Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Sexuální výchova jako prevence sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.
Autorka práce: Bc. Kateřina Strnadová
Praha 2012

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedených zdrojů a literatury.

V Praze dne 25. 11. 2012 Podpis

…….

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. PhDr. Janu Šiškovi, Ph.D. za odborné vedení při zpracování této diplomové práce. Dále děkuji Petru Eisnerovi Dis. za jeho čas a ochotu podělit se o své cenné zkušenosti.

NÁZEV

Sexuální výchova jako prevence sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením

RESUMÉ

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku sexuální výchovy jako prevenci před sexuálním zneužíváním lidí s mentálním postižením. Klíčová část práce se věnuje analýze zahraničních zdrojů a analýze rozhovoru s odborníkem. Snažila jsem se zjistit, jaké jsou osvědčené metody sexuální výchovy při prevenci sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením a jaké podmínky je třeba zajistit pro jejich efektivní vykonávání v zařízeních sociálních služeb. Výsledky komplexní analýzy zahraničních zdrojů a názorů odborníka považuji za hlavní přínos této diplomové práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

mentální postižení, sexuální výchova, sexuální zneužívání, prevence, kvalitativní výzkum

TITLE

Sexual education as sexual abuse prevention for people with learning disabilities

SUMMARY

This thesis is focuses on sexual education as prevention against sexual abuse of people with learning disabilities. The main part of this thesis is a research examining which methods of sexual education are the most effective ones in case of prevention against sexual abuse and which conditions are indispensable for execution of sexual education. These questions are reflected through literature analysis and through an interview with an expert on this topic. I consider the results of the complete analysis of foreign sources and of a particular expert□s opinions as the main benefit of this thesis.

KEY WORLDS

learning disability, sexual education, sexual abuse, prevention, qualitative method

OBSAH

1. Úvod **1**

2. Vymezení pojmů **2**

2.1 Mentální retardace 2

2.1.1 Stupně mentální retardace 3

2.2 Sexualita 4

2.3 Sexuální výchova 4

2.3.1 Organizační formy a metody sexuální výchovy 5

2.3.2 Pomůcky pro sexuální výchovu 7

2.4 Sexuální zneužívání 8

2.4.1 Formy sexuálního zneužívání 8

2.4.2 Pachatel 8

2.4.3 Frekvence sexuálního zneužívání 10

2.4.4 Důsledky sexuálního zneužívání 11

3. Charakteristické rysy lidí s mentálním postižením **12**

3.1 Osobnost a emoční prožívání člověka s mentálním postižením 12

3.2 Myšlení a řečové dovednosti člověka s mentálním postižením 14

3.3 Projevy sexuality u lidí s mentálním postižením a většinové populace 14

4. Sexuální výchova jako prevence sexuálního násilí **16**

4.1 Podíl rodičů na sexuální výchově 18

4.2 Sexuální výchova v zařízení sociálních služeb 19

4.3 Spolupráce pracovníků sociálních služeb na sexuální výchově 20

4.4 Překážky k realizaci sexuální výchovy 22

4.5 Prevence jako ochrana 23

5. Metodologie a výzkumný postup **25**

5.1 Metoda analýzy zahraničních zdrojů 25

5.2 Metoda analýzy rozhovoru 26

5.3 Analýzy společných kategorií z výzkumů a rozhovoru 27

6. Prezentace výsledků zahraničních výzkumů 28

6.1 Shrnutí z výzkumů 47

7. Rozhovor **53**
8. Společné kategorie výzkumů a rozhovoru **58**
9. Závěr **61**
10. Seznam použitých zdrojů **65**

1. Úvod

K napsání diplomové práce na téma Sexuální výchova lidí s mentálním postižením mě inspirovala konference *Sexualita a vztahy u lidí s mentálním postižením* organizovaná Psychopedickou společností[1], na které jsem se poprvé blíže setkala s problematikou sexuality lidí s postižením.

Výzkumným problémem této práce je úroveň povědomí lidí s mentálním postižením o jejich vlastní sexualitě a o významu sexuálního zneužívání. Již v devadesátých letech poznamenal Kempton (in Štěrbová, 1986), že lidé s mentální retardací jsou lidmi, kteří potřebují nejvíce základního plánovaného vzdělávání v oblasti sexuality, kteří ho obdrží nejméně a kteří jsou trestáni společností za to, co ostatní vědí.

Cílem práce je zjistit, jaké jsou osvědčené metody sexuální výchovy při prevenci sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením. Dalším cílem výzkumu je najít odpověď na otázku, jaké podmínky je třeba zajistit pro efektivní vykonávání sexuální výchovy v zařízeních sociálních služeb.

Diplomová práce je zpracována pomocí nástrojů kvalitativní metodologie do výzkumné zprávy (Pelikán, 2004) za použití technik analýzy dokumentů a rozhovoru. Práce je rozvržena do několika částí. Vstupní část se zabývá úvodem do problematiky mentální retardace a pojetím osobnosti člověka s mentálním postižením. Dále vymezuje pojmy spojené se sexualitou, sexuální výchovou a sexuálním zneužíváním. Aktuálnost tématu vyplývá z výsledků zahraničních zdrojů, které spolu s rozhovorem s odborníkem na sexuální výchovu lidí s mentálním postižením, tvoří jádro práce.

[1] 20. 10. 2010 Pedf UK

2. Vymezení pojmů

Tato kapitola představí podrobněji pojmy, se kterými v této diplomové práci budeme operovat.

2.1 Mentální retardace

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybovaných a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Valenta, Muller, 2003).

Pro klasifikaci mentální retardace používá AAMR[2] definici z roku 2002, která říká, že mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Dále stanovuje předpoklady pro aplikaci této definice. Jedná se o to, že snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince, bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování, bere v úvahu, že se u každého jedince vedle omezení vyskytují i jeho silné stránky. Dbá na to, že zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory a s vhodnou podporou by mělo dojít k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentálním postižením (Šiška, 2005).

V České republice se v současné době používá členění dle 10. revize Světové zdravotnické organizace z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie a je jí věnován oddíl F70 – F79. Hlavním hlediskem, které se zde používá, je stanovení inteligenčního kvocientu. Pásma jsou uměle vytvořena a v praxi nejsou určena k tomu, aby tvořila striktní mezníky a jednoznačné síto určující životní dráhu jedince ve společnosti (Bartoňová, 2007).

