a O. Muller mentální retardaci definují jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“ (Valenta, 2007).

Podle J. Slowika není postihnuta jen oblast mentálních schopností, ale má jistý prokazatelný dopad na celou lidskou osobnost ve všech jejích směrech. (Slowík, 2010).

„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost se učit a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.“ (Pipeková, 1998).

Terminologický výkladový slovník speciální pedagogiky vymezuje mentální postižení jako zastřešující pojem využívaný v pedagogické dokumentaci, který orientačně zahrnuje prakticky všechny jedince s IQ pod 85. (Pipeková, 1998).

## 1.2. Vývoj testování inteligence

Mezi nejvýznamnější osobnosti rané historie psychologie patří Francis Galton, který ve své knize *Dědičná genialita* kritizoval názor, že děti se rodí víceméně stejné a rozdíl vytváří píle a úsilí. Naopak zastával názor, že na inteligenci se podílí genetické faktory a zděděné schopnosti. Předpokládal, že některé fyziologické a sensorické schopnosti lze považovat za měřítka inteligence.

Předpoklad pro hodnocení inteligence skrze posuzování smyslové ostrosti uznával i americký psycholog James McKeen Cattell. Na základě několika duševních testů, které zkoušel na univerzitních studentech, ovšem nebyl prokázán významný korelační vztah mezi úspěchy studentů a jeho testy.

Další významné osobnosti v rozvoji měření inteligenci, kteří byli francouzským ministerstvem pro vzdělání pověřeni, byli Alfred Binet a Theodor Simon. Binet a Simon považují za hlavní faktor v měření inteligence úsudek, praktický rozum a schopnost jej využít v přizpůsobení světu. Jejich přístup reflektoval vývojové možnosti dětí a z kritéria inteligenční kompetence se stal věk. Začali také jako první používat pojem *mentální věk* – pojem vyjadřující úroveň inteligence pro osobu určitého věku. (Lečbych, 2018) Změnil se tak radikálně přístup v posuzování inteligence od absolutního měření mentálního výkonu směrem k normativnímu měření porovnáváním výkonů jedince s jeho věkovou skupinou.

V roce 1912 navrhl William Stern tzv. *intelligenční koeficient IQ*. Jedná se o podíl mentálního věku ku věku chronologickému násobeno koeficientem 100. Podle Sterna je koeficient IQ inaktivní pro starší populaci, protože mentální rozvoj se kolem šestnácti let zpomaluje a v dospělosti již ztrácí svůj význam. Místo toho se používá tzv. *deviační IQ skóre*, který je založený na odchylce od středního skóre normální distribuce výsledků.

V současné době se používá pátá revize S-B škály z roku 2003, která měla sloužit pro potřeby armádního výběru. U nás se používá čtvrtá revize Termana a Merrillové. Moderním testem pro skupinové využití je Amthauerův test struktury inteligence I-S-T, který byl revidován v roce 2005. Dále je používán inteligenční test pro dospělé WAIS a WISC pro děti, WPPSI pro předškoláky. Wechslerovy škály se staly jedním z nejrozšířenějších inteligenčních testů pro individuální testování. Dále bych zmínila Ravenovy, Kaufmanovy a Meiliho testy.

Vágnerová uvádí tři hlavní znaky mentálního postižení (Vágnerová, 2004)

- Mentální postižení je vrozené postižení, které vzniká často v prenatálním období, nebo v časném věku dítěte a má za následek to, že se dítě od počátku svého života nevyvíjí standartním způsobem.
- Mentální postižení je nezvratné, přesto je možné díky kvalitní stimulaci dosáhnout určitého byt' nepatrného zlepšení.
- Vzhledem k omezenému rozvoji myšlení, řeči či neschopnosti učení je pro tyto osoby velmi těžké přizpůsobit se běžnému životu.

### **1.3. Etiologie mentálního postižení**

Příčiny vzniku mentálního postižení bývají rozdělovány různě. Může jít o faktory endogenní a exogenní. Odborná literatura často zmiňuje pojmy postižení vrozené a postižení získané. Dle časového hlediska rozlišujeme faktory prenatální, perinatální a postnatální. Obecně platí, že stejně jako nenajdeme dva jedince se stejnou symptomatologií, nenajdeme dva jedince se stejným počátkem intelektové subnormality. Proto je vytváření adekvátní etiologické kategorie velmi obtížné.

Exogenní (vnější) příčiny jsou faktory prenatální, působící před porodem jedince, faktory perinatální, které působí během porodu a krátce po něm a faktory postnatální působící v průběhu života jedince. Prenatální období je významné pro působení dědičných, tzv. hereditárních faktorů. Vliv mohou mít také specifické genetické poruchy, například porucha vzniklá na základě trizomie 21. chromozomu, známá jako Downův syndrom. Endogenní (vnitřní) příčiny se dělí na dávné, způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách a na čerstvé působení pozdější spontánní mutací. Vnitřní faktory vzniklé vlivem prostředí se mohou objevit jak v raném těhotenství (poškození plodu vajíčka), tak v pozdním těhotenství (špatná výživa, inkompabilita Rh faktoru).

Švarcová – Slabinová popisuje příčiny vzniku mentální retardace takto:

Následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce (toxoplazmóza, zarděnky, pásový opar)
- postnatální infekce (zánět mozku)
- intoxikace (otrava olovem, toxemie matky)

Následky úrazu nebo fyzikálních jevů

- mechanické poškození mozku při porodu
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie

Poruchy výměn látek, růstu, výživy

Makroskopické léze mozku

Onemocnění a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy

Anomálie chromozomů

Nezralost

Vážné duševní poruchy

Psychosociální deprivace

Jiné a nespecifické etiologie (Švarcová-Slabinová,2011)

#### **1.4. Klasifikace mentálního postižení**

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 je stupeň mentální retardace určen na základě schopnosti adaptability a posouzení inteligence. Mentální retardace se dělí dle MKN – 10 (F 70- F79) takto: (WHO,2018)

- F70 Lehká mentální retardace – IQ 50 až 69, dříve debilita
- F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 35 až 49, dříve imbecilita
- F72 Těžká mentální retardace – IQ 20 až 34, dříve idioimbecilita
- F73 Hluboká mentální retardace – do IQ 19, dříve vegetativní idiocie
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Kromě stupně mentálního postižení podle MKN – 10 je v kódu rozlišeno postižené chování u jedinců s mentální retardací. Přidání další číslice za tečku vyjadřuje stupeň postižení (afekty vzteku, sebepoškozování):

- 0 – žádné či minimální postižené chování (např. F1.0 – středně těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typického klienta s Downovým syndromem).
- 1– výrazně postižené chování vyžadující intervenci

8 – jiná postižená chování

9 – bez zmínky o postižení chování

Starší psychopedická terminologie rozlišuje chování klienta na mentální retardaci eretického typu (hyperaktivní, verzatilní, neklidný) a torpidního typu (hypoaktivní, apatický, netečný).

## **1.5. Charakteristika osob s mentálním postižením podle jednotlivých stupňů**

### **Lehká mentální retardace F70**

Tato kategorie tvoří asi 80 – 85% všech osob s mentálním postižením. Lidé s tímto typem postižení dosahují v dospělosti úrovně věku 9 – 12 let. Většinou jsou schopni zvládat běžné každodenní situace a dosáhnout úplné nezávislosti v osobní péči, do které řadíme přípravu a konzumaci pokrmů, osobní hygienu, oblékání a při dlouhodobém nácviu i starost o domácnost a finance. I přestože jejich vývoj řeči a psychomotorických dovedností bývá opožděn, jsou schopni záměrně a účelově používat řeč. Problémy mohou nastat v rámci školního systému, neboť tyto osoby nejsou schopny zvládat požadavky vzdělávacího programu základních škol. Mohou se vyskytovat nebo projevovat i specifické poruchy učení, například dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a dyslalie. Největší uplatnění nachází jedinci s tímto typem postižení v jednooborových učebních oborech nebo při výkonu manuální práce. (Švarcová-Slabinová, 2011)

### **Středně těžká mentální retardace F71**

Středně těžké mentální postižení bývá diagnostikováno u 10% osob s mentálním postižením. Věk lidí se středně těžkým mentálním postižením bývá pozastaven na úrovni 4 - 8 letého dítěte. Lidé se středně těžkým mentálním postižením bývají schopni pouze částečné samoobsluhy, neboť jejich psychomotorický vývoj bývá výrazně opožděn. Mohou mít problémy s koordinací pohybů a jemnou motorickou prací. Často používají jen jednoduché věty, nebo jednoslovné výrazy, protože vývoj řeči též bývá opožděn a někdy může docházet jen k nonverbální komunikaci. Studium ve škole pro ně bývá často komplikované a velké procento využívá studium ve speciální škole, kde je kladen důraz na praktické dovednosti a pod dohledem pověřené osoby jsou schopni vykonávat i monotónní manuální práci. (Švarcová-Slabinová, 2011)

### **Těžká mentální retardace F72**

Mentální věk této skupiny, která tvoří asi 5% z celkového počtu lidí s mentálním postižením, dosahuje v dospělém věku úrovně asi 3 – 6 letého dítěte. Na základě poškození centrální nervové soustavy trpí lidé s těžkým mentálním postižením poruchami motoriky, poruchami chování, sebepoškozováním a agresivním chováním. Jedinec s tímto typem postižení vykazuje stereotypní pohyby a slovní zásoba je velmi omezená, často využívá jen gesta. Pro takového jedince je velmi obtížně zvládat studium, spokojení základních potřeb je možné na základě dlouhodobého tréninku a stálého dohledu pověřené osoby. Při opakovaném nácviku dovedností je možné si osvojit základní pracovní činnosti. (Švarcová-Slabinová, 2011)

### **Hluboká mentální retardace F73**

U tohoto typu postižení, kterým trpí asi 1% osob s mentálním postižením, je nutný trvalý dohled a neustálá péče. V dospělém věku dosahuje jedinec mentální úrovně dítěte mladšího tří roky. K dorozumívání využívá nonverbální komunikaci, výkřiky a grimasy. Ke správné komunikaci je nutné naučit se významy těchto projevů a rozpoznat jejich aktuální potřeby. Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, neboť někteří z nich jsou upoutáni na lůžko nebo trpí inkontinencí. Často u nich bývá diagnostikováno další přidružené postižení. (Fisher, 2008)

Kategorie Jiná mentální retardace F78 a Nespecifikovaná mentální retardace F79 se používají v případě, kdy přidružené sensorické a somatické postižení znesnadňuje měření stupně inteligence běžnými metodami nebo je mentální retardace stanovena, ale chybí dostatek informací k jejímu přesnému určení. (Švarcová-Slabinová, 2011)

## **1.6. Odlišnost vývoje osob s mentálním postižením**

Jedinec s mentálním postižením prochází stejnými vývojovými etapami života jako jedinec zdravý, v průběhu vývoje či jednotlivých etapách ale dochází k odchýlkám, které mohou být méně či více závažné. Každý jedinec je jedinečný a proto je nutné klást důraz na individuální přístup a podporu, které mohou ovlivnit jejich vývoj a integraci do společnosti. Vývoj mentálně postiženého člověka zahrnuje řadu aspektů, které se týkají jeho kognitivního, emocionálního a sociálního vývoje.

## **Kojenecký věk**

Kojeneckým věkem se rozumí období od 1. ukončeného měsíce do 12. měsíce věku dítěte včetně. Jak již bylo zmíněno, vývoj jedince v kojeneckém věku je nejrizikovější v mnoha ohledech. Dítě s mentálním postižením se v prvních měsících svého života nevyvíjí standartním způsobem, což může být složité nejen pro dítě ale i pro rodiče. Hrozí riziko nepřijetí dítěte a nedostatečné stimulace, protože jeho rodiče nejsou srovnáni s nastalou situací. V prvních měsících života je důležitý aspekt přijetí, který ovlivňuje základní postoj k životu tj. bazální životní strategii. Vznik citového pouta mezi dítětem a rodiči je biologický proces, během kterého dochází k vyplavování oxytocinu a vytváří se emoční pouto vůči dítěti. Proces bývá aktivován počínajícím porodem a obvykle dosáhne vrcholu v prvních minutách po něm. (Mikulincer,1997)

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

## **Batolecí věk**

V období batolecího věku, který je od 1 roku do 3 let dítěte, dochází k první emancipaci, která může být pro mentálně postižené dítě složitější, ne-li zcela nemožná. Období první emancipace je důležité pro uvědomění si sama sebe a své vlastní identity. U dětí s mentálním postižením bývá proces méně podporován a je naopak budována větší závislost na rodičích, v jejímž důsledku může docházet k nesamostatnosti v dospělosti. „Když matka vnímá signály svého dítěte a reaguje na ně pohotově a přiměřeně, dítě prospívá a vztah se vyvíjí šťastně. Teprve když matka není vnímavá nebo když dítěti nedává to, co potřebuje, ale místo toho něco jiného, věci se obrátí k horšímu.“(Bowly,2010) V batolecím věku také dochází k definitivnímu potvrzení postižení a začínají se projevovat jednotlivé důsledky tohoto postižení. Emancipační problémy se mohou projevit v oblastech vázanosti na konkrétní místo nebo osobu.



## **Předškolní a školní věk**

Předškolním věkem rozumíme období od 3 do 6 let věku, v případě odkladu povinné školní docházky se jedná o věk 7 let dítěte. Před nástupem dítěte do školy dochází k určitému vývojovému pokroku dítěte a často nerealistickým představám rodičů. Toto období je pro dítě důležitým životním mezníkem. Dochází ke konfrontaci s okolím, zejména v případě, že mentálně postižené dítě chodí do stejné třídy se „zdravými“ spolužáky. Někdy lze mluvit o krizi identity, neboť dítě si uvědomuje svojí odlišnosti, zvláště v případě, že dítě nenavštěvuje síť speciálních škol a specifických školních zařízení. Volba speciální školy má své výhody i nevýhody. Speciální škola se svou strukturou, organizací i učebním plánem výrazně liší od běžné základní školy. Tento typ základních škol vychází ze standardů Evropské agentury pro speciální vzdělávání a žáci se zde mohou setkat s dětmi s psychickými poruchami, autismem, více vadami nebo projevy specifických poruch učení či chování. Hodnocení výsledků vzdělávání žáka se na vysvědčení vyjadřuje klasifikačním stupněm, slovním hodnocením nebo kombinací obou. Některé předměty jsou hodnoceny pouze slovně. (Valenta,2007) Období školního věku je Eriksonem definováno jako fáze snaživosti, výkonu, jehož cílem je příprava na budoucnost. Vývojovým rizikem je vznik pocitů méněcennosti, nedostatečnosti či strachu ze selhání. Na druhé straně může dojít k nadměrnému důrazu na výkon a k fixaci na úspěch. Obě rizika jsou v případě postižených dětí spíše zvýšená.

## **Dospívání**

Dospívání je označováno za přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí charakteristické rozvojem tělesných a duševních schopností, které trvá přibližně od 15 do 21 let. V tomto období dochází k výrazné a komplexní změně ve všech složkách osobnosti, a není tomu jinak ani u osob s mentálním postižením.(Pipeková,1998) Dospívající s mentálním postižením řeší i specifické problémy spojené se svým postižením, především nedosahují stádia formálních myšlenkových operací v rozvoji kognitivních funkcí a myšlení. Mezi rozumovou a biologickou zralostí vzniká značná disproporce, která se u dospívajících bez postižení postupně vyrovnává, u osob s mentálním postižením se naopak prohlubuje.(Lečbých,2018)

I u lidí s mentálním postižením se v období puberty objevuje touha po určité samostatnosti, trávení volného času se svými kamarády a lásce. Pokud není jedinec schopný

navázat přátelský nebo romantický vztah, může docházet k pocitům samoty. Ty mohou vést ke zklamání a strachu ze společnosti. Postižený pubescent může být společností odsouván a často nebývá přijat, případně jsou vzájemné vztahy asymetrické. Pokud si jedinec není schopný osvojovat nové sociální role z důvodu snížených intelektových schopností, dochází k izolaci od běžného sociálního prostředí a vztahy vrstevníků zůstávají infantilní a nejsou diferencované. (Pipeková,1998) Mladí lidé se učí zvládat a vyjadřovat své pocity a emoce, to může být pro postiženého jedince komplikované nebo nezvládnutelné, zejména pokud má problémy s porozuměním vlastních emocí a změn.

V období dospívání dochází i k biologickým změnám, které bývají v disproporci s rozumovou zralostí, která se u osob s mentálním postižením prohlubuje, namísto běžného vyrovnávání. Nově vzniká sexuální potřeba, se kterou si osoby s mentálním postižením nevědí rady. Musí se nejen vyrovnat s vlastní sexualitou i uspokojováním vlastních potřeb. Důvodem odlišného vývoje často bývá saturace sexuální potřeby autostimulací, která se může projevit bez ohledu na postoj potenciálního partnera, a to především v podobě neselektivních sexuálních ataků a vyžadováním pohlavního styku. (Vágnerová,1999)

## **Dospělost**

Období dospělosti je charakterizováno ukončením studia a přípravy na budoucí zaměstnání, získáním zaměstnání, hledáním vztahů a uzavíráním manželství a zakládáním rodiny. U osob s mentálním postižením je potřeba podpory společnosti a specializovaných institucí při naplňování těchto životních rolí v ohledu na sociokulturní prostředí. Představa partnerství bývá u osob s mentálním postižením infantilní nebo neslučitelná s realitou. Mentálně postižení lidé jsou často ve své volbě partnera omezeni nedostatkem kontaktu.(Vágnerová,1999) Potřeba partnerství nemusí být u osob s mentálním postižením vytvořena vždy a může být nahrazena vztahem s matkou, případně jinými členy rodiny. Pokud však osoba s mentálním postižením tuto potřebu má a není naplněna, dochází často k rychlé fixaci na blízkou osobu, například pečovatele, asistenta nebo sociálního pracovníka.(Lečbych,2018)

## 2. Sexualita

Sexualita je přirozenou součástí lidského života. Je to jedna z nejintimnějších forem prožívání jedince, potřeba emočního naplnění v koexistenci s druhým člověkem, počátek nejhlubšího spojení mezi lidmi, součást kvality bytí člověka, důležitá součást jedince. Základem pro zdravou sexualitu je sebeláska a sebeakceptace. (Štěrbová,2014)

U osob s mentálním postižením otázka sexuality často naráží na specifické výzvy a předsudky, které mohou ovlivňovat jejich schopnost rozvíjet zdravé vztahy, chápat svou identitu a uplatňovat svá práva. Téma sexuality u této populace je také často tabuizováno.

### 2.1. Vymezení pojmu

Pojem sexualita je odvozen z latinského slova *sexus,secare* – ořezat, dělit, krájet, *sexus* – rozdělený, odloučený. Tímto označením byla v minulosti chápána výhradně pohlavnost (například Cicero 106 – 43 př. n. l.).

Řada autorů a odborníků se snažila vysvětlit pojem sexuality člověka. Kvůli složitosti a interdisciplinárnímu charakteru je ale nemožné dojít k jednotnému vymezení.

Od počátku sociálních věd až do poloviny 20. století převládalo chápání sexuality ve významu základních potřeb, které patří k přirozené výbavě člověka, je spojována s pudem a slouží jen k rozmnožování. (Marková,2007) V sexuologickém pojetí je sexualita stále pevněji spojována s vnitřním pudem a přirozeností, která jako opěrný systém chápe reprodukci, jakožto hlavní společenský cíl. V tomto pojetí je sexualita vymezována jako souhrn projevů lidského chování a cítění vyplývajících z tělesných a psychických rozdílů mezi pohlavími, zahrnuje rozdíly anatomické, hormonální, reprodukční a rozdílné sociální role získané učením, též fyziologické uspokojování a psychickou slast spojenou se sexuálními aktivitami sbližování, vzrušení, spojení. (Hartl,1996)

V Malé československé encyklopedii je pojem sexualita souhrn všech somatických a psychických složek souvisejících s rozdíly mezi pohlavími a z nich vyplývajícími projevy lidského chování, zahrnuje výběrové tendence směřující ke sbližování mezi jedinci různého pohlaví s cílem sexuálního vzrušení a uspokojení. Sexualita je spojená s vývojem etických a estetických tendencí.(Říman,1984)

„Sexualitu lze pojímat z různých hledisek, je potřeba vnímat rozdíly mezi sexuálním chováním a sexuální touhou. Sexualita je součástí kvality bytí člověka, důležitou součástí jedince. Je jednou z nejintimnějších forem prožívání jedince, potřebou emočního naplnění v koexistenci s druhým člověkem. Sexualitu bychom neměli pojímat jen z pohledu dospělé

sexuality – je to, jako bychom brali výsek z života člověka bez jeho minulosti a bez jeho budoucnosti.“ (Štěrbová,2007)

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

## **2.2. Sexualita osob s mentálním postižením**

I přesto, že žijeme v moderní době a práva osob s mentálním postižením na sexualitu se dostávají do popředí, pořád je toto téma jakési „tabu“, a to nejen pro širokou veřejnost ale i pro odbornou. Je nutné si uvědomit, že osoby s mentálním postižením mají stejné právo na aktivní uspokojování svých tužeb a potřeb, stejně tak na potřebu edukace, jako osoby zdravé. Podle Kemptona jsou „Lidé se mentálním postižením v trojím obklíčení: jsou lidmi, kteří potřebují nejvíc základního plánovaného vzdělávání v oblasti sexuality a kteří ho obdrží nejméně a kteří jsou trestáni společnostmi za to, co ostatní vědí.“(Kempton,2007)

Lidé se mentálním postižením mají stejné sexuální touhy a potřeby jako ostatní lidé, přesto je obecně jejich sexualita vnímána jako problematická.(Plaks,2010) Základním přístupem k osobám s mentálním postižením, je potřeba respektovat jejich práva. Obzvláště nutné je respektovat práva na sebeurčení, sexuální prožívání a plánování rodiny. Projevy sexuality se mohou lišit, neboť i když je pojem sexualita často spojován jen s představou fyzického sexu, tento termín zahrnuje mnohem více úrovní. Mezi složky sexuality řadíme potřebu intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek citu a sounáležitosti, potřebu rodičovství a již zmiňované sexuální uspokojení.(Venglářová,2013) Omezené znalosti často vyvolávají stigmatizaci a mylné představy ze strany společnosti. „Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele.“

(Ocisková,2015) Zde jsou některé mýty a fakta, která uvádí Ph.D. Jana Bertoldová, jejímž cílem je zpřístupnit lidem s mentálním postižením informace o sexuální výchově, připravit je na případné odpovědné rodičovství a zkvalitnit život rodin v čele s rodičem s mentálním postižením. (Nebud' na nule,2020).

Mezi tyto mýty patří:

1. Sexuální výchova a osvěta u klientů s mentálním postižením by měla směřovat k zabránění jejich rodičovství. – Sexuální výchova a osvěta by měla vést k osvojování a kultivování chování, rozhodování a komunikaci v otázkách sexuality a rodičovství.
2. Pokud otevřeme téma plánovaného rodičovství u klientů s mentálním postižením, otevřeme tím pomyslná stavidla a více klientů bude chtít založit rodinu. – Diskuze o případném rodičovství by se měly stát přirozenou součástí diskuze a pracovat na silných i slabých stránkách jedince v jeho životě a rozvíjet jeho odpovědnost.
3. Touhu po dítěti u klientů s mentálním postižením můžeme vyřešit pořízením domácího mazlíčka. – Pořízení si domácího mazlíčka není řešení tohoto problému ani pro zdravého člověka a nemůže být chápáno jako univerzální řešení.
4. Před rozhodnutím založit rodinu by si měli klienti s mentálním postižením vyzkoušet péči o dítě na placíci panence, o níž by se několik hodin starali. – Nejdůležitější jsou praktické zkušenosti a obecně platí, že nestačí role jen předstírat, ale je podstatné si reálné situaci i zažít.
5. Blízcí lidé (rodiče, opatrovníci) klientů s mentálním postižením mohou a mají rozhodovat za tyto osoby v otázce jejich případného rodičovství. – Lidé s mentálním postižením mají často problém představit si budoucnost a dlouhodobé důsledky svých rozhodnutí. Rodič nebo opatrovník by měli být ochotni nabídnout rady a podporu, ale konečné rozhodnutí se vždy týká daného jedince.
6. Klienti s mentálním postižením nezvládnou péči o dítě, dítě bude ohroženo ve svém vývoji. - Mentální postižení samo o sobě není ekvivalentem špatného rodičovství. Právě tento přístup vede k pochybnostem o schopnostech lidí s mentálním postižením být rodičem.

V literatuře je dnes již popsána i celá řada dalších mýtů, kterými je problematika sexuality jedinců s mentálním handicapem opředena. Existuje např. předsudek, že lidé s mentálním postižením jsou asexuální.(Marková,2009)

Další předsudky uvádí Valenta a Müller. (Kozáková in Valenta,2013)

1. Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud.
2. Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací.
3. Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.
4. Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem.
5. Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy.
6. Osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality.
7. Součástí intimního vztahu musí být i pohlavní styk. (Kozáková in Valenta,2013)

### **2.3 Antikoncepce u osob s mentálním postižením**

Antikoncepce pro osoby s mentálním postižením je komplexní záležitost, která zahrnuje zdravotní, etické a právní aspekty. Je důležité zajistit, aby tyto osoby měly přístup k informacím a možnostem, které jim umožní kontrolovat vlastní reprodukční zdraví, a zároveň této otázce v rámci jejich schopností porozumět a rozhodovat o ní. Pokud u osob s mentálním postižením dochází k dobrovolnému pohlavnímu styku, je zapotřebí vzdělávat je o možnostech regulace otěhotnění. Stejně, jako mají osoby s mentálním postižením právo na plánované rodičovství, mají i právo na bezpečný pohlavní styk. Žena s mentálním postižením má ty samé volby jako každá jiná žena, u které se řeší předepsání antikoncepce. Pokud se žena rozhodne užívat antikoncepci, je nutné zvolit vhodný typ. Hormonální antikoncepční tablety mohou být vhodné pro ženy s lehkým mentálním postižením, neboť vyžadují každodenní užívání ve stejném čase. Vhodnou metodou pro mentálně postižené ženy mohou být například také hormonální náplasti, hormonální injekce nebo nitroděložní tělíška, která mají dlouhodobý efekt, a není nutné dodržovat každodenní pravidelnost. Samozřejmě veškerá antikoncepční medikace musí být užívána dobrovolně a být podávána pouze za naprostého souhlasu uživatelky. Jakákoliv antikoncepce by tedy i v těchto případech měla být výsledkem dobrovolného rozhodnutí člověka s plným uplatněním základního lidského práva na plánované rodičovství. (Uzel,2011) U mužů je nejběžnější ochranou pomůckou prezervativ. Jedná se o bariérovou metodu, která nejen chrání před těhotenstvím, ale také pomáhá předcházet pohlavně přenosným infekcím.

## **2.4. Souhlas se sexuální aktivitou u osob s mentálním postižením**

Aktuální problém, který se v České republice dostatečně neřeší, je do jaké míry je osoba s mentálním postižením schopna dát kvalifikovaný souhlas se sexuální aktivitou, neboli sexuální vyjádření. Otázka kompetence souhlasu se sexuální aktivitou u osob s mentálním postižením není jednotná. Mezi základní posuzovaná kritéria lze zařadit například porovnání chronologického a mentálního věku, úroveň adaptivního chování, porozumění důsledku těhotenství, schopnost užívat místa vhodná k sexuální aktivitě nebo vědět, jak si říct o pomoc. Kennedy a Niedrebuhl stanovili na základě výzkumu stěžejní body, na které je nutné se při posuzování souhlasu zaměřit. (1999)

### **Klient**

- Musí mít základní sexuální znalost
- Musí rozumět důsledkům sexuální aktivity
- Musí mít základní schopnosti, jak se ubránit

### **Důsledky sexuální aktivity**

- Uvědomuje si, že těhotenství a sexuálně přenosné nemoci jsou možnými důsledky sexuální aktivity
- Ví, jak předejít sexuálně přenosným nemocem
- Zná metody regulace porodnosti a jejich náležité použití

### **Základní a podstatné sexuální znalosti**

- Rozpozná fyzické rozdíly mezi mužem a ženou
- Chápe a rozumí vlastnímu pohlaví
- Identifikuje základní části těla muže a ženy
- Je schopen komunikovat a pohlavním styku, porozumět mu a vědět, jak ho vykonávat

### **Dovednosti v oblasti bezpečí vlastního těla**

- Je schopen při komunikaci říci „ne“
- Je schopen rozpoznat nebezpečné situace
- Je schopen plánovat budoucí událost
- Je schopen činit volby

Pro sjednocení rozhodovacího procesu byl vytvořen tzv. Consent and Education Assessment (SCEA), který je rozdělen do dvou škál. Knowledge of Human Sexuality Scale, který lze přeložit jako škála znalosti lidské sexuality (K-škála) a The Safety Practices Scale, neboli škála bezpečnostních praktik (S – škála). (Štěrbová,2007) Při dotazování jedince jsou současně použity i obrázky pro lepší názornost.

#### K – škála

Jedinec určí základní části těla.

1. Jedinec určí svoje pohlaví.
2. Jedinec umí rozlišit, co je typické pro muže a co pro ženu.
3. Jedinec pozná na obrázku ženské a mužské genitálie.
4. Jedinec je schopen demonstrovat znalosti a základní funkce vztahující se k mužským a ženským genitáliím.
5. Jedinec demonstruje porozumění a znalosti masturbace.
6. Jedinec demonstruje znalosti pohlavního styku.
7. Jedinec umí rozpoznat významné důsledky sexuální aktivity.
8. Jedinec prokáže znalost regulace porodnosti.
9. Jedinec prokáže znalosti o AIDS a dalších sexuálně přenosných nemocech.
10. Jedinec rozlišuje mezi vhodným a nevhodným místem pro provozování sexuálních aktivit.
11. Jedinec chápe a má představu o nezákonné sexuální aktivitě.

#### Š- škála – vyžadována poskytovatelem služeb

1. Jedinec demonstruje preferenci některých lidí před jinými.
2. Jedinec je schopen činit volby založené na preferencích.
3. Jedinec je schopný efektivní osobní bezpečnostní praxe.
4. Jedinec efektivně sdělí další osobě, že se nechce účastnit aktivity.
5. Jedinec je schopen odmítnout nechtěné nabídky nebo dotěrnosti.(Štěrbová,2007)

## 2.5. Protokol o sexualitě

Protokol o sexualitě a vztazích slouží k ukotvení rámce standardů a vymezení metodických postupů. Tento dokument si organizace zpracovávají samy a může se lišit podle cílové skupiny a typu poskytovaných sociálních služeb. Jedná se o souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem a směrnic. V České republice jako jeden z prvních zařadil tento dokument do svých směrnic ÚSP Klíč Olomouc. V současné době je imple-



mentace protokolu o sexualitě do metodických pokynů stále častější. Organizace si mohou objednat akreditovaná školení zaměřená na tvorbu a zavádění protokolu o sexualitě do praxe. Tato školení například nabízí organizace Freya, která pomáhá pracovníkům a pracovnícím v pomáhajících profesích a pečujícím osobám, jak pracovat s tématem sexuality a vztahů lidí se zdravotním postižením. (Freya,2024)

Protokol o sexualitě a vztazích by měl podle Kozákové obsahovat:

- Postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů
- Témata osvěty včetně konkrétních informací pro klienty
- Způsob řešení možných důsledků sexuality
- Přístupné i nepřístupné formy kontaktu, péče a poskytované podpory
- Osvěta a prevence
- Zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality
- Postup při řešení sexuálnímu zneužití
- Preventivní politiku uvnitř zařízení, zaručující bezpečné prostředí pro zaměstnance (Kozáková,2004)

Model pro tvorbu Protokolu sexuality podle Štěrbové (2007)

- Vzdělávání v sociální a sexuální oblasti
- Soukromí klientů
- Sebeuspokojování (masturbace)
- Sexuální pomůcky a materiály
- Informovaný souhlas
- Vztahy mezi klienty
- Projevy sexuality
- Regulace porodnosti
- Rodičovství, těhotenství a péče o dítě
- Pohlavně přenosné nemoci
- Sexuální zneužívání
- Nevhodné a obtěžující sexuální jednání

## 2.6. Rizika a chyby pracovníků v přístupu k sexualitě uživatelů

Občanské sdružení Pohoda o.s.(2010) vymezilo častá rizika a chyby týkající se sexualit, kterým by se pracovníci v sociálních službách měli při práci s klientem vyvarovat:

- nesladěnost týmu v otázce přístupu
- nedostatečná podpora a nejasné vymezení vedení organizace
- diskriminace forem sexuality (homosexualita)
- povolení nepřipustných projevů („je postižený, nechám ho, ať mě osahává...“)
- uplatňování soukromých norem a hodnot na život uživatele (např. náboženských)
- používání sexuality jako nástroje k dosažení efektu (když ho nechám sáhnout mi na prsa, půjde se mnou tam, kam potřebuji, aby šel...)
- neudržení role – hranic – uživatel se zamiluje (jsem poskytovatel služby – nejsem partner/partnerka!)
- volba řešení, které neodpovídá stavu a možnostem člověka
- přílišné zaměření na uživatele – máme ho „pod lupou“ - dochází pak k patologizování jinak normálního chování.

## 2.7. Masturbace u lidí s mentálním postižením

Masturbace je přirozenou součástí sexuálního vývoje, a to i u lidí s mentálním postižením. Klíčem je zajistit, že tito jednotlivci mají přístup k adekvátním informacím o sexuálním chování, soukromí a etických normách. Masturbace by měla být vnímána jako přirozený aspekt sexuálního života, o němž je důležité informovat a vychovávat s ohledem na individuální potřeby a schopnosti dotčené osoby.