[2] American association on Mental retardation

2.1.1 Stupně mentální retardace (dle Vágnerové, 2008)

F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) – IQ 50-69

I v dospělosti tito jedinci uvažují na úrovni dítěte středního školního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně, v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů. Myšlení i řeč jsou konkrétní. Verbální projev je jednodušší, užívají krátkých vět, objevují se nepřesnosti sémantického i syntaktického charakteru. Jsou schopni učení se i zařazení do pracovního proudu, vyžadují pouze lehký dozor.

F71 Středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation – IQ 35-49

Uvažování jedinců spadajících do této kategorie lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje všechna pravidla logiky. V jejich slovníku chybějí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoliv je třeba četného opakování.

F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20-35

Lidé patřící do této kategorie jsou v dospělosti schopni chápat pouze základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete. Omezení je zřejmé i v oblasti řeči, naučí se pouze několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc využívají generalizovaně. Často jde o kombinované postižení, mnozí z nich mají postiženou i motoriku a jsou závislí na péči druhých.

F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – IQ do 19

Poznávací procesy se téměř nerozvíjejí, lidé s tímto stupněm mentální retardace jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytváří si ani základy řeči. Většinou jde o kombinované postižení. Jsou komplexně závislí na péči druhých.

V této práci je záměrně používám termín lidé s mentálním postižením, který je v této podobě zakotven v české legislativě[3] a je ve shodě s mezinárodními trendy.

2.2 Sexualita

Lidská sexualita v sobě zahrnuje znalosti, postoje, hodnoty a chování, pojednává o anatomii, fyziologii a biochemii, sexuálních rolích, sexuální identifikaci a osobnosti jedince, dále o myšlenkách, pocitech, chování a sociálních vztazích jedince. Je to souhrn postojů, přestav a vztahů k jiným lidem (Štěrbová, 2005).

Protože však ve skutečnosti existuje značná diverzita projevů i v rámci jedinců téhož pohlaví a téměř žádný znak či projev není vlastní jednomu pohlaví zcela výlučně, hovoří se též o sexualitě jedince jakožto jedinečné kombinaci dispozic, případně projevů. Psychosexuální vývoj jedince začíná vývojem sexuální identifikace, což je pocit příslušnosti k určitému pohlaví, který se vytváří ve druhém trimestru nitroděložního vývoje (Weiss In Říčan, 1997).

2.3 Sexuální výchova

Sexuální výchova je vybavení každého jedince souborem odpovídajících a nezbytných informací o lidské sexualitě. Do komprehenzivní sexuální výchovy řadíme výuku sociálních dovedností v oblasti vytváření a udržování sociálních vztahů, osobní i společenskou bezpečnost, prevenci sexuálního zneužívání a týrání, povědomí o soukromí a schopnost ovládání vlastního těla.

V některých severských zemích (Dánsko, Finsko), ale také ve Velké Británii se používá termín výchova k mezilidským vztahům a ke komunikaci. Jak již název napovídá, sexuální výchova se zde zabývá se navíc psychologickými, sociálními a kulturními aspekty lidského partnerství, učí mládež komunikačním dovednostem a pomáhá k vytvoření žebříčku etických hodnot (Uzel, 2006).

[3] §3 zákona O sociálních službách 108/2006 Sb.

2.3.1 Organizační formy a metody sexuální výchovy

Z hlediska množství účastníků na sexuální výchově rozlišujeme formu individuální, skupinovou a hromadnou. Při řešení citlivých záležitostí je lepší volit vždy první či druhou formu. Na základě periodických kritérií dělíme vyučovací formy na jednorázové a průběžné. Je samozřejmé, že průběžná forma je mnohem účinnější, je žádoucí, aby sexuální výchova probíhala systematicky a konsekventně - informace by měly být integrovány do každodenních situací a činností.

K hlavním tematickým oblastem sexuální výchovy patří, kromě povědomí o vlastním těle, péče o tělo, plánování rodiny, pojetí chování v soukromí a na veřejnosti, navazování a udržování sociálních vztahů, především prevence sexuálního zneužívání. Je třeba seznámit jedince s tím, že má právo určit, kdo se může kromě jeho samotného dotýkat jeho těla, že může v tomto ohledu odporovat dospělým a má právo využít výmluv, aby od sebe odehnal nebezpečí. Dále je třeba odtabuizovat i další situace jako, je převlékání se před ostatními a sledování lidí při převlékání. Vysvětlit klientovi, že má právo komukoli vyprávět tajemství, které se mu nelíbí nebo je mu nepříjemné, má právo odmítat dárky, pomoc či službu, když se cítí v nebezpečí nebo má strach, má právo volat o pomoc a z místa nebezpečí utéci, má právo více důvěřovat svým pocitům, než tvrzení a přesvědčování dospělého (Weiss, 2005).

Z výzkumu Bella a Camerona publikovaného u Štěrbové (2009) je patrné zjištění, že i s klienty s těžkým mentálním postižením se dá pracovat pomocí vhodných škál a technik a že tak lze chránit jejich práva. Důležité je zjistit, zda klient rozumí jednoduchým slovům z běžné slovní zásoby, zda chápe informace, rozumí otázce a pozná obrázky, zda má klient tendenci pasivně se podvolovat očekávání pečovatele. Pro lepší komunikaci je možno využít materiál The Talking Mats[4], na kterých jsou symbolicky znázorněny pocity, dále také Makaton[5] či jiné alternativní a augmentativní formy komunikace. Co se týče odborné terminologie, měl by personál vždy používat správnou terminologii a opravovat vulgární terminologii klienta.

[4] www.talkingmats.com
[5] Makaton je jazykový program, který užívá znaky doplněné mluvenou řečí a symboly.

Oficiálně není nikde dáno, jak by měla sexuální výchova probíhat, jelikož se jedná o velice individuální záležitost a její realizaci je nutno přizpůsobit každému klientovi zvlášť, dle jeho potřeb. Zde je jeden z možných návrhů programu vzdělávání v oblasti lidské sexuality dle Cartera (In Štěrbová, 2006). Úvodní probíranou oblastí je fyziologie. Sem patří mužská a ženská anatomie, sexuální styk, lidské oplodnění, početí, antikoncepce, těhotenství, porod. Ciciriello (2008) doplňuje, že lidé s mentálním postižením jsou často oběťmi nákazy virem HIV. A to především z toho důvodu, že v uzavřeném zařízení je větší pravděpodobnost přenosu této choroby a také proto, že lidé s mentálním postižením jsou skupinou nejméně informovanou a nejvíce zneužívanou a proto v jejich případě zdůrazňuje nutnost informovat je o sexuálně přenosných nemocech.