Ve vztahu k pohlaví se daleko více mluví o masturbaci mužů s mentálním postižením než žen se stejným typem postižení. Štěrbová uvádí pět klíčových témat týkajících se masturbace osob s mentálním postižením.

1. Osoby jsou považovány za neschopné masturbovat vhodně, obvykle jsou považovány za neschopné dosáhnout orgasmu/ejakulace.
2. Osoby masturbující příliš často se v jejím důsledku nezúčastní dalších sociálních aktivit doma nebo v komunitě.
3. Osoby nevědí, jak masturbovat, obvykle to znamená, že si třou penis nebo vaginu přes své oblečení a objekty.

4. Osoby masturbují nevhodně, nepřiměřeně. Obvykle to znamená, že masturbují na veřejných místech nebo v místech, kde se poskytují služby, což přináší obtíže personálu a dalším uživatelům.
5. Osoby užívají k masturbaci nevhodné objekty, obvykle to znamená, že používají objekty, které nejsou k masturbaci určeny a mohou je zranit. (Štěrbová,2007)

Dle Kozákové by jedinci s mentálním postižením měli být poučeni o významu masturbace a jejích praktikách i psychologických aspektech. Dále je důležité poučit je o bezpečnosti těchto aktivit (upozornit je na hygienické zásady, na riziko zanesení infekce nebo poškození sliznice při zavádění předmětů do tělních dutin apod.) Zároveň je nezbytné poukázat na to, že i když jsou vytvořeny jedincům s mentálním postižením vhodné podmínky pro masturbaci, neznamená to, že se jim tím poskytl prostor pro dostatečný sexuální život. (Kozáková,2004)

### 3. Rodičovství

„Partnerské vztahy uspokojují potřebu sounáležitosti a lásky a mnohé další specificky lidské potřeby. Milovat a být milován je jednou ze základních lidských potřeb. Její naplnění je důležité pro každého člověka bez ohledu na přítomnost nebo nepřítomnost postižení.“(Valenta,2013)

„ Rodina vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury. [...] Zvyšuje se variabilita rodinných typů, zahrnující nejen rodinu vlastní a úplnou, ale také rodinu neúplnou, nevlastní a náhradní. Současné pojetí tenduje k chápání rodiny jako sociální skupiny nebo společenství, žijícího ve vlastním prostoru – domově, uspokojující potřeby, poskytující péči a základní jistoty dětem. Rodina spolu se školou plní významné výchovné funkce, které lze chápat jako komplementární.“ (Průcha,2005)

Rodičovství představuje jeden z nejdůležitějších aspektů lidského života, který má výrazný vliv nejen na jednotlivce, ale také na společnost jako celek. Zahrnuje široké spektrum činností, od výchovy a péče o děti po formování jejich hodnot, chování a sociálních dovedností. Rodičovská role je ovlivňována mnoha faktory, včetně kulturních, sociálních a ekonomických podmínek, a v současném světě se její význam a podoba stále mění.

Historicky bylo rodičovství spojeno s tradičními genderovými rolemi, kde hlavní péče o dítě připadala matce, zatímco otec se soustředil na ekonomické zabezpečení rodiny. Moderní společnost však přináší nové formy rodičovství, které kladou důraz na rovnost pohlaví, aktivní otcovství a sdílení rodičovských povinností. Tyto změny jsou výsledkem postupného oslabování tradičních rodinných struktur, růstu ženské participace na trhu práce a širšího uznání různorodých forem rodiny.

Existuje několik rodičovských stylů, které jsou často klasifikovány na základě míry kontroly a náklonnosti rodičů vůči dětem. Mezi hlavní patří:

- Autoritářský styl – Vyznačuje se vysokou mírou kontroly a nízkou úrovní empatie. Děti vyrůstající v takových rodinách mohou mít problémy s vlastní autonomií a sebevědomím.

- Demokratický styl – Spojuje vysokou úroveň náklonnosti s jasně stanovenými hranicemi. Tento styl je považován za nejvhodnější pro zdravý vývoj dítěte, protože podporuje jeho autonomii, zodpovědnost a sociální dovednosti.
- Permisivní styl – Charakterizuje se vysokou mírou empatie, ale nízkou úrovní kontroly. Děti v těchto rodinách mohou mít problémy s disciplínou a respektováním autority.
- Nezúčastněný styl – Vyznačuje se nízkou úrovní náklonnosti i kontroly, což může vést k negativním důsledkům pro vývoj dítěte, včetně emočních a sociálních problémů. (Fadlillah,2022)

Sociální a ekonomické podmínky rodin mají zásadní vliv na kvalitu rodičovství. Rodiny s vyšším socioekonomickým statusem mají obvykle lepší přístup k materiálním zdrojům, kvalitnímu vzdělání a zdravotní péči, což přispívá k lepším výchovným podmínkám. Naopak rodiny s nízkými příjmy často čelí většímu stresu, nejistotě a omezenému přístupu ke zdrojům, což může negativně ovlivnit jejich rodičovské schopnosti.

Propojení rodičovství a pracovní kariéry se stalo jedním z klíčových témat moderní společnosti. Rodiče, a zvláště matky, často čelí výzvám spojeným s vyvážením pracovních povinností a péče o děti. Zaměstnavatelé stále více nabízejí flexibilní pracovní podmínky a podpůrné programy, které mají usnadnit rodičům jejich dvojí roli. Výzkumy však ukazují, že tyto možnosti nejsou vždy rovnoměrně dostupné všem rodičům a mohou se lišit podle pohlaví, sektoru zaměstnání a kulturních norem.

„Zajímavostí související s rodičovským vzorem, kterou si při výběru životního partnera příliš neuvědomujeme, je rodičovský pozitivní model nebo také odstrašující příklad ze zkušeností z původní rodiny. (Matoušek,1997) Díky těmto neuvědomovaným očekáváním hledáme partnera buď podobného našim rodičům, popřípadě jednomu z nich, popř. odlišného.“

### **3.1. Lidé s mentálním postižením v roli rodičů**

Příležitosti a přístupy k lidem s mentálním postižením a otázce rodičovství se neustále vyvíjí a mění. Při plánování rodičovství, těhotenství i výchově dětí potřebují lidé s postižením individuální přístup i podporu. V některých případech je dostačující edukace, jindy je potřeba praktická pomoc.

I lidé s mentálním postižením touží po věcech, které tvoří naše životy smysluplné a příjemné. Pro mnoho z nás je hodnotou, která naplňuje naši životní cestu, rodinný život. Mnoho lidí s mentálním postižením to vnímá stejně. Touží po rodinném životě a řada z nich navazuje různé druhy partnerských vztahů.

Lidé s mentálním postižením mohou zažívat rodičovství jako výjimečně naplňující roli, a stejně jako ostatním rodičům, přináší i jim radost, naplnění a hluboké emoční vazby k jejich dětem. Mnoho těchto rodičů touží být stejně kompetentními pečovateli jako ostatní. Nicméně mentální postižení může ovlivnit jejich schopnost plnit některé rodičovské povinnosti, což často vyžaduje podporu a porozumění ze strany širšího okolí a odborníků.

„V oblasti partnerské, manželské, a rodičovské role nacházíme u mladých osob s mentální retardací také značné komplikace, které velmi často a daleko převyšují problémy s jejich pracovním uplatněním i bydlením. Pokud se podaří osobám s mentální retardací žít partnerským či manželským způsobem života s blízkou osobou, může to výrazně zvyšovat kvalitu jejich života a přispívat k pocitu životní spokojenosti, seberealizaci a pocitu vlastní hodnoty. Získání partnera je do značné míry důkazem vlastní normality, atraktivity a vlastní kompetence.“ (Lečbych,2018)

Partnerské vztahy lidí s mentálním postižením mohou mít tři varianty:

- Partnerský vztah postiženého člověka se zdravým člověkem
- Partnerský vztah dvou lidí se stejným typem postižení
- Partnerský vztah dvou lidí s různým typem postižení

Typ partnerského nebo manželského vztahu zcela určitě ovlivňuje míru pomoci, kterou jedinec potřebuje.

Úspěch rodičů s mentálním postižením často závisí na přístupu k různým formám podpory, které jim pomáhají zvládnout rodičovské výzvy a zároveň podporují jejich kompetence. Mezi základní formy podpory patří:

- Vzdělávací programy pro rodiče, které nabízí rodičům s mentálním postižením praktické rady ohledně péče o dítě, výchovy a zvládání krizových situací. Tyto specializované programy by měly reflektovat kognitivní možnosti účastníků a být zaměřené na praktické dovednosti.
- Individuální podpora osob s mentálním postižením ze strany sociálních pracovníků nebo poradců. Tato podpora se soustředí na individuální potřeby rodičů a může za-

hrnovat průběžné poradenství, pomoc s denními úkoly, asistenci při vyhledávání zdravotní péče, vzdělávacích služeb a finanční pomoci.

- Asistence a nácvik dovednosti v přirozeném prostředí, který zahrnuje podporu v domácnosti, například s úklidem, vařením nebo dalšími praktickými činnostmi pro udržování stabilního prostředí pro děti.

Podpora širší rodiny a komunity: Rodina a komunita mohou hrát zásadní roli v podpoře rodičů s mentálním postižením. Blízcí příbuzní nebo přátelé mohou být oporou při náročných situacích a pomáhat s péčí o děti.

Zapojení širší rodiny, přátel a komunity při podpoře rodičů s mentálním postižením nabízí vytváření přirozené podpůrné sítě, která je oporou při náročných situacích v péči o děti.

## 4. Právní úprava postavení osob s mentálním postižením

V minulosti osoby s mentálním postižením zažívaly různá příkoří, spojená především s diskriminací nebo vyčleňováním ze společnosti. Postavení osob s mentálním postižením jak v minulosti, tak i dnes, odráží obraz společnosti i její vývoj. Základní premisou vztahu k mentálně postiženým je jejich postavení ve společnosti (právu) jako osob plnoprávných, rovnoprávných a způsobilých se účastnit bez omezení společenského života. Práva osob s mentálním postižením jsou součástí mezinárodního práva, představují souhrn deklarácí, norem a cílů, které jsou pro různé státy závazné, nebo alespoň doporučující. V některých případech se jedná spíše o tzv. soft práva a jsou to spíše přijatelné a dodržované zvyklosti. Organizace spojených národů (OSN), založená na principu respektování lidských práv, se dlouhodobě snaží o prosazení rovnocenných podmínek pro osoby s mentálním postižením.

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971. Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv: (Helpnet,2007)

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.



5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí. (Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, 2007).

Poté byl vyhlášen Mezinárodní rok osob s postižením a k němu byl přijet Světový akční plán, který představoval základní strategickou koncepci na podporu práv lidí s mentálním postižením. Mezinárodní rok také zahájil Dekádu OSN pro osoby s postižením a byla přijata Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a její Opční protokol národů byl přijat 13. prosince 2006. Úmluva, resp. Opční protokol zavádí i dvě procedury:

- Proceduru individuálních stížností – jednotlivec, který tvrdí, že byla v jeho případě porušena ustanovení Úmluvy, může Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením, jehož zřízení Úmluva předpokládá, předložit sdělení. Pro přezkoumání stížnosti může výbor podat návrhy a doporučení příslušnému státu.

- Proceduru přezkoumání – v případě závažného nebo systematického porušování práv Úmluvy státem, může výbor vést vyšetřování. Výsledek šetření by měl potom být předán příslušnému státu.

V České republice byla Úmluva přijata v roce 2009, Opční protokol vstoupil v platnost až 23. září 2021.

„Lidé se zdravotním postižením a jejich blízcí budou mít v ruce nové možnosti, jak se domoci práv, která jsou jim oficiálně a na mezinárodní úrovni zaručena: třeba právo vést důstojný a co nejvíce nezávislý život bez sociálního vyloučení, nebo právo na domácí a

komunitně podporované služby. To, že to celé trvalo tak dlouho, je jasná zpráva o tom, jakou prioritu podpora lidí se zdravotním postižením a respekt k jejich zájmům ve skutečnosti v České republice má,“ uvádí Jana Havlíková, ředitelka pro strategii a expertní činnosti Aliance pro individualizovanou podporu.“ (2021)

## **5. Specializované organizace**

Existuje několik druhů podpory, které mohou rodičům s mentálním postižením pomoci zvládat svou roli. Jak již bylo zmíněno, může se jednat o podporu v domácnosti, tento typ služby nabízí například organizace Rytmus o.p.s. Poskytuje podporu lidem s mentálním postižením v jejich integraci do společnosti, včetně rodičovské podpory. Rytmus o.p.s. nabízí asistenci v domácím prostředí, pomáhá rodičům s praktickými činnostmi a organizuje vzdělávací programy zaměřené na zlepšení rodičovských dovedností. (Rytmus, 2024)

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR hájí práva lidí s mentálním postižením a jejich blízkých. Pomáhají lidem s mentálním postižením žít tak, jak se jim líbí a jak chtějí. Učí lidi s mentálním postižením nové dovednosti. Učí ostatní lidi jak žít, pracovat, učit se a bavit se s lidmi s mentálním postižením. (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením,2024)

Společnost Duha pomáhá lidem s mentálním postižením se zvládnutím vlastního bydlení, s hledáním zaměstnání nebo trávením volného času. V centru denních služeb klienti mohou aktivně trávit den a užít si společnost. Programy jsou sestaveny tak, aby byly pestré, vyhovovaly co nejširšímu spektru osob a nabízely širokou paletu možností. Klient si zde může sestavit svůj týdenní harmonogram přesně tak, jak mu vyhovuje.

Společnost Pohoda věří, že dospělí lidé s mentálním postižením chtějí a mají dostat šanci žít plnohodnotným důstojným životem jako běžný občan. Usilují o to, aby mohli díky přiměřené míře podpory žít svobodně a samostatně, pracovat a trávit svůj čas podle svých potřeb, schopností a možností.(Duha, 2024)

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednáních se státními a veřejnými institucemi. Hlavní úlohou je přispívání k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a důsledné obhajování lidských práv těchto lidí. (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR,2024)

### **Mezinárodní organizace**

Mezinárodní organizace poskytují podporu a inspiraci pro české instituce a organizace. Pomáhají propagovat osvědčené metody a přístupy v podpoře rodičů s mentálním postižením.

Inclusion International: Tato mezinárodní organizace se zaměřuje na podporu práv lidí s mentálním postižením a jejich plnou integraci do společnosti. Organizace poskytuje inspiraci a podporu i národním organizacím v České republice. Mezi mezinárodní organizace pracující s tématem lidí s mentálním postižením patří např. Inclusion Europe, Evropské fórum postižených, Mezinárodní organizace postižených, Mezinárodní organizace pro práva duševně postižených, Mezinárodní rada zdravotně postižených.

## 6. Osvěta

### 6.1. Osvěta pro osoby s mentálním postižením

Sexuální výchova a osvěta je nezbytná pro naplnění práv všech osob s mentálním postižením na přístup k adekvátním informacím podporující jejich zdraví, rozvoj a účast ve společnosti. Pozitivně přispívá ke kvalitě jejich života a také snižuje jejich zranitelnost vůči negativním sexuálním zkušenostem, jako je vykořisťování a zneužívání. (Zákony pro lidi, 2010)

Osvěta a vzdělávání v této oblasti není důležitá jen pro osvojování nebo získávání informací, ale především jako prevence proti sexuálnímu obtěžování nebo zneužívání. U lidí s mentálním postižením může sexuální zneužívání nastat nejen s další osobou s mentálním postižením, nebo neznámým pachatelem, ale nechtěný sexuální kontakt a nátlak může vytvářet osoba, která by měla naopak poskytovat ochranu a bezpečí. Jde především o příbuzné, učitele, vychovatele, pečovatele a sociální pracovníky. Štěrbová popisuje pět fází syndromu sexuálního zneužití.(Štěrbová,2007)

- Utajování
- Bezmocnost
- Svedení a přizpůsobení
- Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení
- Odvolání výpovědi

„Je známo, že při sexuálním zneužití používá zneužívající osoba různých praktik a zvláště pak „slabostí“ a „nedostatků“ oběti.