Prevendárová (1994) navrhuje pro vykonávání sexuální výchovy následující postup:

1) Metody monologické a dialogické

Cílem těchto metod je předávání vědomostí v návaznosti na dosavadní úroveň znalostí jedince. V rámci metod dialogických rozlišujeme rozhovor (individuální či skupinový) a besedu či diskuzi. Monologické metody používáme spíše u mladších jedinců, jedná se například o vyprávění učitele/školitele.

2) Fixační metody

Smyslem těchto metod je upevnění získaných vědomostí, dovedností a návyků. Řadíme sem opakování a procvičování.

3) Metoda napodobování

Hlavním cílem této metody je nácvik nějaké činnosti. Učí se způsobem pozorování a jeho následné imitace.

4) Hrové metody

Metoda učení se hrou je všeobecně velmi oblíbená. Můžeme sem zařadit hry na chápání pojmů, identifikace částí lidského těla, ujasnění terminologie, hry námětové, hry„co kdyby“, dokončování vět, rolové hry pro přímý nácvik

modelových situací, dramatizace příběhů (cvičení zejména dovednosti odmítnout, je důležité, aby si každý vyzkoušel říci „ne“), rozlišování dotyků (příjemné, nepříjemné, nevhodné, matoucí, s rodiči, s kamarády, s cizí osobou, atd.)

2.3.2 Pomůcky pro sexuální výchovu

Modely

Modely slouží především ke znázornění lidského těla a je vždy potřeba vysvětlit, že se jedná pouze o schematickou pomůcku. Jedná se o textilní panenky (např. Jája a Pája, Eva a Vašek), panenka – chlapec či miminko, těhotné panenky.

Obrázky

Jedinec může například sestavovat k sobě jednotlivé části těla či zkusit sám nakreslit to, co se mu těžko sděluje verbální formou. Dále existuje sada Listů sexuality či pexesa o vztazích.

Audiovizuální prostředky

Televizní výukové programy (např. *Byl jednou jeden život, Vztahy* či *O sexu*[6])

Je vždy lepší, pokud jsou doplněny vysvětlujícím komentářem a jedinec může položit otázky k méně srozumitelným částem (Tobin, 2002).

[6] dostupné na: www.youtube.com/watch?v=zSX40MBfSBM

2.4 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání je u Vágnerové (2008) definováno jako využití dítěte pro sexuální uspokojení dospělého. Mezi osoby, u nichž je zvýšená pravděpodobnost, že by se mohly stát obětí sexuálního zneužívání, patří obecně zejména dívky a jedinci s postižením nebo jiným znevýhodněním. Čím je oběť závislejší a bezbrannější, tím je u ní menší pravděpodobnost prozrazení, resp. pochopení významu sexuální aktivity.

Právní systém České republiky určuje, že je každý povinen trestný čin pohlavního zneužívání překazit, nevztahuje se na něj však všeobecná oznamovací povinnost. Zákon O sociálně-právní ochraně dětí (359/1999 Sb.) však v odstavci 10 stanovuje, že obce, státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a zdravotnická zařízení, popřípadě další zařízení určená pro děti jsou povinna mimo jiné oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují takovémuto podezření.

2.4.1 Formy sexuálního zneužívání rozdělené dle Sedláka (2002):

a) nekontaktní sexuální aktivity – verbální komentář se sexuálním obsahem, exhibicionismus, voyeurismus, obscénní telefonáty, obnažování dospělých mužů
b) kontaktní sexuální aktivity – zahrnuje veškeré praktiky vyžadující kontakt agresora se zneužívaným, dále se dělí na penetrativní a nepenetrativní
c) sexuální využívání k výrobě pornografie nebo k prostituci

2.4.2 Pachatel

Dle legislativy České republiky, která se opírá o Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., je pachatelem osoba, která se dopustí trestného činu znásilnění (§ 185), sexuálního nátlaku (§ 186), pohlavního zneužití (§ 187), soulože mezi příbuznými (§ 188), kuplířství (§ 189), prostituce ohrožující mravní vývoj dětí (§ 190), šíření pornografie (§ 191), výroby a jiného nakládání s dětskou pornografií (§ 192), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193).

Některé sexuální delikty jsou však často stíhány i dle „nesexuálních“ paragrafů, takže sexuální agrese může být kvalifikována jako omezování osobní svobody (§ 171), vydírání (§ 175), ublížení na zdraví (§ 145–149), nedovolené přerušení těhotenství bez souhlasu ženy (§ 159), nedovolené přerušení těhotenství se souhlasem ženy (§ 160), šíření nakažlivé lidské nemoci (§ 152), šíření nakažlivé lidské nemoci z nedbalosti (§ 153), ohrožení pohlavní nemocí (§ 155), aj.

Sedlák (2002) rozděluje pachatele sexuálního zneužívání na situační, kteří využívají náhody a jsou-li pro zneužití vhodné podmínky, pokusí se je realizovat, a dále na pachatele preferenční, kteří vyhledávají kontakt s postiženými lidmi, protože tato skupina osob je pro ně sexuálně dostupnější kvůli své bezbrannosti.

Zvláště pro forenzní sexuologickou praxi je přitom významné zjištění, že sexuální deviace a sexuálně delikventní chování nemusejí spolu nijak souviset. Nejčastější sexuálně motivovaný delikt – znásilnění – páchají většinou muži bez přítomnosti sexuální deviace (Uzel, 2006). Ve skutečnosti jsou pachatelé těchto trestných činností nejčastěji osoby, které člověka s postižením dobře znají a mají k němu volný přístup. Pachatelem může být tedy člověk, který je člověku s mentálním postižením blízký, je na něj „hodný“. Člověk s mentálním postižením mu může zpočátku důvěřovat nebo být závislý na jeho péči či asistenci. Výzkum Baladeriana (1991) ukazuje, že 97 až 99 % těch, kteří zneužívají, jsou lidé, které oběť s vývojovými vadami zná a kterým důvěřuje, nejčastěji se jedná o členy rodiny či známé. K oběti má 44% pachatelů vztah specificky spojený s jejím handicapem (jako například domácí ošetřovatelé, zajišťovatelé dopravy či osobní pečovatelé).