Mezi formy sexuálního zneužívání osob patří:

Exhibicionismus

Harassment

Obtěžování (slovní i fyzické)

Sexuální útok

Znásilnění

Incest

Pedofilní obtěžování

Sexuální turistika

Sexuální útok s následkem smrti

Skupinové zneužívání (Švarcová-Slabinová,2011)

„Lidé s mentálním postižením potřebují sexuální výchovu, aby věděli, že jejich tělo je jenom jejich, mají právo říci „ne“, když je jim něco nepříjemné.“ (Valenta,2007)

Otázka sexuální výchovy a osvěty je i předmětem mezinárodního práva. V Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením nacházíme právo na aktivní podporu v oblasti sexuality a vztahů osob se zdravotním postižením. Očekává, že státy přijmou účinná a odpovídající opatření k odstranění diskriminace osobo se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů na rovnoprávném základě s ostatními s cílem uznání práva osobo se zdravotním postižením svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu svých dětí, jejich věkovém odstupu, stejně jako práva na přístup k věku odpovídajícím informacím, sexuální výchově a výchově o plánovaném rodičovství, a na poskytnutí nezbytně nutných prostředků, které by jim umožnily uvedená práva realizovat. (Zákony pro lidi, 2010)

V našem prostředí se osvětovou činností zabývá například Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s. Vydává velmi poutavé a pro osvětu v této oblasti vhodné brožury, které byly vytvořeny jak pro ženy, tak pro muže s mentálním postižením. Jedná se o edici „Už vím!“ a každá brožura se zabývá konkrétním tématem - Gynekologická prohlídka, Těhotenství, Sexuální násilí, Život muže, atd. Vše je vytvořeno srozumitelným způsobem s vhodnými ilustracemi. Díky internetové komunikaci je možné od Společnosti tyto publikace zakoupit a nejen rodina, ale i proškolený personál se pak může osobám s mentálním postižením věnovat například na podkladě těchto materiálů.(Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2024)

## **6.2. Osvěta pro pracovníky**

Kurzy pro pomáhající profese a rodinné příslušníky lidí s mentálním postižením v České republice organizují například Freya – institut sexuality a vztahů, Nebud' na nule, Rytmus o.p.s. nebo Modrý klíč. Kurzy jsou zaměřeny na seznámení účastníků a účastnic s tématem vtaů a sexuality lidí s mentálním hendikepem, jejich specifických potřeb a možností řešení. Představení pomůcek, které slouží pro komunikaci s lidmi s postižením, rozebírají hranice v oblasti sexuality, pojmy a pravidla pro práci se sexualitou. (Freya,2023)

Další pomoc pro lidi s mentálním postižením může být sexuální asistence. Rozkoš bez rizika v roce 2015 proškolila 5 sexuálních asistentů a asistentek. Organizace Rozkoš bez Rizika za účelem rozvoje sexuální asistence v České republice spolupracovala také se sexuální asistentkou Ninou de Vries, sexuální pedagožkou Catherine, sexuálním asistentem.

Erichem a dalšími odborníky, kteří se pohybují v této oblasti. Školení sexuálních asistentů a asistentek zajišťuje též organizace Freya. Asistenti jsou v České republice vázáni etickým kodexem pro práci sexuálního asistenta, který je tvořen seznamem doporučení pro výkon tohoto povolání. Mimo teoretické vymezení služby jsou zde charakterizovány zásady, jejichž dodržování napomáhá ke spokojenosti všech zainteresovaných. Sexuální asistence je zde definována jako služba založená na dobrovolnosti všech zúčastněných, včetně třetí strany, kterou mohou tvořit pečující osoby, jež se mohou zúčastnit úvodní schůzky. Povinností sexuálních asistentů je využívání supervize a účast na dalším vzdělávání, je-li to vhodné.(Freya, 2024)

V zařízení sociálních služeb se můžeme dnes setkat s různými postoji k sexualitě osob s mentálním postižením. S. L. Mandžáková uvádí čtyři možné způsoby přístupu v sociálních zařízeních: eliminace sexuality klientů tolerance sexuality klientů přijímání sexuality klientů kultivování sexuality klientů.(Mandžáková,2013) Dřívější neinformovanost vedla k nároku, že sexualita lidí s postižením je něco úchylného, odporného či nežádoucího. V poslední době však díky normalizaci a liberalizaci v zařízeních došlo ke změnám, které vedou k postupnému pochopení a přijetí.

### **6.3. Sexuální důvěrník**

„Naplněný sexuální a vztahový život vede ke štěstí a spokojenosti nás všech bez ohledu na to, zda máme nějaký hendikep. Je důležité, abychom mohli tyto potřeby naplňovat svobodně, ale také bezpečně a odpovědně a při obtížích měli k dispozici legitimní a bezpečné nástroje podpory." (Petr Eisner, 2023)

Sexuální důvěrník je označení pro pracovní pozici odborníka v sociálních službách, školství, případně zdravotnickém zařízení, který se v rámci své náplně práce zabývá tématem sexuality, vztahů a rodičovství lidí se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním na úrovni poskytování sexuální výchovy, osvěty, intervence a poradenství. Tuto pozici lze vykonávat pouze na základě písemného pověření zaměstnavatelem a splnění legislativních požadavků. Sexuální důvěrník na rozdíl od sexuálního asistenta nesmí svou činnos-

tí přímo uspokojovat potřeby klienta ani nahrazovat jiné sociální role. Na rozdíl od sexuálního asistenta důvěrník používá edukační pomůcky a materiály. (Nebud' na nule, 2024)



# Empirická část

## 7. Metodologie

Empirická část této diplomové práce je zaměřena na zkoumání perspektivy pracovníků<sup>1</sup> přímé péče na sexualitu a partnerské vztahy u osob s mentálním postižením. Cílem je zjistit, jaké postoje a názory mají pracovníci na tuto problematiku, jakým způsobem vnímají potřeby a práva osob s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů, jestli mají dostatečné vzdělání v této oblasti a jsou připraveni tyto osoby podporovat a pomáhat jim.

### 7.1. Kvalitativní výzkum

Pro účely tohoto výzkumu byla vybrána kvalitativní metoda. Kvalitativní výzkum poskytuje komplexní a přesvědčivý pohled na reálný svět, zahrnující zkušenosti, perspektivy a hodnoty zkoumaného objektu nebo subjektu. Navíc může tato metoda přidat kontakt a dynamiku zkoumanému jevu a odhalit tak údaje, které by nebylo možné získat pomocí kvantitativního výzkumu. (Dolanová, et al., 2023)

Dle Miovského kvalitativní výzkum popisuje, analyzuje a interpretuje nekvantifikované nebo nekvantifikovatelné vlastnosti zkoumaných jevů vnější i vnitřní reality. K tomu využívá kvalitativních metod. Výzkumník je sám účastníkem, interpretuje realitu, zjišťuje, jaký význam mají proměnné a jak se ovlivňují. Základ jeho úspěchu spočívá v osobním kontaktu s respondentem. Podstata tkví i v jeho osobnosti. Mnohé kvalitativní výzkumy není možno opakovat, mnohé procesy se odehrávají pouze jednou. (Miovský,2006)

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“. (Hendl,2005)

Metodou výzkumu jsem zvolila kvalitativní analýzu dotazníků, které byly distribuovány pracovníkům přímé péče v zařízeních poskytujících služby lidem s mentálním postižením. Kvalitativní metodu jsem zvolila, protože mým cílem není zkoumat širokou populaci, ale naopak se hlouběji věnovat této problematice. Dotazník byl distribuován do zaří-

---

<sup>1</sup> V textu střídám mužský a ženský rod u obecných označení (např. pracovník, pracovnice), abych zachovala genderovou vyváženost a zlepšila čitelnost textu. Tento přístup nevyjadřuje žádnou preferenci jednoho rodu nad druhým.

zení pracujících s lidmi s mentálním postižením napříč celou Českou republikou. Zaměřila jsem se na chráněná bydlení, denní a týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Dotazník obsahoval uzavřené otázky s jednou možnou odpovědí i otázky otevřené. Byl rozesílán elektronickou formou vedoucímu zařízení s žádostí, aby dotazník vyplnili pracovníci v přímé péči na různých pozicích a s různými pracovními zkušenostmi. Dotazník byl anonymní jak pro jednotlivá zařízení, tak pro jednotlivé pracovníky. Průvodní dopis obsahoval informace o účelu mého šetření, časovou náročnost, samotný odkaz na dotazník a poděkování.

Dotazník byl složen z 16 otázek, 11 otázek uzavřených, 4 otevřených. První 4 otázky byly zaměřeny na respondenta, na jeho věk, pracovní zkušenosti a zařízení, ve kterém pracuje. Další dvě otázky se týkaly uzavírání manželství a společného soužití lidí s mentálním postižením. Otázky 8 až 11 měly zjistit přístup jednotlivých zařízení k sexualitě, zbylé otázky byly zaměřené na samotné respondenty, jejich kurzy a školení v této oblasti a konkrétní situace, které řeší.

## **7.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Standardizovaným dotazníkem jsem oslovila pracovníky v přímé péči ve vybraných zařízeních pracujících s lidmi s mentálním postižením. O vyplnění dotazníku jsem poprosila 10 specializovaných zařízení, primárně denní a týdenní stacionáře, chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením. S prosbou o vyplnění dotazníků jsem oslovila denní stacionář Pohoda z.ú., (Hlavní město Praha), týdenní stacionář Petrklíč p.o., (Olomoucký kraj), denní stacionář Ruka pro život o.p.s., (Jihomoravský kraj), chráněné bydlení Domov bez zámku p.o., (Vysočina, Středočeský kraj), chráněné bydlení Ústav sociální péče pro mládež Kvasiny, (Královeský kraj), chráněné bydlení Diakonie československé církve evangelické, (Plzeňský kraj), Domov radost, Domov Harcov pro osoby se zdravotním postižením, (Liberecký kraj), Domov Dědina pro osoby se zdravotním postižením, (Královeský kraj), Zámeček Střelice, (Jihomoravský kraj), který je domovem pro osoby se zdravotním postižením a domov Harmonie p.o., (Moravskoslezský kraj).

Hlavním cílem empirické části bylo zjištění úrovně vzdělání v oblasti sexuální výchovy, zkušeností a schopnosti řešit nastalé situace s lidmi s mentálním postižením u pracovníků přímé péče.

### **7.3. Etika výzkumu**

Základní etické principy byly naplněny. Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s cílem dotazníku a cílem celé diplomové práce. Respondenti byli informováni o tom, že jejich účast je dobrovolná. Veškeré údaje byly shromažďovány v anonymní formě a zachovány v souladu s principy důvěrnosti a ochrany soukromí. Data byla zpracována pouze pro potřeby této diplomové práce a nebudou zpřístupněna žádným třetím stranám. Sběr dat byl navržen tak, aby minimalizoval jakékoli potenciální nepohodlí či rizika účastníků výzkumu.

### **7.4. Limity a omezení výzkumu**

V rámci diplomové práce, která se zaměřuje na zjištění úrovně vzdělání pracovníků v oblasti sexuální výchovy, jejich zkušenosti a schopnosti řešit situace v péči o osoby s mentálním postižením, je třeba definovat limity a omezení výstupů empirické část. Dotazníky byly distribuovány pouze v 10 specializovaných zařízeních, což znamená, že neberou v úvahu jiná zařízení, která by mohla mít odlišné podmínky nebo specifika. Výsledky tedy nemusí odrážet celkový stav v celé České republice.

Dalším limitem může být subjektivita odpovědí. Dotazník se zaměřuje na sebehodnocení pracovníků, což může být ovlivněno subjektivním vnímáním. Pracovníci mohou mít tendenci hodnotit své schopnosti kladně nebo se naopak vyhýbat nepříjemným odpovědím, které by mohly odhalit jejich nedostatky.

Různé typy zařízení mohou mít odlišné pracovní podmínky a přístupy k péči, což může mít vliv na schopnosti a vzdělání pracovníků v oblasti sexuální výchovy. Například v chráněném bydlení nebo domovech pro osoby se zdravotním postižením mohou mít pracovníci jiné potřeby nebo zaměření než pracovníci v denních stacionářích.

Dotazník je kvalitativní metodou, která nemusí vždy odrážet každodenní praxi. Některé aspekty, jako jsou konkrétní zkušenosti s řešením situací, mohou být lépe zmapovány prostřednictvím rozhovorů nebo pozorování, než prostřednictvím standardizovaných otázek.

Další limit může představovat samotné téma sexuální výchovy u lidí s mentálním postižením. Toto téma může být stále v některých oblastech tabuizováno. Toto stigma může ovlivnit ochotu pracovníků diskutovat o těchto otázkách nebo hodnotit vlastní schopnosti.

Největší omezení výstupu empirické částí vnímám v anonymitě dotazovaných. Bez znalosti konkrétního respondenta nelze odpovědi zasadit do širšího kontextu. Limit u anonymních dotazníků může být provázání jednotlivých odpovědí, neboť při absenci osobního kontaktu není možné se na nejasné odpovědi doptat, nebo požádat o vysvětlení.

Dle Reichla je zkoumaný sociální aspekt vždy součástí širšího kontextu, který je více-dimenzionální a současně neustále proměnlivý. Z tohoto důvodu jsou empirické výzkumy poznamenány vysokou mírou nepřesnosti. (Reichl, 2009)

„Nelze nezmínit tzv. Thomasův teorém, který je dokladem, že takřka od počátku sociálních výzkumů je známo, že výpovědi aktérů určité sociální události jsou svým způsobem modifikovány a tyto mechanismy subjektivní reinterpretace eliminovat je v podstatě nemožné.“ (Reichl, 2009)

## **7.5. Tematická analýza**

„Cílem tematické analýzy je identifikovat témata, tedy vzorce v datech, která jsou důležitá nebo zajímavá, a použít tato témata k řešení výzkumu nebo k vyjádření něčeho k problému. To je mnohem víc než pouhé shrnutí dat; dobrá tematická analýza to interpretuje a dává smysl. Častým úskalím je použití hlavních otázek rozhovoru jako témat“ (Clarke & Braun, 2013 in Maguire and Delahunt, 2017).

V dotazníku byly pokládány uzavřené i otevřené otázky. Tematická analýza dat se bude vztahovat zejména k otevřeným otázkám. Výsledky uzavřených otázek budou znázorněny pomocí grafů a tabulek

## **7.6. Výzkumné otázky**

Za hlavní cíl výzkumu jsem si stanovila prozkoumat, zda se pracovníci přímé péče s osobami s mentálním postižením cítí dostatečně vzdělaní v oblasti sexuality a partnerských vztahů a jsou schopni s klienty řešit otázky sexuality. V souladu se stanoveným cílem jsem sestavila několik výzkumných otázek podle toho, jaké odpovědi jsem chtěla získat v souvislosti s problémem.

### **Výzkumné otázky**

1. Nabízí Vaše organizace lidem s mentálním postižením sexuální výchovu, případně poradenství?

2. Máte školení nebo odborné vzdělání v oblasti sexuality a jejích specifík pro osoby s mentálním postižením?
3. Cítíte se připraven/a řešit otázky týkající se sexuality v rámci své práce s klienty?
4. Jaké problémy v oblasti sexuality jsou u klientů Vašeho zařízení (podle Vás) nejčastější?
5. Jaký je Váš postoj k masturbaci osob s mentálním postižením?

Dotazník vyplnilo 28 respondentů, přičemž byl rozeslán do 10 specializovaných zařízení. Při analýze dat nebyly v dotazníku nalezeny žádné neplatné odpovědi, všech 28 odpovědí bylo v analýze zohledněno. Po sesbírání všech dat z otázek jsem je analyzovala a následně přidělila témata. Témata jsem vytvořila na základě podobnosti odpovědí v jednotlivých otázkách.

Téma 1. – Sexuální výchovy

Téma 2. – Vzdělávání

Téma 3. – Otázky sexuality a jejich řešení

Téma 4. – Problémy v oblasti sexuality

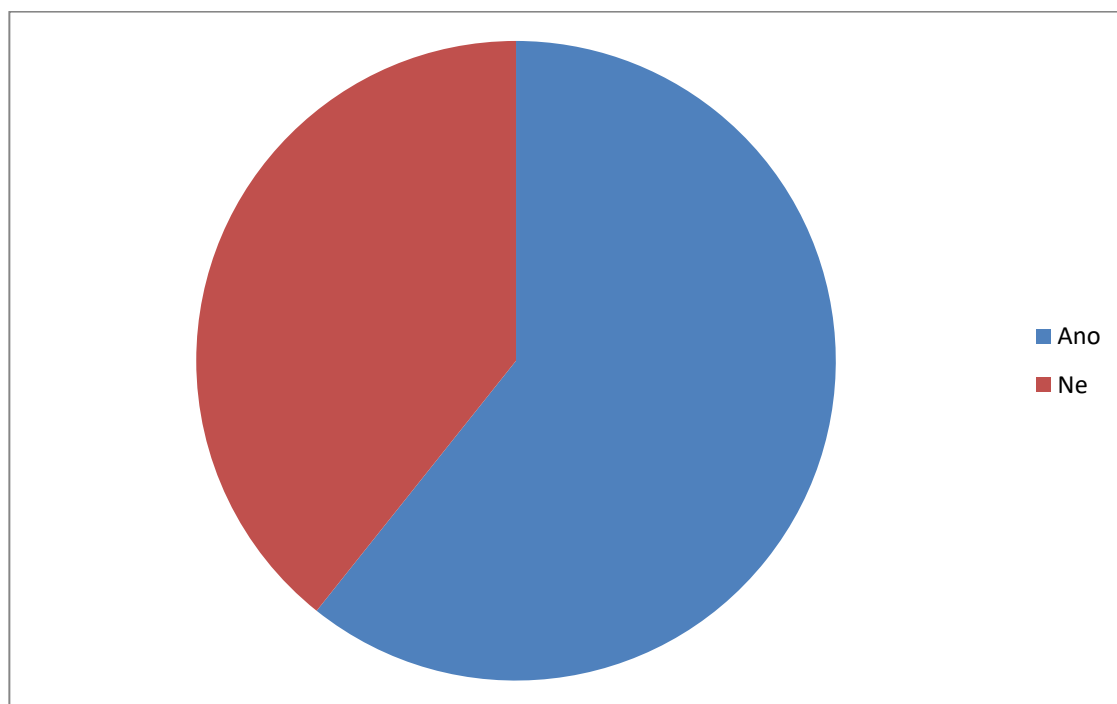
Téma 5. – Postoj pracovníků k masturbaci

## **1. Téma sexuální výchovy**

V rámci otázek mě zajímalo, zda vybraná zařízení poskytují svým klientům sexuální výchovu, nebo poradenství v oblasti sexuality. Většina respondentů (61%) odpověděla, že ve svých zařízeních nabízejí sexuální výchovu nebo poradenství v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením. Nejčastěji sexuální výchovu v dané organizaci zajišťují její vlastní zaměstnanci. Využití personálu, který je součástí zařízení, pomáhá snižovat náklady spojené s najímáním externích odborníků. Tito pracovníci mají také blízký vztah ke klientům a dobře znají jejich každodenní potřeby. Terapeuti jsou druhou nejvíce zapojenou skupinou po interních pracovnících. Díky specializovanému vzdělání v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením mohou terapeuti poskytovat citlivý a profesionální přístup. Služby psychologů využívá jeden respondent. Využívání služeb psychologů může mít omezenou dostupnost a náklady na jejich služby mohou být vyšší. Některá zařízení rovněž spolupracují s externími specializovanými organizacemi. Je pravděpodobné, že tato setkání nejsou or-

ganizována každý měsíc, ale spíše například na roční bázi, což může vést k tomu, že některé problémy klientů zůstávají nevyřešené po delší dobu.