K sexuálnímu zneužití může dojít i mezi klienty. Jedná se především o období puberty a rané dospělosti, kdy je u člověka zvýšena hladina hormonů. Fyziologická potřeba kontaktu s druhým může být tak silná, že vyústí v exhibicionismus, obtěžování či násilný pokus o sexuální styk, v jiných případech se projeví třeba nadměrným přijímáním potravy či stresem a frustrací. Právě z těchto důvodů je žádoucí, aby byl každý jedinec informován o fungování lidského těla a byl seznámen s možnostmi, jak a kde je možno si od takového přetlaku ulevit a respektovat ostatní (Matznerová, Velemínský, 2002).

2.4.3 Frekvence sexuálního zneužívání

Podle výzkumů zažije většina lidí s mentální retardací nějakou formu pokusu o znásilnění nebo zneužití (Sobsey a Varnhagen, 1989). Míra obětí sexuálních trestných činů je v obecné populaci vysoká, přesto většinou zůstává nepovšimnuta. Přinejmenším 20 % žen a 5 až 10 % mužů je každoročně zneužito ve Spojených státech. Oběti, které mají nějakou míru snížené intelektuální schopnosti, jsou zneužíváním ohroženi nejvíce (Sobsey a Doe, 1991). Více než 90 % lidí s vývojovými vadami zažije za svůj život nějaký druh sexuálního zneužívání. Deset nebo více nezákonných incidentů zažije 49%. Sobsey (1994) udává, že ve Spojených státech je každoročně znásilněno 15 až 19 tisíc lidí s vývojovými vadami.

Podle výzkumu Kennetha a Sandela (2010) jsou ženy obecně považovány za slabší, naivní, závislé, citově více založené či pasivní. Tyto stereotypy mohou ještě více poškodit ženy s mentálním handicapem, které byly po staletí marginalizovány a staly se téměř neviditelnou součástí společnosti. Takové ženy nejvíce riskují, že se stanou oběťmi sexuálního zneužívání.

I tento výzkum potvrzuje, že nejskrytější a nejčastější sexuální násilí na ženách s mentálním postižením se děje přímo v rodině. Odhaduje se, že ženy s postižením jsou nejnáchylnější skupinou ve společnosti vůbec, které hrozí sexuální zneužívání. Tento výzkum udává až 80 %.

Prvním krokem v omezování výskytu sexuálního zneužívání je rozpoznání velikosti tohoto problému a postavení se pravdě, že lidé s mentální retardací a jinými vývojovými vadami jsou zranitelnějšími oběťmi sexuálního zneužívání než lidé bez handicapů. Jen 3% případů zneužívání lidí s vývojovými vadami bude vůbec někdy oznámena (Valentin-Hein, Schwartz, 1995). Tak málo lidí prozradí sexuální zneužívání z mnoha důvodů, nejčastěji kvůli tomu, že jde o osobu blízkou nebo dokonce rodinného příslušníka. Skutečnost, že nebyl násilný čin oznámen, jen podporuje podmínky vhodné pro další zneužívání.

Počet oznámení může být zvýšen vzděláváním lidí s mentálním postižením a těch, kdo pro ně zajišťují pomoc, vylepšením vyšetřování a prokuratury, vytvářením bezpečného prostředí, které obětem dovolí prozradit, co se stalo. Pro zvýšení

bezpečnosti je třeba změnit postupy zaměstnavatelů. Například všichni zaměstnanci zařízení sociálních služeb by měli být vyškoleni v oblasti sexuality a postupů při řešení a ohlašování sexuálního zneužívání.

2.4.4. Důsledky sexuálního zneužívání

Každé sexuální zneužití nechá stopy nejen na fyzické, ale hlavně na psychické stránce zneužívaného jedince a je pro něj celoživotně zraňujícím zážitkem. Jde-li o jedince s mentálním postižením, je situace ještě složitější, jelikož takový jedinec je ke svému vychovateli či pečovateli tolerantní a cokoli mu odpustí.

Sexuální zneužívání působí škodlivě na psychiku, tělo i chování. Lidé, kteří v raném věku zažijí dlouhodobé (chronické) zneužívání dospělým, kterého znají a kterému důvěřují, trpí více než ti, jejichž zneužívání je pácháno někým méně známým, začalo v jejich životě později a je méně časté a méně násilné (Tower, 1989). Přes všechny okolnosti, které se vztahují k sexuálnímu zneužívání (například délka, doba, kdy se objevilo, vztah viníka ke zneužívané osobě, věk oběti), jsou všechny formy sexuálního zneužívání vážné a pokud zůstanou nevyřečené, mohou být pro člověka velmi škodlivé.

Výsledkem bývá dezorientace jedince kombinovaná s pocity viny, nejistoty a strachu z dalšího dění. Jedinec si nedovede vysvětlit situaci, do které se dostal.

Může se objevit dráždivé chování se sklonem k afektivnímu reagování či tendence k izolaci od společnosti. Konkrétní podoba těchto jevů je ovlivněna jedinečností každého člověka. Sexuální zneužití také mění sexuální fungování. Zneužití se může promítnout do výrazné obavy z konkrétních lidí nebo celkově z opačného pohlaví, přehrávání situací se sexuální tematikou, zvýšenou masturbací, sexuálním napadáním ostatních, záchvaty pláče či nepřiměřeného hněvu, obtížemi s usínáním či nočními můrami, vytvářením sexuálně motivovaných kreseb, sebepoškozováním apod (Vágnerová, 2008).

3. Charakteristické rysy lidí s mentálním postižením

Následující kapitola pojedná o osobnosti a emočním prožívání člověka s mentálním postižením. Pro volbu vhodného přístupu k sexuální výchově je nezbytné udělat si představu o způsobu prožívání lidí s mentálním postižením.

3.1 Osobnost a emoční prožívání člověka s mentálním postižením

Pro účely této práce nás bude zajímat zejména charakteristika lidí s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Tyto dva stupně se dle Švarcové (2006) klinicky projevují zejména zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudku, sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí, těkavostí pozornosti, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulzivností, hyperaktivitou či celkovou zpomaleností chování, citlivou vzrušivostí, nedostatečnou rozvinutostí volních vlastností a sebereflexe, sugestibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opožděným psychosexuálním vývojem, nerovnováhou aspirací a výkonů, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních a skupinových vztazích a v komunikaci nebo sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům.