Graf č. 1 znázorňuje, zda organizace nabízí lidem s mentálním postižením sexuální výchovu, případně poradenství



zdroj: vlastní

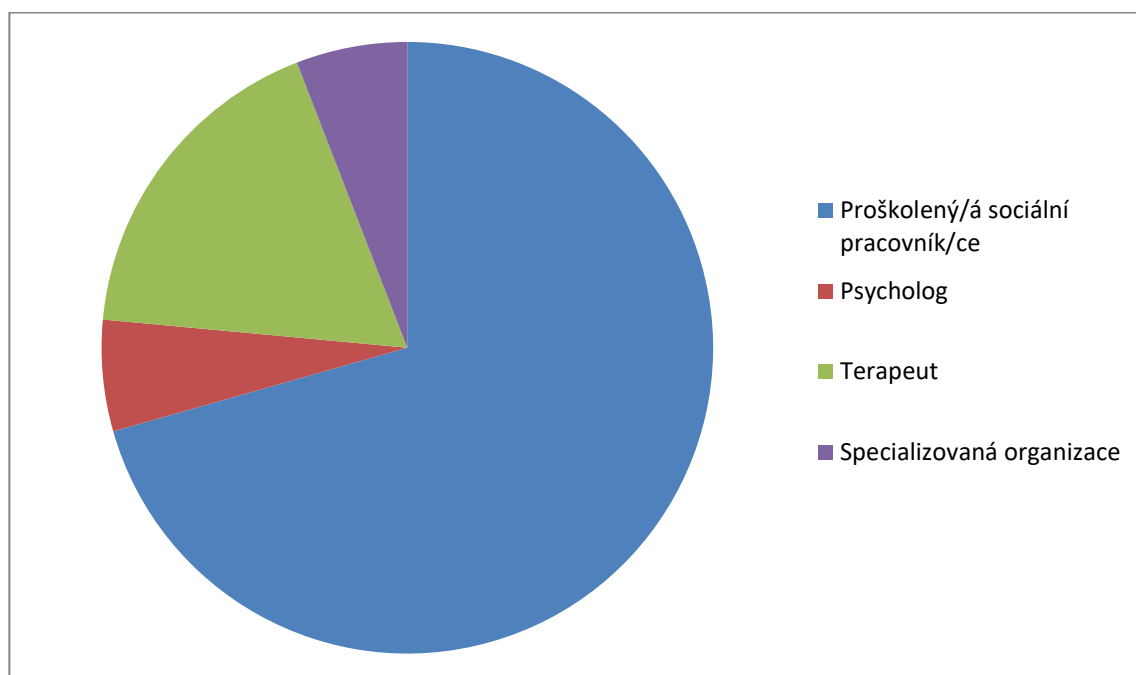
Ano	17	61%
Ne	11	39%

zdroj: vlastní

Většina organizací poskytuje sexuální výchovu nebo poradenství, což je pozitivní signál o zvyšujícím se povědomí o důležitosti tohoto tématu.

Významné část organizací (11) tuto službu nenabízí, což může naznačovat nedostatek znalostí a odbornosti v této oblasti. Dalším důvodem může být i podcenění potřeby sexuálního vzdělávání osob s mentálním postižením, nebo nedostatečné finanční či personální zdroje.

Graf č. 2 znázorňuje, kdo ve vybraných zařízeních provádí sexuální výchovu klientů.



zdroj: vlastní

Proškolený/á pracovník/ce	12	70%
Psycholog	1	6%
Terapeut	3	18%
Specializovaná organizace	1	6%

zdroj: vlastní

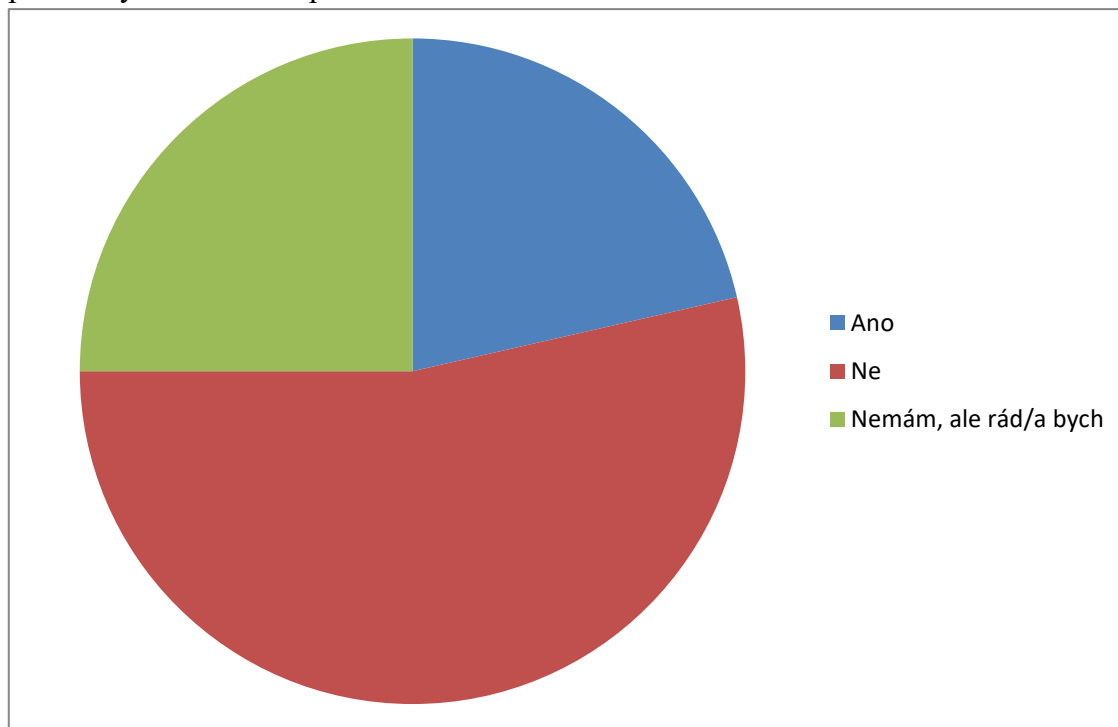
Největší podíl sexuální výchovy provádějí přímo pracovníci dané organizace. Terapeuti jsou druhou nejčastější skupinou po proškolených pracovnících. Podobně jako u psychologů, kterého využívá jeden respondent, může být jejich dostupnost omezená a jejich služby mohou být finančně nákladnější. Jedno zařízení též využívá služeb externí specializované organizace.

## 2. Téma vzdělávání

Pouze malá část pracovníků má v této oblasti odborné vzdělání, což naznačuje, že existují omezené možnosti nebo povědomí o specializovaných vzdělávacích programech. Více než polovina zaměstnanců nemá žádnou odbornou kvalifikaci, což může mít negativní dopad na kvalitu podpory, kterou klientům v této oblasti poskytují. Čtvrtina respondentů projevila zájem o další vzdělávání, což ukazuje, že mají zájem o rozvoj svých dovedností v této důležité oblasti. Nízký počet proškolených pracovníků může být také důsledkem široké nabídky jiných akreditovaných školení. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV)

nabízí pouze čtyři akreditované kurzy zaměřené na sexualitu osob s mentálním postižením, všechny v prezenční formě, což může ovlivnit rozhodování pracovníků při výběru kurzu v rámci povinného vzdělávání. Viz tabulka číslo 1.

Graf č. 3 znázorňuje proškolení pracovníků v oblasti sexuality a jejích specifík pro osoby s mentálním postižením



zdroj: vlastní

Ano	6	21%
Ne	15	54%
Nemám, ale rád/a bych	7	25%

zdroj: vlastní

### 3. Otázky sexuality a jejich řešení

Pouze 21 % respondentů se cítí plně připraveno řešit otázky sexuality, což naznačuje, že v oblasti odborné přípravy a podpory existuje výrazný prostor pro zlepšení. Tento výsledek ukazuje, že většina pracovníků pravděpodobně postrádá dostatečné školení nebo jistotu při řešení takto citlivých témat, což by mohlo ovlivnit kvalitu poskytované péče a podporu klientům.

Největší skupina respondentů (43 %) uvedla, že jejich schopnost řešit otázky sexuality závisí na konkrétní situaci, což může naznačovat několik věcí. Možná jim chybí jasné a

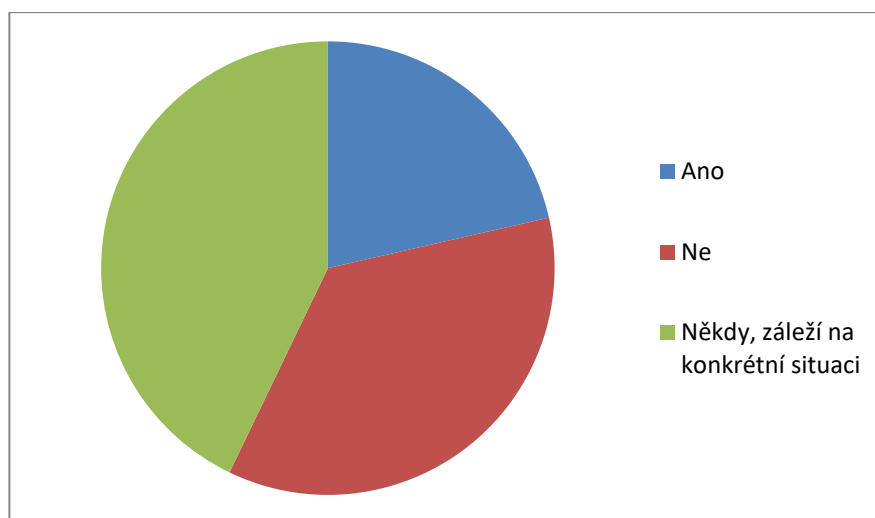


jednotné pokyny pro řešení těchto problémů, což může vést k situacím, kdy pracovníci nevědí, jak správně reagovat, nebo si nejsou jistí, jak postupovat. Tento stav může rovněž naznačovat nedostatek praktických zkušeností nebo případnou nejistotu, která je běžná v situacích, kdy pracovníci nejsou dostatečně vyškoleni. V některých případech může také docházet k tomu, že pracovníci nemají jasné standardy nebo metodiky pro práci v této oblasti, což může vést k variabilitě v přístupu k jednotlivým klientům.

Skupina, která odpověděla „ne“, tedy že se necítí schopná řešit otázky sexuality, může být více náchylná k přenechání těchto situací kolegům, kteří mají větší jistotu nebo zkušenosti v této oblasti. To by mohlo vést k nerovnoměrnému rozdělení odpovědnosti mezi pracovníky a k tomu, že některé problémy, zejména v oblasti sexuality, mohou být přehlíženy nebo neřešeny. Tento jev by mohl negativně ovlivnit kvalitu poskytované podpory a péče, protože někteří pracovníci by se mohli vyhýbat těmto otázkám, místo aby je řešili přímo.

Výsledky tohoto tématu přímo souvisejí s odpověďmi na otázku, zda mají zařízení zavedený Protokol o sexualitě a vztazích. Protokolu sexuality zahrnuje oblasti vzdělávání, soukromí klientů, sebeuspokojování, sexuální pomůcky, informovaný souhlas, vztahy mezi klienty, projevy sexuality, regulaci porodnosti, rodičovství, pohlavně přenosné nemoci, sexuální zneužívání a nevhodné sexuální chování. (Štěrbová,2007) Odpovědi naznačují, že pracovníci, kteří nemají dostatečnou odbornou přípravu nebo podporu, mohou mít tendenci se vyhýbat těmto tématům nebo je delegovat na jiné osoby. To ukazuje na nutnost lepšího školení, jasnějších pokynů a lepší podpory pro pracovníky v této oblasti, aby se zvýšila jejich sebedůvěra a schopnost efektivně řešit otázky sexuality. Zavedení školení, protokolů a konzultační podpory by mohlo zlepšit připravenost zaměstnanců a zajistit kvalitnější podporu klientům.

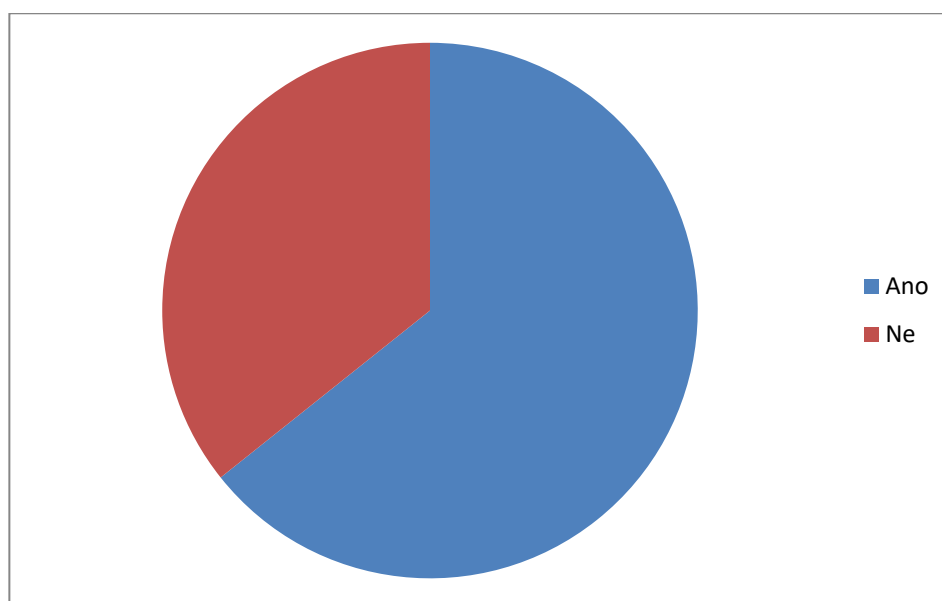
Graf č. 4 znázorňuje připravenost pracovníků řešit otázky v oblasti sexuality



Ano	6	21%
Ne	10	36%
Někdy, záleží na situaci	12	43%

zdroj: vlastní

Graf č. 5 znázorňuje, zda mají vybraná zařízení zavedený tzv. Protokol o sexualitě a vztazích.



zdroj: vlastní

Ano	18	64%
Ne	10	36%

zdroj: vlastní

Většina zařízení (64 %) má zavedený Protokol o sexualitě a vztazích, což ukazuje na pokrok v této oblasti. Přesto třetina zařízení (36 %) tuto klíčovou potřebu opomíjí. Protokol chrání klienty i zaměstnance například při řešení citlivých nebo problematických situací. Podporuje práva klientů na bezpečné prožívání sexuality a budování vztahů. Důsledkem absence Protokolu může být riziko nejednotného přístupu mezi zaměstnanci, což mohou naznačovat odpovědi u otázky číslo 10. Absence Protokolu též nezajišťuje ochranu před nevhodným chováním nebo potenciálním zneužíváním.

Kvalita Protokolu se může mezi jednotlivými zařízeními lišit, neboť si jí do metodik zařazuje každá organizace samostatně. Zavedení Protokolu by mělo být prioritou pro všechna zařízení, aby byla zajištěna ochrana práv klientů i zaměstnanců a podporován jednotný a profesionální přístup.