Sebepojetí u lidí s lehkým a středně těžkým mentálním postižením není zcela objektivní, bývá nekritické a ovládané zejména emocionálně. Často se spokojí s dosažením pozitivní odezvy u ostatních, které jim aktuálně potvrzuje jejich vlastní hodnotu. Stejně tak je omezena schopnost kritiky vzhledem k ostatním a schopnost soudnosti. V rozhodování bývají mentálně postižení závislí na ostatních. Nebezpečná pro ně může být také ta skutečnost, že názory ostatních přijímají výhradně jednoznačně, jako danost.

U sexuální výchovy je třeba zohlednit hloubku mentálního postižení a také kognitivní a emocionální složku. Emoční prožívání je základním mechanismem autoregulace a může být v závislosti na etiologii mentálního postižení změněno. Jedinec s mentálním postižením má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto

potřeby ovšem mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností modifikovány. Obecně platí, že člověk s mentální retardací je v naplňování svých potřeb závislejší na okolí, má tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran, která pramení z koncentrace na přítomnost. Způsob, kterým toho dosahují, odpovídá jejich aktuálnímu psychickému i somatickému stavu.

Vágnerová (2004) uvádí, že jedinci s mentálním postižením preferují stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci, jejich potřeba podnětové proměnlivosti není tak velká jako u zdravé populace. Důležitým aspektem stimulace mentálně postižených je její srozumitelnost. Nesrozumitelné informace by představovaly zátěž a vyvolávaly by obranné reakce.

Vágnerová (2008) dále doplňuje, že zvýšená potřeba citové jistoty a bezpečí bývá obzvláště u těchto jedinců silně vyvinuta. Jistota je důležitá hlavně proto, že může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované subjektivně obtížnějším porozuměním okolnímu světu. Potřeba emoční opory se i v dospělosti projevuje přetrvávající infantilitou.

Na straně lidí s mentálním postižením můžeme nalézt mnoho rizikových faktorů, pro které jsou sexuálním zneužitím ohroženi a kvůli kterým se mohou stát pro útočníky atraktivní. Jedná se zejména o tyto rizikové faktory (upraveno dle Novosada, 2002):

- menší zkušenosti v mezilidském kontaktu
- omezené možnosti útěku
- snížená srozumitelnost a potíže s verbálním vyjádřením
- závislost na asistenci nebo dohledu druhé osoby
- potíže s orientací v méně známém prostředí
- důvěřivost v mezilidských vztazích („kdo je na mne hodný, má mne rád“)
- rozdílný vývoj v oblasti pohlavní zralosti a rozvoje intelektu
- menší svědecká věrohodnost, snadná ovlivnitelnost.

3.2 Myšlení a řečové dovednosti člověka s mentálním postižením

Typickým znakem poznávacích schopností lidí s mentálním postižením je omezenější potřeba zvídavosti a preference podnětového stereotypu. Jsou obvykle pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Svět je pro ně méně srozumitelný a proto se může jevit i více ohrožující. Stejně tak i myšlení je charakterizováno značnou stereotypností a ulpíváním na určitém způsobu řešení.

Slovník lidí s mentálním postižením je omezený, a důsledkem toho je i obtížnější porozumění běžnému verbálnímu sdělení. Lidé s mentálním postižením mají nesnáze v pochopení celkového kontextu, dělá jim potíže pochopit ironii, metaforu, žert, složitější slovní obraty či dvojznačnosti významu slov. Pro pochopení informací je nutné sdělení stručně a jednoduše formulovat (Vágnerová, 2008).

Matznerová (2002) doplňuje, že řečový projev lidí s mentálním postižením je vždy málo informativní, slovní paměť je nespolehlivá, popis situace může být velmi torzovitý, což může působit obtíže v situacích, kdy je třeba popsat, co se v dané situaci přihodilo, zvláště pokud zde působí ještě další faktory jako časový odstup či přítomnost dalších lidí.

3.3 Projevy sexuality u lidí s mentálním postižením a u většinové populace

Z klasifikace stupňů mentální retardace[7] vyplývá, že dospělý člověk s lehkým mentálním postižením se pohybuje zhruba na mentální úrovni dítěte středního školního věku. Toto období se dle Langera (1996) projevuje u dětí většinové populace sklonem ke koketerii, k flirtu a zbožňování idolu. Je to období charakteristické citovými výkyvy, plachostí, sníženou či zvýšenou sebedůvěrou.

Co se období adolescence týče, pro mnohé adolescenty není podle Vágnerové (2008) nastávající dospělost atraktivní, protože je spojena se zodpovědností. Období rané dospělosti se může projevit tzv. adolescentním moratoriem, potřebou oddálit dospělost, střídáním sexuálních partnerů a vyhýbání se zodpovědnosti. A to se týká i lidí s mentálním postižením, které bychom měli nabádat k zodpovědnosti za jejich činy.

[7] MKN-10

Období rané dospělosti je u většinové společnosti charakteristické snahou osamostatnit se od rodiny, najít si vhodného partnera a založit svou vlastní rodinu. Člověk s mentálním postižením má také tyto potřeby, ale je pro něj velmi obtížné je realizovat, zvláště pokud žije v zařízení sociální služeb a je závislý na péči ostatních.

4. Sexuální výchova jako prevence sexuálního násilí

Důležité je zaměřit sexuální osvětu na všechny cílové skupiny, to znamená na osoby s mentálním postižením, rodiče, zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, poskytovatele služeb a ostatní osoby pracující s osobami s mentálním postižením, včetně veřejnosti.

Sexuální výchovu osob s mentálním postižením je třeba často před laickou veřejností obhajovat. Cílem osvěty není sexualitu potlačit, ale umět ji přiměřeně prožívat. Každý člověk má právo na prožívání své sexuality bez pocitů ohrožení či nejistot. Lidé s mentálním postižením jsou lidé s omezenými schopnosti v oblasti intelektu, nikoli však bez schopnosti citového prožívání (Štěrbová, 2009).