#### **4. Problémy u klientů v oblasti sexuality**

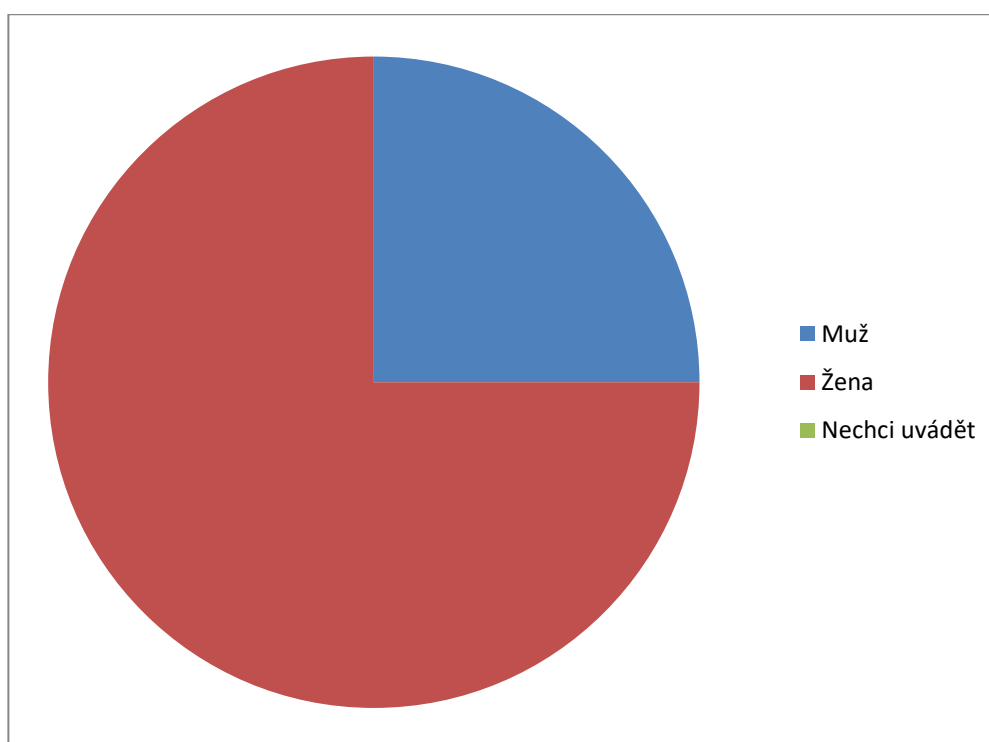
Přes polovinu pracovníků uvedlo, že klienti mají obtíže s navazováním vztahů a hledáním vhodného partnera. Problémy mohou být způsobeny omezenými sociálními dovednostmi, nedostatkem příležitostí k interakcím nebo předsudky vůči osobám s mentálním postižením. Téměř třetina pracovníků jako častý problém uvedla, že klienti někdy projevují nevhodné chování, jako je osahávání druhých osob na veřejnosti. Tento problém je často důsledkem nedostatku informací o sociálních normách, hranicích a respektu k druhým. Takové chování může vést k sociálním konfliktům, odmítání klientů okolím nebo dokonce k právním problémům. Malé procento pracovníků zmínilo obtěžování jako problém, což může zahrnovat situace, kdy klienti zažívají verbální nebo fyzické obtěžování ze strany ostatních. Zranitelnost klientů vůči obtěžování je zvýšena jejich omezenými schopnostmi rozpoznat rizikové situace a bránit se. Obtěžování může vést k psychickému stresu, úzkosti a snížení důvěry klientů v okolní svět. Nedostatečné řešení tohoto problému může mít dlouhodobé negativní důsledky na jejich bezpečí a pohodu. Jeden respondent uvedl jako problém imitaci chování viděného v médiích, což může zahrnovat idealizované nebo nevhodné vzorce sexuálního chování. Otázku týkající se sexuální orientace, především orientace na jedince stejného pohlaví uvedl též jeden respondent.

#### **5. Postoje pracovníků k masturbaci klientů**

Postoje pracovníků v přímé péči k masturbaci klientů s mentálním postižením byly buď pozitivní, nebo neutrální. Žádný respondent neoznačil masturbaci za něco zakázaného nebo

nevhodného. Respondenti se shodovali, že masturbace je přirozený projev sexuality, který platí i pro lidi s mentálním postižením. Je chápána jako zdravý způsob, jak si lidé s mentálním postižením mohou uvědomit vlastní tělo a své potřeby. Masturbace je vnímána jako bezpečný způsob, jak vyjádřit sexuální energii bez rizika pohlavních nemocí, neplánovaného těhotenství nebo sexuálního zneužití. Bylo zdůrazňováno respektování práv lidí s mentálním postižením. Někteří respondenti vnímají masturbaci jako akceptovatelnou aktivitu, pokud je prováděna v soukromí.

Graf č. 6 : Jaké je Vaše pohlaví?



zdroj: vlastní

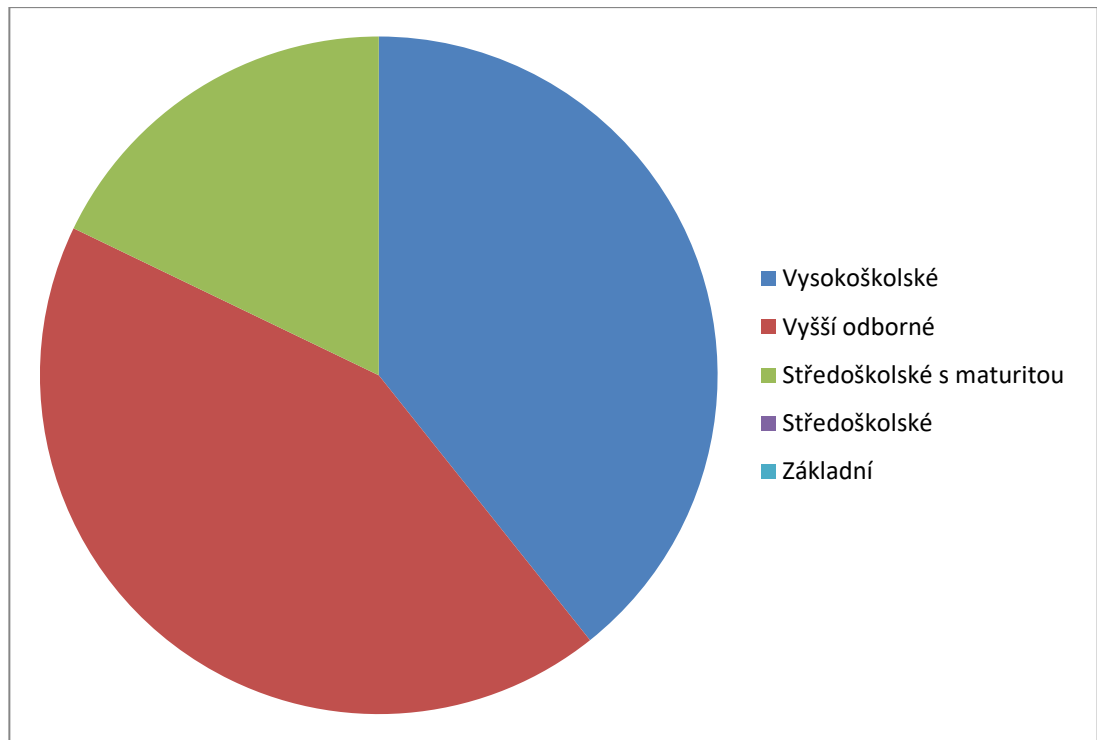
Muž	7	25%
Žena	21	75%
Nechci odpovědět	0	0%

zdroj: vlastní

První dotazovaná otázka směřovala k tomu, jaké pohlaví mezi pracovníky v přímé péči převažuje. Nejvíce zastoupenou skupinou byly ženy, které představovaly 75% všech dotazovaných, muži tvořili 25% analyzovaného vzorku. V oblasti sociálních služeb, zejména v přímé péči (např. pečovatelé, pracovníci v domovech pro seniory, terénní pra-

covníci), je tradičně více žen než mužů. Tento trend je obecně viditelný v mnoha zemích a je výsledkem několika faktorů.

Graf č. 7 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



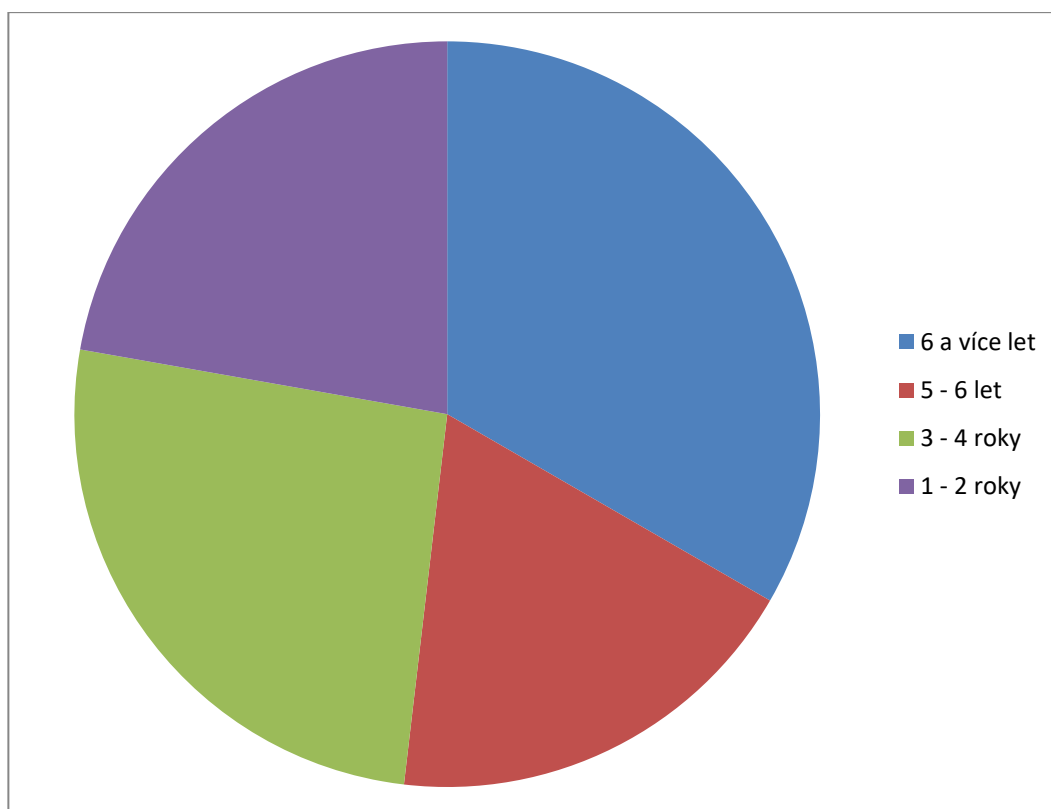
zdroj: vlastní

Vysokoškolské	11	39%
Vyšší odborné	12	43%
Středoškolské s maturitou	5	18%
Středoškolské	0	0%

zdroj: vlastní

Další položka otazníku měla zjistit nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných. Většina dotazovaných má vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání, což je předpoklad hlubší znalosti problematiky. U 5 dotazovaných se středoškolským vzděláním s maturitou je předpoklad kurzu Pracovník v sociálních službách, či jiného akreditované školení.

Graf č 8 : Jak dlouho pracujete s lidmi s mentálním postižením?



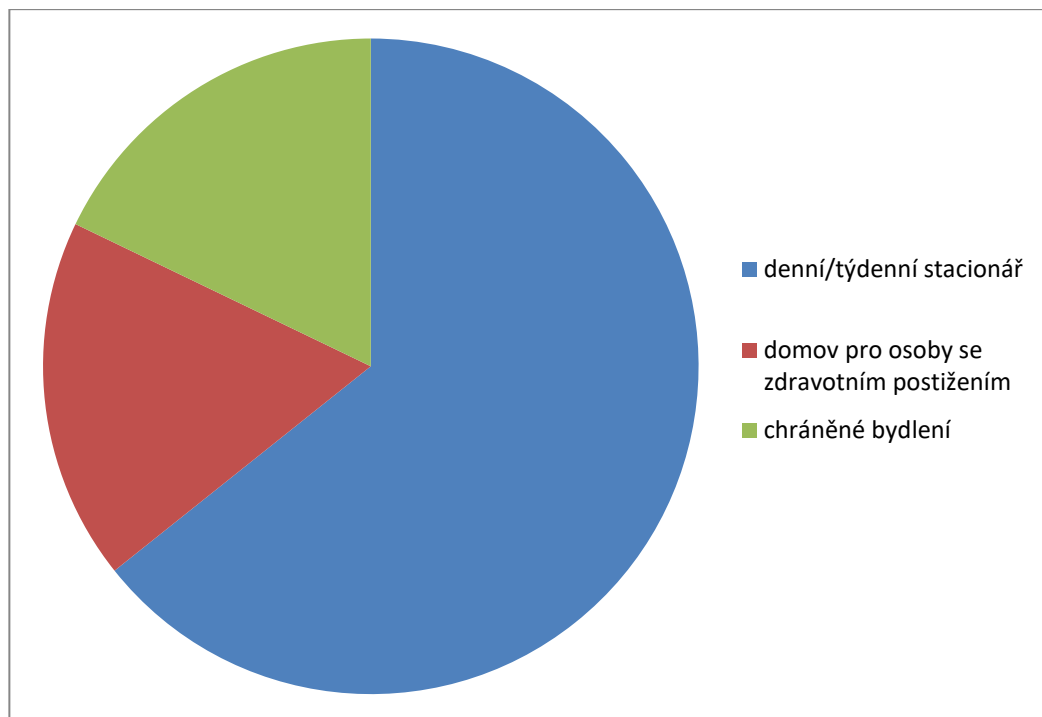
zdroj: vlastní

6 a více let	9	33%
5 - 6 let	5	19%
3-4 roky	7	26%
1-2 roky	6	22%

zdroj: vlastní

Tato otázka měla za cíl zjistit délku praxe dotazovaných. U této otázky měly jednotlivé kategorie téměř stejný počet odpovědí. Je předpoklad, že jedna čtvrtina dotazovaných má hlubší zkušenosti a vyšší úroveň odbornosti. Naopak 6 respondentů má praxi 1 -2 roky, což může znamenat nejméně zkušeností.

Graf č. 9: V jakém typu sociálního zařízení pracujete?



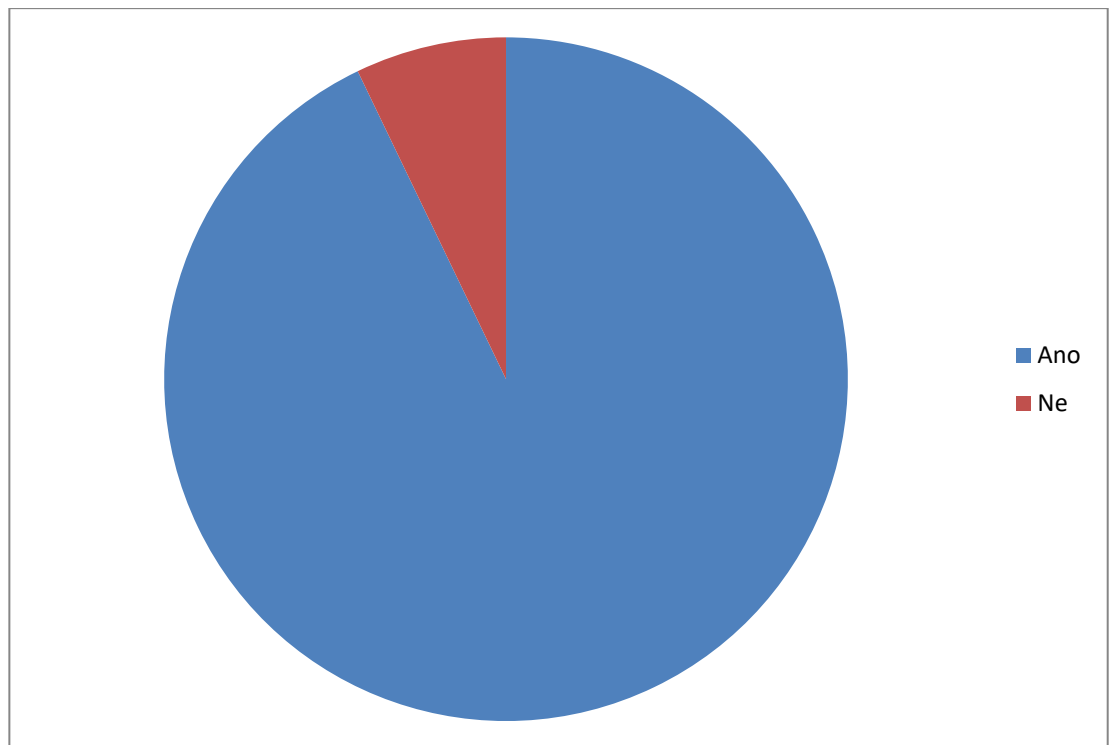
zdroj: vlastní

Denní/týdenní stacionář	18	64%
Domov pro osoby se zdravotním postižením	5	18%
Chráněné bydlení	5	18%

zdroj: vlastní

Otázka měla zjistit, v jakém zařízení pracovníci pracují. Data ukazují, že většina pracovníků (64 %) pracuje v denním/týdenním stacionáři. 18 % pracovníků se nachází v domovech pro osoby se zdravotním postižením a dalších 18 % pracovníků pracuje v chráněném bydlení. Vzhledem k anonymitě dotazovaných, nelze opět rozlišit, kolik pracovníků z jednotlivých zařízení odpovídalo na dotazníkové otázky.