V dnešní době se i sami lidé s mentálním postižením ozývají kvůli svým právům na citový a sexuální život. Díky větší otevřenosti většinové společnosti, která nebyla vždy samozřejmostí, ale také díky snadnému přístupu k internetu se začínají sami zajímat, a proto je potřeba jim pomoci zodpovědět jejich otázky a zorientovat se v tomto nepřeberném množství informací (Ciciriello, 2008). Každý člověk má právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajících se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, které jsou sdělovány objektivním, kritickým a pluralistickým způsobem a které respektují specifika jeho pohlaví (Janiš, 2002). K tomu se připojuje i Dr. Uzel (2006) ve své publikaci *Sexuální výchova*, kde upozorňuje, že sexuální výchova pomáhá vytvářet správné životní postoje a učí životním dovednostem.

Světová zdravotnická organizace definovala v roce 1975 sexuálního zdraví jako „souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.“Uzel (2006) podtrhuje zejména prvek vzájemného respektu a ohleduplnosti, který by snad mohl sloužit jako nejvíce všeobecné kritérium sexuálního zdraví. Je nutno vždycky přihlédnout k právům každého jedince: nebýt sexuálně potlačován, zneužíván nebo vykořisťován.

Aby sexuální výchova přinesla skutečné výsledky, měla by se řídit určitými didaktickými a pedagogicko-psychologickými zásadami. Novosad (2002) dělí tyto principy na následující:

1) Princip spontánnosti – vychovávající sám musí být přesvědčen, že dělá správnou věc a musí k výchově přistupovat se stejnou samozřejmostí jako k ostatním oblastem života.
2) Princip přiměřenosti – spočívá v nutnosti přizpůsobit výchovu věku a stupni postižení jedince. Zde může dojít k problému při spolupráci s rodiči, kteří si přejí, aby jejich potomci zůstali co nejdéle dětmi.
3) Princip aktivní imunizace – jedná se o to, že dospělý v tomto případě nemůže přenášet své vlastní poznatky a zkušenosti na dítě, jak je tomu v ostatních oblastech života.
4) Princip pravdivosti a věrohodnosti – místo zamlžování hledáme vhodnou formu pro to, abychom mohli odpovědět na jejich otázky pravdivě.
5) Princip důvěry – vytvoření důvěry je zásadní pro navázání kontaktu. Je důležité, aby důvěra byla oboustranná.
6) Princip návaznosti – poznávání v této oblasti rozvíjíme v systematické posloupnosti.
7) Princip příčiny a následku – je třeba ukázat, že věci spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se a podpořit v klientech zodpovědnost za své chování a uvažování v širších souvislostech.
8) Princip otevřenosti – je na místě zdůraznit klientům, že není důvod stydět se hovořit o sexuálních tématech, naopak, že je to velmi důležité z hlediska jejich zdraví a bezpečí

4.1 Podíl rodičů na sexuální výchově

Období dospívání není náročné jen pro jedince samotného, ale i pro jeho rodiče. Toto platí v obecné rovině u všech dětí a jejich rodičů. Pro rodiče není vždy snadné přijmout změnu svého dítěte (Vágnerová, 2004). Zvláště v období dospívání se vztah rodiče a dítěte může ukázat jako příliš těsný. Dítě začíná mít potřebu odpoutat se od rodičů, ale rodiče, jejichž dítě do té doby žilo s nimi, toto nedokáží akceptovat, a tím zabraňují dítěti emancipovat se (Vágnerová, 1995).

I přesto musí rodiče či jiní zástupci dítěte s mentálním postižením pochopit, že interakce s vrstevníky představuje způsob uspokojení základní lidské potřeby, potřeby sociálního kontaktu. V souvislosti s touto potřebou se vyskytuje i požadavek na navazování těsných a intimních vztahů majících podobu přátelství či lásky (Binarová, 2000).

Jedinci s postižením potřebují sexuální výchovu k tomu, aby dosáhli naplnění v osobním životě a aby bylo zabráněno nechtěným těhotenstvím, sexuálně přenosným chorobám a sexuálnímu zneužívání. Jelikož lidé s mentálním postižením mají méně příležitostí se něco o sexualitě dozvědět od svých vrstevníků a protože mnoho dětí může mít postižení, které jim brání, aby si o sexualitě něco samy přečetly, jsou rodiče obyčejně těmi prvními, kdo svým dětem o sexualitě něco poví.

Rodiče by měli u svých dětí pěstovat zdravé sebevědomí a úctu k vlastnímu tělu, vést je k tomu, aby se dokázaly samy rozhodnout, poskytovat jim přiměřené informace o sexualitě (pokud neví, jak dané téma uchopit, konzultují danou problematiku s odborníky či vyškoleným personálem), mluvit s dětmi o tom, jaká jsou nebezpečí sexuálního zneužívání a upozornit je na ohrožující situace, naučit je obrátit se na druhé, když potřebují pomoci (Matznerová, 2002).

Předpokladem pro participaci rodičů na sexuální výchově jejich dětí je, že mají dostatek osobního vhledu a uvědomují si jak je důležité o těchto věcech hovořit. Rodičovská, často nadměrně ochranitelská a úzkostná péče, zde může být překážkou. Pro rodiče je často obtížné hovořit o těchto citlivých tématech, ale je potřeba jim zdůraznit, že díky této nevědomosti se jejich děti stávají snadnějším terčem pro

pachatele sexuálního násilí a zneužití. Rodiče, kteří své potomky s mentálním postižením před sexualitou „chrání“, tak zároveň přispívají k větší zranitelnosti svých dětí.

Sexuální výchova by neměla být zaměřena jednostranně jenom na otázku prevence sexuálního zneužití, ale měla by vést k celkovému rozvoji sexuality dítěte či dospívajícího a přivést jej ke způsobu, kterým se může v sexuální oblasti realizovat tak, aby dosáhl plnohodnotného uspokojení a neškodil sobě nebo svému okolí.

Informace jedincům s postižením je třeba sdělovat v malém množství, v jednoduchých, základních a konkrétních pojmech. Je třeba jim vysvětlit, co je považováno za nepřiměřenou fyzickou náklonnost a typy chování, které jsou přijatelné na veřejnosti a které pouze v soukromí (Reynolds, 1997).

4.2 Sexuální výchova v zařízení sociálních služeb

Osudem mnohých lidí s mentálním postižením je život v ústavu nebo v domovech sociální péče. Lidé s mentálním postižením se stávají uživateli sociálních služeb podle zákona 108/2006 Sb. Zařízení poskytující sociální služby se dělí podle typu, délky pobytu, počtu klientů či koedukovanosti zařízení.

Většina zařízení pro dospělé je nekoedukovaného typu, muži a ženy nepobývají společně, nemohou se stýkat, a jedná se tedy o velice nepřirozenou formu soužití. V takovém zařízení lze jen těžko zprostředkovat realitu běžného života a navíc je jeho filozofie v rozporu s humanizací a samozřejmě deinstitucionalizací.

Převažujícím postojem k sexualitě jedinců s mentálním postižením byla její eliminace. Pokud žijí jedinci v nekoedukovaném typu zařízení, jejich touha po navázání přátelství či vztahu je často vede k takzvané pseudohomosexualitě (Kozáková In Slobodník, 2009). Jde o vynucenou homosexualitu, neboť naplnění touhy po partnerovi opačného pohlaví bývá v tomto případě velmi složité, jedná se většinou o setkávání pouze při různých příležitostech jako jsou společné výlety či jiné akce.

Projevy sexuality byly v minulosti potlačovány buď podáváním léků či ergoterapií nebo jinou náhražkou. Sexuální výchova zde nebyla realizována, jelikož vychovávat klienty k tomu, jak se mají chovat v partnerském vztahu, když jim není umožněna jeho realizace, by bylo dosti abstraktní.

Od r. 2008 je *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením* akreditována jako vzdělávací program Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Cílem programu je umožnit poskytovatelům sociálních služeb lépe se orientovat v přístupu k citlivé otázce sexuality a sexuální osvětě u osob s mentálním postižením. Ti, kteří jsou v denním styku s lidmi s postižením, by měli ve vlastní sexuální výchově aktivně pomáhat (Kvapilík, 1990). Zaměstnanci by měli být proškolováni v základních pojmech a přístupech k sexualitě. Měli by se zúčastnit výcviků zaměřených na sexuální výchovu a konzultovat všechny nejasnosti s dalšími odborníky. Obsah sexuální výchovy musí být přizpůsoben individuálním potřebám klientů. Důležitou součástí je jednotný „sexuální jazyk“ sjednocující výklad jednotlivých pojmů označujících fyziologii těla a sexuálního chování člověka.

Velkým problémem v zařízeních sociálních služeb je také otázka soukromí, které výrazně determinuje sebepojetí a lidskou důstojnost. Právo na soukromí se týká soukromí informace, soukromí vlastního těla, včetně osobní péče a soukromí v osobním prostoru. Poskytovatelé služeb pomáhají klientům v rozvoji příležitostí, které mohou ústit do přátelských či milostných vztahů za předpokladu, že klienti umí rozpoznat rizika, která by mohla uživatele služeb ohrozit. Nedostatek soukromí, ať už pro masturbaci či sexuální aktivity vede k tomu, že jsou tyto prováděny na veřejnosti nebo v nevhodném prostředí.

4.3 Spolupráce pracovníků sociálních služeb na sexuální výchově

Snahou zařízení by mělo být pomoci lidem s mentálním postižením prožít jejich sexualitu způsobem, jakým si sami zvolí, posílit jejich právní vědomí a jejich obranyschopnost proti sexuálnímu zneužívání.

Cílená sexuální výchova byla v ústavech sociální péče donedávna okrajovým tématem a nebyla systematicky prováděna. Nyní se na tuto problematiku naráží v souvislosti se standardizací kvality sociálních služeb. Sexuální výchova musí být individuálně přizpůsobena klientům, proto není vázána žádnými učebními osnovami, ale závisí především na ochotě a odborných kompetencích personálu.

Pro dobré fungování takového systému je třeba chránit obě strany, to znamená jak poskytovatele služeb (pracovníky), tak uživatele služeb (osoby s mentálním postižením). K těmto účelům se používání tzv. **Protokol o sexualitě**, ve kterém jsou detailně formována pravidla přístupu k problematice sexuality a pravidla vztahů v daném zařízení, které si také samo tento protokol zpracuje. Dokument vztahující se k sexualitě vychází z platné legislativy a respektuje filozofii postojů pracovníků daného zařízení.

Dokument o sexualitě a vztazích pomáhá ochránit práva na podporu možnosti prožívání sexuality v běžném životě i v zařízení sociálních služeb. V protokolu musí být zahrnuta témata jako sexuálně přenosné nemoci, nechtěné těhotenství a zneužívání, která jsou pro lidi s mentálním postižením nejvíce riziková a mohou je nejvíce ohrozit. Dále pak postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých uživatelů, přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory, otázky prevence a postupu řešení zneužívání. Personál daného zařízení by měl být vyškolen v rozpoznávání sexuálního zneužívání svých uživatelů a neprodleně jednat (Štěrbová, 2009).

Protokol neposkytuje řešení na konkrétní situace, jde spíše o rámcové informace. Počítá s prací v multidisciplinárním týmu, který vzniklé situace pomáhá řešit. Multidisciplinarita je zde velmi přínosným prvkem, neboť posiluje odpovědnost v každém z odborníků. Každý odborník sem přináší důležité pohledy ze svého oboru. Důležitým aspektem je zde zachování principu odpovědnosti obou stran, tedy jak poskytovatelů služeb, tak jejich uživatelů.

Model protokolu doporučuje sestavení revizního výboru (sexual review committee). Jedná se o tým odborného personálu, který absolvoval školení a výcvik v oblasti lidské sexuality a výcvik v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Tento výbor řeší sporné otázky buď zařízení, nebo jednotlivých klientů a poskytuje hloubkové přezkoumání jednotlivých případů vztahujících se ke vztahům a k sexualitě, jež převyšují oblast přímé zabezpečující péče. V doporučovaném protokolu o sexualitě a vztazích se hovoří často o funkci náležitě erudovaného supervizora, bylo by ovšem nezbytné přesně stanovit pravidla, podmínky a v jakém složení by výbor fungoval (Štěrbová, 2009).

4.4. Překážky k realizaci sexuální výchovy

Sexualita lidí s mentálním postižením v sobě ukrývá hned dvě velká tabu. Jedním z nich je samotné téma sexuality a druhým mentální postižení. Lidé s mentálním postižením byli po celá staletí nahlíženi jako nepřijatelní pro společnost, což vyvrcholilo jejich hromadnou sterilizací i v demokratických zemích jakou je například USA či Švédsko. Ve Francii byl tento problém řešen rozdělením na ženské a mužské ústavy, aby se tak vyhnulo heterosexuálním vztahům a také kastracím. I v dnešní době je pro mnoho lidí handicap spojen s asexualitou (Diederich, 2006).