Graf č. 10 Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli uzavírat manželství?



zdroj: vlastní

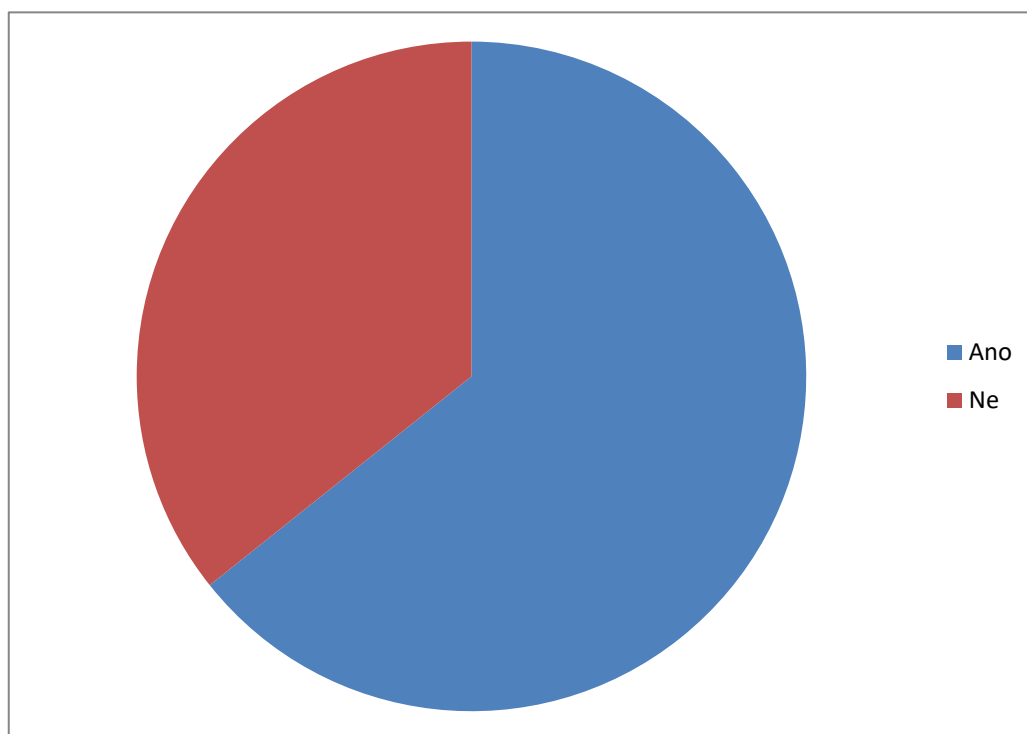
Ano	26	93%
Ne	2	7%

zdroj: vlastní

Z vyhodnocení na tuto otázku vyplývá, že největší procento respondentů (93% %) si myslí, že by lidé s mentálním postižením měli uzavírat manželství. Pouze dva respondenti, tedy 7%, s tímto výrokiem nesouhlasí.



Graf č. 11 Umožňuje Vaše zařízení dlouhodobým párům společné soužití?



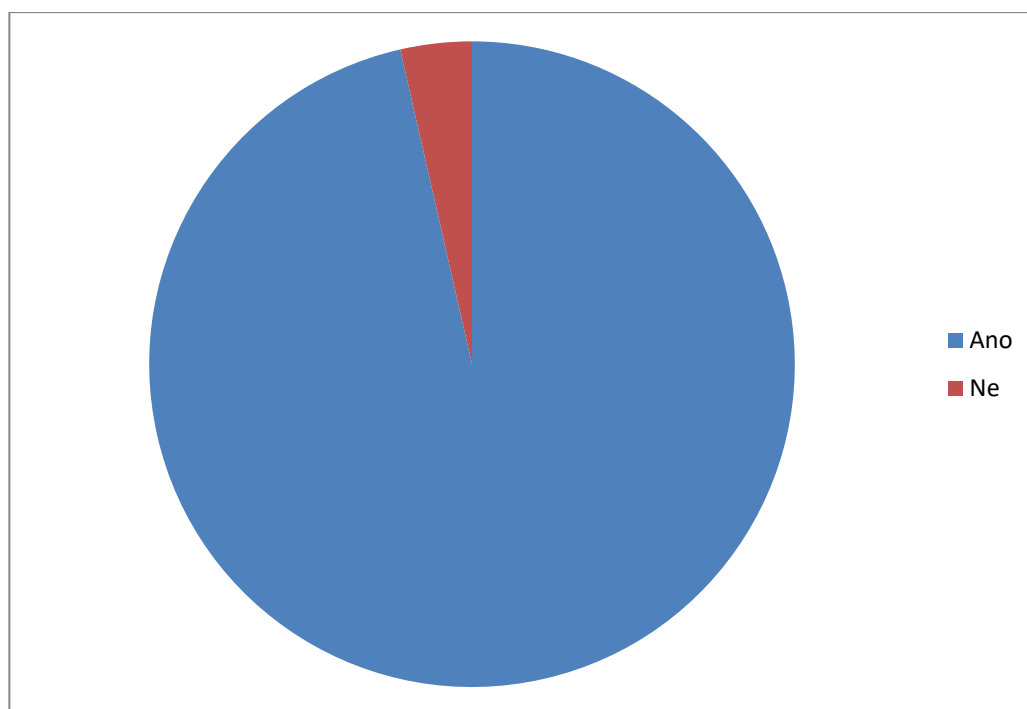
zdroj: vlastní

Ano	18	64%
Ne	10	36%

zdroj: vlastní

Tato dotazníková otázka se zaměřuje na schopnost zařízení podporovat společné soužití dlouhodobých párů. Jelikož dotazník byl anonymní a rozeslán do 10 zařízení s žádostí o předání dalším pracovníkům v přímé péči, nelze určit, kolik dotazovaných zařízení společné soužití skutečně nabízí. Lze jen podotknout, že 64% pracovníků v přímé péči s lidmi s mentálním postižením může tuto možnost svým klientům nabídnout.

Graf č. 12 : Myslíte si, že lidé s mentálním postižením mají právo na sexuální život?



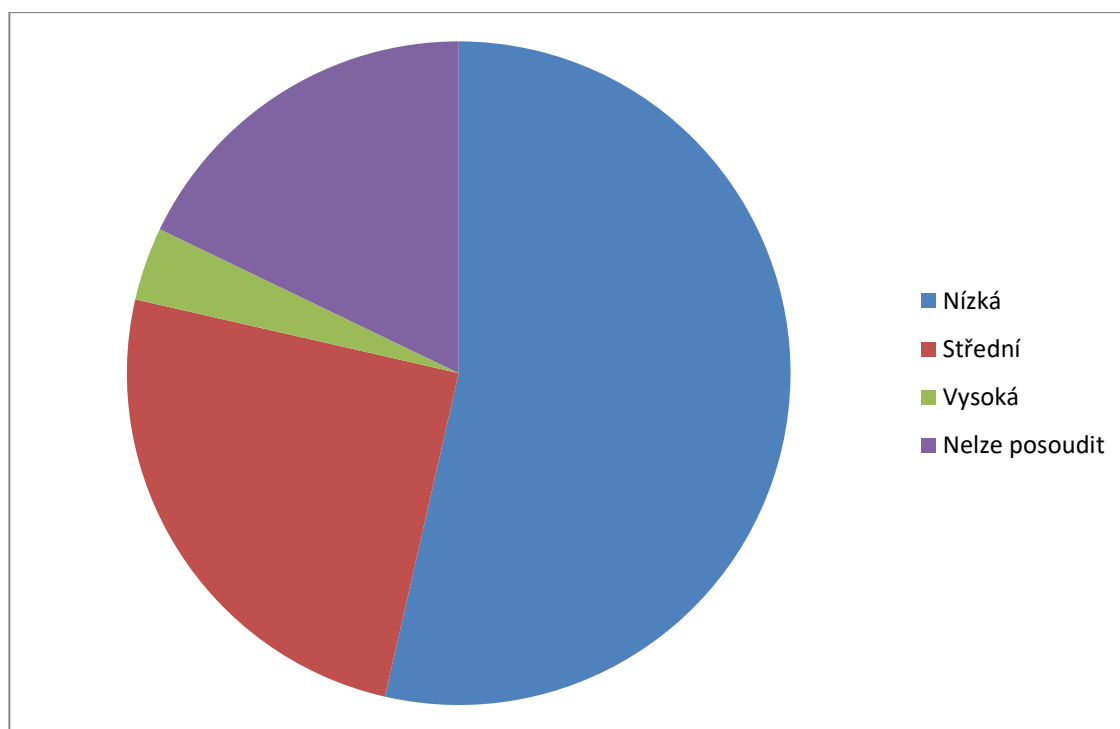
zdroj: vlastní

Ano	27	96%
Ne	1	4%

zdroj: vlastní

Výsledek naznačuje vysokou míru podpory práva na sexuální život u lidí s mentálním postižením. Může to být odrazem všeobecného povědomí o lidských právech a také pozitivní zkušenosti. Respondenti mohou být ovlivněni tím, že otázka nese etický podtext a společensky žádoucí odpovědí může být „ano“. Pouze jeden dotázaný odpověděl „ne“. Tento výsledek je menšinový, ale důležitý.

Graf č 13 : Jak hodnotíte informovanost osob s mentálním postižením o sexualitě?



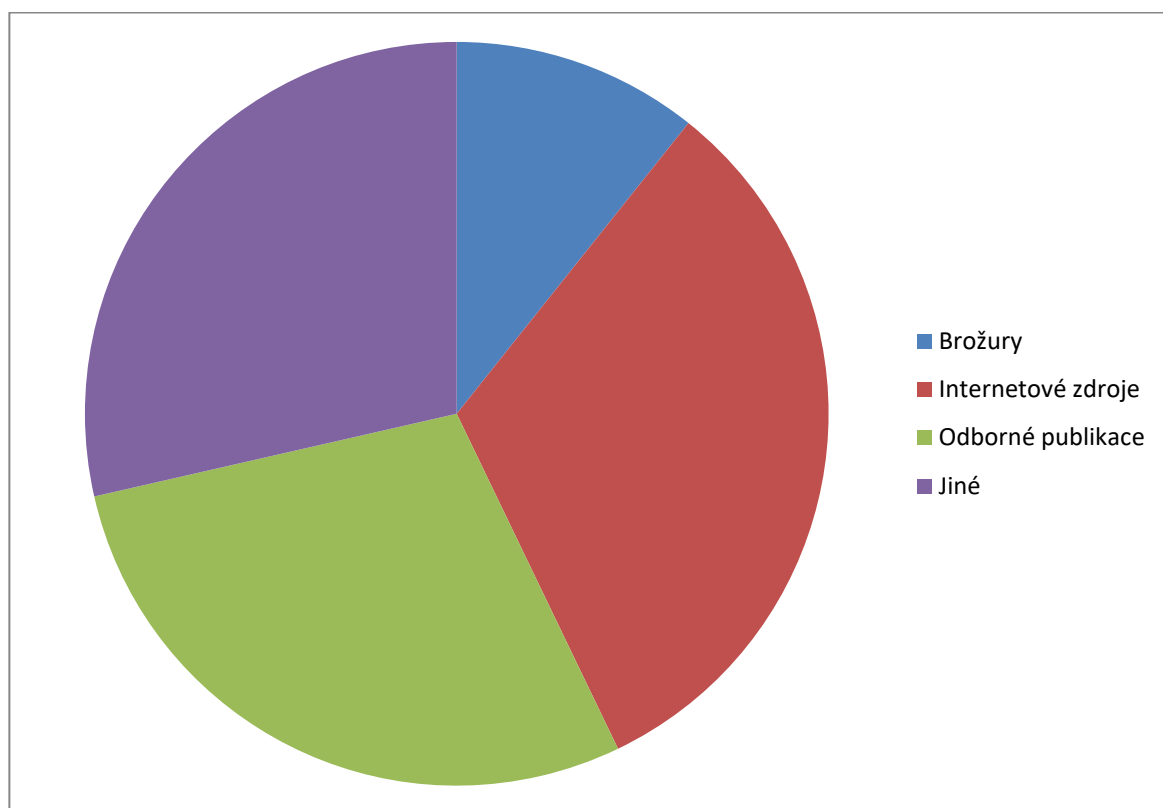
zdroj: vlastní

Nízká	15	53%
Střední	7	25%
Vysoká	1	4%
Nelze posoudit	5	18%

zdroj: vlastní

Informovanost osob s mentálním postižením o sexualitě je většinou hodnocena jako nízká, což poukazuje na nutnost většího úsilí v této oblasti. Výsledky ukazují rozdílné přístupy mezi zařízeními, přičemž pouze malá část nabízí optimální podporu. Část zařízení pravděpodobně nemá nástroje nebo data k hodnocení této oblasti. Na otázku „nelze posoudit“ odpovědělo pět respondentů. Může jít také o zařízení, která se sexuální výchovou dostatečně nezabývají, a proto nemají dostatečný přehled o úrovni informovanosti klientů. Výsledky otázky číslo 10 mohou být znepokojivé, vzhledem k tomu, že na otázku „Nabízí Vaše organizace lidem s mentálním postižením sexuální výchovu, případně poradenství?“ odpovědělo 17 respondentů, že ano. Sexuální výchova může být v tomto případě nedostatečná, nebo špatně nastaven na potřeby klientů.

Graf č. 14 Jaké materiály nebo zdroje používáte při poskytování informací o sexualitě lidem s mentálním postižením?



Brožury	3	11%
Internetové zdroje	9	32%
Odborné publikace	8	28%
Jiné	8	28%

zdroj: vlastní

Internetové zdroje a odborné publikace jsou dominantní, což odráží jejich snadnou dostupnost a kvalitu. Internetové zdroje a odborné publikace poskytují široké spektrum informací a mohou být flexibilně využívány. Nízké využití brožur naznačuje potřebu jejich modernizace nebo přizpůsobení. Kategorie „jiné“ zdůrazňuje potenciál kreativity a individualizace, což může být inspirací pro rozšíření vzdělávacích přístupů. Naopak pokud „jiné“ materiály zahrnují jen vlastní zdroje, může být kvalita závislá na zkušenostech a schopnostech personálu. Různorodost zdrojů naznačuje, že zařízení se snaží přizpůsobit materiály individuálním potřebám. Pro efektivní vzdělávání je důležité kombinovat různé zdroje a přístupy.

## Diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké postoje a názory mají pracovníci na tuto problematiku, jakým způsobem vnímají potřeby a práva osob s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů, jestli mají dostatečné vzdělání v této oblasti a jsou připraveni podporovat tyto osoby a pomáhat jim.

Výsledky ukázaly, že 61 % respondentů potvrdilo, že jejich zařízení nabízí sexuální výchovu nebo poradenství. Tento výsledek naznačuje, že sexuální výchova je v této oblasti stále více uznávána jako součást komplexní péče o osoby s mentálním postižením. Podle dostupných studií a odborných doporučení je důležité, aby sexuální výchova byla součástí každodenního života lidí s mentálním postižením, neboť jim pomáhá rozvíjet odpovědné chování a zvyšuje jejich schopnost orientovat se v intimních vztazích (Smith, 2018).

Lze říci, že sexuální výchova a poradenství v oblasti sexuality pro osoby s mentálním postižením je stále více uznávanou součástí péče, přičemž různé modely poskytování těchto služeb mají své výhody i nevýhody. V budoucnu by bylo vhodné pokračovat ve zlepšování kvality a dostupnosti těchto služeb, zejména zajištěním pravidelného školení interního personálu a zajištěním přístupu k externím odborníkům. Kromě toho by mělo být zvaženo zavedení pravidelnějších terapeutických sezení a lepší dostupnosti psychologických služeb pro klienty, kteří to potřebují.

Navzdory zjištění, že více než polovina zařízení nabízí sexuální výchovu nebo poradenství, výsledky výzkumu ukazují, že odborné vzdělání v oblasti sexuální výchovy pro pracovníky v zařízeních pro osoby s mentálním postižením je v této oblasti stále nedostatečné. Pouze malá část pracovníků má specializované vzdělání, což naznačuje, že v tomto směru existují omezené možnosti nebo povědomí o specializovaných vzdělávacích programech. Tato situace může mít negativní dopad na kvalitu poskytované podpory v oblasti sexuality, protože pracovníci bez dostatečné kvalifikace nemusí být připraveni adekvátně reagovat na citlivé otázky týkající se intimních vztahů a sexuálního chování osob s mentálním postižením.

Pozitivním zjištěním je, že čtvrtina respondentů projevila zájem o další vzdělávání, což naznačuje, že pracovníci si uvědomují důležitost této oblasti a mají zájem o zlepšení svých dovedností. Tento zájem o rozvoj profesních kompetencí by měl být podporován ze strany managementu organizací i odborných institucí, aby se zajistil dostatečný odborný růst pracovníků, kteří mají přímý kontakt s klienty. V tomto ohledu by bylo užitečné moti-

vovat pracovníky k účasti na školeních a vytvářet pro ně možnosti pro další vzdělávání v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

Zjištění v rámci tématu Problémy klientů v oblasti sexuality jsou také úzce spjata s otázkou zavedení Protokolu o sexualitě a vztazích v zařízeních. Odpovědi ukazují, že pracovníci, kteří nemají dostatečnou odbornou přípravu nebo podporu, mají tendenci se těmito tématům vyhýbat nebo je přenechávat těm, kteří se cítí jistější. To vyvolává otázku, jakým způsobem by měly organizace podporovat pracovníky při řešení citlivých témat a jaké kroky je třeba podniknout k zajištění vyšší úrovně odborné přípravy.

Z těchto zjištění vyplývá několik klíčových doporučení. V první řadě je nutné zlepšit školení pracovníků, aby se cítili dostatečně připraveni na práci s citlivými otázkami sexuality. Tato školení by měla být nejen teoretická, ale i praktická, zaměřená na konkrétní situace, které pracovníci mohou zažít. Dále by měla být vytvořeny jasné metodiky nebo protokoly, které by pracovním týmům pomohly ve všech zařízeních postupovat jednotně a konzistentně. Vytvoření takovýchto standardů by pomohlo zvýšit sebevědomí pracovníků a zajistilo by, že otázky sexuality budou řešeny citlivě, profesionálně a včas.

Kromě toho by mělo být vytvořeno více příležitostí pro pravidelnou konzultaci a podporu, například prostřednictvím supervizí, poradenských setkání nebo spolupráce s externími odborníky. Tato podpora by mohla výrazně zvýšit efektivitu a kvalitu péče, kterou pracovníci poskytují. Zavedení systematických školení, protokolů a metodických nástrojů by mohlo nejen zlepšit připravenost zaměstnanců, ale také zajistit, že klienti obdrží kvalitní, konzistentní a respektující podporu v oblasti sexuality.

Postoje pracovníků v přímé péči k masturbaci klientů s mentálním postižením jsou převážně pozitivní nebo neutrální. Tato zjištění odrážejí postupující změnu v chápání sexuality osob s mentálním postižením, kdy je masturbace vnímána jako přirozený projev sexuality, který je součástí jejich osobního vývoje. Skutečnost, že žádný respondent neoznačil masturbaci za něco zakázaného nebo nevhodného, naznačuje, že pracovníci jsou více otevření přijímat a respektovat potřeby svých klientů v této oblasti.

Zajímavým poznatkem je, že některé odpovědi naznačují, že masturbace je považována za akceptovatelnou aktivitu, pokud je prováděna v soukromí. Tento pohled reflektuje důraz na respektování práv lidí s mentálním postižením na soukromí a důstojnost, což je klíčové pro podporu jejich autonomního a nezávislého života. Považování masturbace za součást přirozeného sexuálního vývoje ukazuje na otevřenost pracovníků vůči sexuální

výchově a poradenství pro osoby s mentálním postižením, což může přispět k prevenci sociálních konfliktů a zajištění bezpečného prostředí pro klienty.

## Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na problematiku sexuality a partnerských vztahů u osob s mentálním postižením a na zjištění postojů a připravenosti pracovníků, kteří s těmito osobami přicházejí do kontaktu. Výsledky výzkumu ukázaly, že sexuální výchova a poradenství v oblasti sexuality pro osoby s mentálním postižením jsou v současnosti stále více uznávány jako důležitá součást komplexní péče. Přestože více než polovina respondentů uvedla, že jejich zařízení nabízí sexuální výchovu nebo poradenství, zůstává v této oblasti stále prostor pro zlepšení, zejména pokud jde o vzdělávání pracovníků.

Výzkum ukázal, že odborné vzdělání pracovníků v oblasti sexuální výchovy je nedostatečné, což může ovlivnit kvalitu poskytované podpory. Většina pracovníků nemá specializované vzdělání, což signalizuje potřebu pravidelného školení a zajištění přístupu k externím odborníkům, kteří mohou podporovat rozvoj jejich profesních kompetencí. Pozitivním zjištěním je, že část pracovníků projevila zájem o další vzdělávání, což naznačuje jejich ochotu zlepšovat své dovednosti a reagovat na potřeby osob s mentálním postižením v oblasti sexuality.

Další zjištění se týkají otázky zavedení Protokolu o sexualitě a vztazích v zařízeních, což ukazuje, že pracovníci, kteří nemají dostatečnou přípravu, mohou mít tendenci se těmito citlivým tématům vyhýbat. Doporučení vyplývající z výzkumu zahrnují zlepšení školení pracovníků a vytvoření jasných metodik, které by pomohly zajistit jednotný a profesionální přístup ke všem citlivým otázkám v oblasti sexuality. Dále by mělo být vytvořeno více příležitostí pro pravidelnou konzultaci a podporu prostřednictvím supervizí a spolupráce s odborníky, což by mohlo výrazně zvýšit kvalitu péče o osoby s mentálním postižením.

Zajímavým a pozitivním zjištěním je přístup pracovníků k masturbaci u osob s mentálním postižením, kde většina respondentů tento jev vnímá jako přirozený projev sexuality. Tento postoj ukazuje na rostoucí otevřenost a ochotu pracovníků respektovat potřeby klientů v oblasti sexuality, což je důležité pro prevenci sociálních konfliktů a zajištění důstojného a bezpečného prostředí pro osoby s mentálním postižením.

Závěrem lze říci, že ačkoli došlo k pozitivnímu pokroku v přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením, stále existuje řada výzev, které je nutné řešit, především v oblasti vzdělávání pracovníků a poskytování podpory v oblasti sexuality. Tato práce ukazuje na důležitost kontinuálního rozvoje a školení odborníků, aby bylo možné poskytovat adekvátní a citlivou podporu, která respektuje práva a důstojnost osob s mentálním postižením.



## Seznam použité literatury

BOWLBY, John. Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANIOK, Martin. Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostravská Univerzita, 2007. ISBN 978-80-7368-274-3.

HARTL, Pavel. Psychologický slovník. 3. vyd. Slovník. Praha: Budka, 1996. ISBN 80-901549-0-5.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualizované vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JANIŠ, Kamil a MARKOVÁ, Dagmar. Příspěvek k základům sexuální výchovy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-621-1.

Kolektiv autorů. Malá československá encyklopedie. 2. Academia, 1986. ISBN 21-058-86.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. 2004. K některým aspektům sexuální výchovy osob se specifickými potřebami v podmínkách nekoedukovaných ústavních zařízení. In: Miroslav MITLÖHNER. 12. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 14. - 16. října 2004 : sborník referátů, Praha. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, 2006, s. 69-72. [cit. 2012-23-02]. ISBN: 80-86559-31-9. Dostupné i na: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010610>

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.

MARKOVÁ, D. Sexualita u osob s mentálním postihnutím. In Sexualita mentálně

MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. 2., rozš. a přeprac. vyd. Studijní texty. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 1997. ISBN 80-85850-24-9.

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Psyché. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

postižených – II. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.

PRŮCHA, J. (2005). Moderní pedagogika. Praha: Portál. ISBN 80-7178-170-3.

SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9

ŠTĚRBOVÁ, Dana. Sexualita osob s mentálním postižením. Skripta. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., aktualiz. a přeprac. Speciální pedagogika. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678890.

The Social Psychology of Motivation, Jason Plaks, Publication Date - 27 September 2010

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan; LEČBYCH, Martin a kolektiv. Mentální postižení. 2. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-037-2.

VALENTA, Milan; MÜLLER, Oldřich; VÍTKOVÁ, Marie; MICHALÍK, Jan; KOZÁKOVÁ, Zdeňka et al. Psychopedie. Šesté aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2021. ISBN 978-80-7320-290-3.

VAŠEK, Štefan. Speciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. ISBN 80-08-00864-4.

### **Elektronické zdroje**

*Aliance pro individualizovanou podporu.* Online. Aliance pro individualizovanou podporu. 2021. Dostupné z: <https://aipp.cz/cesko-konecne-ratifikovalo-opcni-protokol-k-umluve-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim-14-let-po-jeho-podpisu/>. [cit. 2024-11-13].

*Freya.* Online. <https://www.freya.live/cs>. 2024. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs>. [cit. 2024-11-07].

*Helpnet.* Online. Helpnet. 2007. Dostupné z: <https://www.helpnet.cz/aktualne/deklarace-osn-o-pravech-lidi-s-mentálním-postizenim>. [cit. 2024-11-13].

MPSV. Online. MPSV. 2024. Dostupné z: <https://akris.mpsv.cz/AkreditaceVzdelavacihoProgramu>. [cit. 2024-11-13].

Národní rada osob se zdravotním postižením. Online. NRZP. 2020. Dostupné z: <https://nrzp.cz/legislativa/>. [cit. 2024-11-13].

Pohoda. Online. Pohoda. 2018. Dostupné z: <https://pohoda-help.cz/nase-sluzby/>. [cit. 2024-11-13].

Researchgate. Online. Researchgate. 2022. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/362311809\\_Analysis\\_of\\_Diana\\_Baumrind's\\_Parenting\\_Style\\_on\\_Early\\_Childhood\\_Development](https://www.researchgate.net/publication/362311809_Analysis_of_Diana_Baumrind's_Parenting_Style_on_Early_Childhood_Development). [cit. 2024-11-13].

Rytmus. Online. Rytmus. 2024. Dostupné z: <https://rytmus.org/socialni-sluzby/socialni-rehabilitace/>. [cit. 2024-11-13].

Společnost Duha. Online. Společnost Duha. Dostupné z: <https://spolecnostduha.cz/nase-sluzby/>. [cit. 2024-11-13].

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s., 2024. Dostupné z: <https://www.spmpr.cz/o-nas>. [cit. 2024-11-12].

WHO. Online. WHO. 2018. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf>. [cit. 2024-11-13].

Zákony pro lidi. Online. Zákony pro lidi. 2010. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2010-10>. [cit. 2024-11-13].

# Přílohy

## Číslo 1

akris.mpsv.cz/AkreditaceVzdelavacihoProgramu

MP SV AKRIS Akreditované vzdělávací programy MPSV

Registrovat Přihlásit

Akreditované programy HelpDesk AKRIS Dokumenty ke stažení

Počet záznamů 10 Hledat: PDF CSV Excel Změnit viditelnost sloupců

Načítání...

AKADEMIA CZ, s.r.o.	Sexualita osob s mentálním postižením	A2022/0816-SP/PC/VP	Jednodenní - 8	SP - sociální prevence, SP - sociální péče, SP - sociální poradenství, PSS - soc
CITYGRAPH s.r.o.	Sexualita osob s mentálním postižením	A2023/0630-SP/PC/PP	Jednodenní - 8	SP - sociální prevence, SP - sociální péče, SP - sociální poradenství, PSS - soc
EDUCO CENTRUM s. r. o.	Sexualita osob s mentálním postižením	A2022/1178-SP/PC/VP	Vícedenní - 16	SP - sociální prevence, SP - sociální péče, SP - sociální poradenství, PSS - soc
Národní ústav pro autismus, z.ú.	Vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením	A2023/1056-SP/PC/PP	Vícedenní - 12	SP - sociální prevence, SP - sociální péče, SP - sociální poradenství, PSS - soc

Zobrazeno 1 až 4 z celkem 4 záznamů

Předchozí 1 Další

zdroj: MPSV

## Číslo 2 – Dotazník

1. Jaké je Vaše pohlaví?

MUŽ – ŽENA – NECHCI UVÁDĚT

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ŠŠ bez maturity
- SŠ s maturitou
- VOŠ

2. Jak dlouho pracujete s lidmi s mentálním postižením?

- 1 – 2 roky
- 3 – 4 roky
- 5 – 6 let
- 6 let a více

3. V jakém typu sociálního zařízení pracujete

- denní/ týdenní stacionář
- chráněné bydlení
- domov pro osoby se zdravotním postižením

4. Myslíte si, že by lidé s mentálním postižením měli uzavírat manželství?

ANO – NE

5. Umožňuje Vaše zařízení dlouhodobým párům společné soužití? (např. sdílet společnou ložnici)

ANO – NE

6. Myslíte si, že lidé s postižením mají právo na sexuální život?

ANO - NE

7. Nabízí Vaše organizace lidem s mentálním postižením sexuální výchovu, případně poradenství?

ANO – NE

8. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ANO, kdo ve Vašem zařízení sexuální výchovu klientů provádí?

Prosím uveďte,..

9. Jak hodnotíte úroveň informovanosti osob s mentálním postižením o sexualitě?

VYSOKÁ – STŘEDNÍ – NÍZKA - NELZE POSOUDIT

10. Jaké materiály nebo zdroje používáte při poskytování informací o sexualitě osobám s mentálním postižením?

Prosím uveďte,..

11. Jaký je Váš postoj k masturbaci osob s mentálním postižením?

Prosím uveďte,..

12. Máte ve Vašem zařízení zavedený tzv. Protokol o sexualitě a vztazích?

ANO – NE

13. Máte školení nebo odborné vzdělání v oblasti sexuality a jejích specifik pro osoby s mentálním postižením?

ANO – NE - NEMÁM, ALE RÁD/A BYCH

14. Cítíte se připraveni řešit otázky týkající se sexuality v rámci své práce s klienty?

ANO – NE- NĚKDY, ZÁLEŽÍ NA KONKRÉTNÍ SITUACI

15. Jaké problémy v oblasti sexuality jsou u klientů Vašeho zařízení (podle Vás) nejčastější?

Prosím uveďte,..

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku sexuality a partnerských vztahů u osob s mentálním postižením a na zjištění postojů a připravenosti pracovníků, kteří s těmito osobami pracují. Výzkum ukázal, že sexuální výchova a poradenství pro osoby s mentálním postižením jsou stále častěji považovány za důležitou součást komplexní péče. I když více než polovina respondentů uvedla, že jejich zařízení nabízí sexuální výchovu nebo poradenství, stále existuje prostor pro zlepšení, především v oblasti školení pracovníků.

Výsledky výzkumu ukázaly, že odborná příprava pracovníků v oblasti sexuální výchovy je nedostatečná, což může negativně ovlivnit kvalitu poskytované podpory. Většina pracovníků nemá specializované vzdělání, což naznačuje potřebu pravidelných školení a zajištění přístupu k externím odborníkům. Pozitivním zjištěním je zájem některých pracovníků o další vzdělávání, což naznačuje jejich ochotu zlepšovat své dovednosti a lépe reagovat na potřeby osob s mentálním postižením v oblasti sexuality.

Doporučení vyplývající z výzkumu zahrnují zlepšení školení pracovníků, vytvoření jasných metodik a pravidelnou podporu prostřednictvím supervizí a spolupráce s odborníky. Zajímavým zjištěním je i postoj pracovníků k masturbaci u osob s mentálním postižením, kde většina respondentů tento jev vnímá jako přirozenou součást sexuality, což ukazuje na rostoucí otevřenost a ochotu respektovat potřeby klientů.

Závěrem lze říci, že ačkoli v přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením došlo k pokroku, stále existují oblasti, které je třeba zlepšit, zejména ve vzdělávání pracovníků a poskytování citlivé podpory. Tato práce ukazuje na důležitost pravidelného profesního rozvoje odborníků, aby byla zajištěna kvalitní a respektující péče o osoby s mentálním postižením.

## **Abstract**

This diploma thesis focuses on the issue of sexuality and partner relationships among persons with mental disabilities and on the determination of the attitudes and readiness of workers who work with these persons. Research has shown that sexuality education and counseling for people with intellectual disabilities is increasingly considered an important part of comprehensive care. Although more than half of respondents reported that their facility offers sexuality education or counseling, there is still room for improvement, particularly in the area of staff training.

The results of the research showed that the professional training of workers in the field of sex education is insufficient, which can negatively affect the quality of the support provided. Most workers do not have specialized education, which indicates the need for regular training and access to external experts. A positive finding is the interest of some workers in further education, which indicates their willingness to improve their skills and respond better to the needs of people with intellectual disabilities in the area of sexuality.

Recommendations arising from the research include improving staff training, creating clear methodologies and regular support through supervision and collaboration with experts. An interesting finding is also the attitude of workers towards masturbation among people with mental disabilities, where most respondents perceive this phenomenon as a natural part of sexuality, which indicates a growing openness and willingness to respect the needs of clients.

In conclusion, although progress has been made in the approach to the sexuality of people with intellectual disabilities, there are still areas for improvement, particularly in the education of staff and the provision of sensitive support. This work shows the importance of regular professional development of experts in order to ensure quality and respectful care for people with mental disabilities.