Nejčastější předsudky o sexualitě lidí s mentálním postižením se týkají názorů většinové populace. Jedni si myslí, že lidé s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud, který je třeba tlumit nejčastěji léky či pracovní činností, jiní si naopak myslí, že člověk s mentálním postižením je stálým dítětem a že má postižení i v oblasti sexuality, a z tohoto důvodu je pro něj sexuální výchova bezpředmětná, nebo dokonce nevhodná, jelikož by v něm sexuální touhu mohla zbytečně probudit. Tyto předsudky vyplývají z nedostatečné informovanosti veřejnosti o sexualitě lidí s mentálním postižením a o jejich podmínkách k prožívání sexuality.

Donedávna také převládal názor, že lidé s mentálním postižením jsou hypersexuální, tedy že jejich sexualita přesahuje „normální“ hranice. Jenže jejich projevy v tomto ohledu nepředstavují nedostatek sebekontroly a neosvojené sociální normy. Někteří jednotlivci prostě neumějí zvládnout techniku masturbace do té míry, aby dosáhli uspokojení. Masturbace je projev zdravého vyjádření sexuality, klientovi ovšem musí být v rámci sexuální výchovy vysvětleno, že touto praktikou nesmí obtěžovat druhé a že nesmí být prováděna sebeubližujícím způsobem. Klientům je třeba zdůraznit, že kromě jejich potřeb, přání a práv jsou zde i jejich povinnosti a zodpovědnost, které jsou stejně důležité.

Mezi problematické oblasti pro sexuální výchovu v zařízení sociální péče patří dle Kozákové (In Slobodník, 2009) zejména nekoedukovanost a velikost ústavních zařízení a z ní vyplývající nedostatečné soukromí klientů. Dále je to již výše zmíněná

nepřirozenost institucionální výchovy a nedostatek času vůbec tuto výchovu realizovat, jelikož do sexuální výchovy se samozřejmě odráží i specifika učení lidí s mentálním postižením, tudíž je třeba větší míra konkretizace a názornosti a následný trénink sociálních dovedností.

Překážkou však mohou být i postoje ze strany personálu. Je zcela přirozené, že člověk, který má hovořit o tématech sexuální výchovy, může pociťovat různé zábrany či stud. Personál proto musí být dostatečně připravený, aby se oprostil od aplikace svých vlastních názorů a postojů a mohl se plně ztotožnit se zásadami protokolu o sexualitě. Další problém může vzniknout tehdy, pokud chce proškolený personál zahájit sexuální výchovu, ale do cesty se mu postaví rodiče klientů, kteří jsou proti.

4.5 Prevence jako ochrana

Primární prevence má v této oblasti podobu sexuální výchovy lidí s postižením, spolupráce na sexuální výchově s rodinou, vzdělávání pracovníků a dobrovolníků, kteří přicházejí s lidmi s postižením do kontaktu.

Základním předpokladem pro účinnou prevenci je nezlehčovat ji a přiznat si možná nebezpečí, která jedincům s mentálním postižením hrozí.
To, že je úloha prevence sexuálního zneužívání stále ještě podceňována, můžeme přičítat nedostatečně vymezené zodpovědnosti jednotlivých prvků státní správy a nestátních organizací, nízké úrovni řídící a organizátorské práce a zejména nedostatečné odborně psychologické, sociologické, pedagogické a právní připravenosti a informovanosti na úseku sociálně právní ochrany dětí a mládeže a na úseku komplexní odborné péče pracovníků zařízení (Matznerová, Velemínský, 2002). Dalšími důvody, proč se někteří lidé zdráhají sexuální výchovu provádět a považují ji za nedůležitou, mohou být i v dnešní době stále přetrvávající předsudky a mýty o lidech s mentálním postižením, které významně ovlivňují stanoviska veřejnosti.

Prevence by se měla řadit mezi principiální úkoly sociální práce a dalších pomáhajících profesí. V praxi dělíme prevenci na tři stupně (Novosad, 2002):

1) primární – sem patří osvětově informační kampaně, sexuální výchova lidí s mentálním postižením, práce s rodinami, vzdělávání profesionálních pracovníků a dobrovolníků v této oblasti, depistážní činnost a podchycení těchto problémů
2) sekundární – je chápána jako strategie orientovaná na rizikové či ohrožené jedince či skupiny, výchova a výcvik poskytovaná vybraným jedincům či skupinám ve vztahu k možnému nebo se již manifestujícímu nebezpečí sexuálního násilí
3) terciální – zacílená strategie, která chce předcházet recidivě sexuálního zneužívání. Jde o to, aby se negativní jev nestal chronickým. Patří sem odborné terapeutické práce s oběťmi.

Nejdůležitějšími cíli prevence sexuálního zneužívání je tedy odhalení rizikových situací, dále pak odborný výcvik pracovníků v sociálních službách, vytvoření metodiky postupů a samotná sexuální výchova lidí s mentálním postižením.

5. Metodologie a výzkumný postup

Pro dosažení cíle práce byly použity nástroje kvalitativní metodologie. Zvolila jsem metodu analýzy zahraničních výzkumů a metodu analýzy narativního rozhovoru.

5.1 Metoda analýzy zahraničních zdrojů

K analýze zahraničních zdrojů jsem vybrala výsledky čtyř zahraničních výzkumů, které představují, k jakým závěrům v oblasti sexuální výchovy dospělých lidí s lehkým a středně těžkým mentálním postižením dospěli výzkumníci v USA a ve Velké Británii.

Pro výzkumnou zprávu jsem zvolila analýzu zahraničních zdrojů záměrně. Při hledání výzkumů zabývajících se sexuálním obtěžováním lidí s mentálním postižením a jejich povědomím o jeho významu, se mi zahraničních zdroje jevily jako tematicky obsáhlejší. Ve výzkumech jsem se zaměřila především na informace o sexuální výchově a jejím vlivu na prevenci sexuálního obtěžování. V této práci jsou prezentovány výsledky výzkumu z Velké Británie z let 1989 – 1994 týkající se typu, frekvence, míst a způsobů sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením. Další výzkum představuje výsledky preventivního programu proti sexuálnímu zneužívání dospělých žen s mentálním postižením z USA z roku 1998. Jako třetí je zařazen britský výzkum z roku 2005 představující funkčnost osnov preventivního programu na ochranu žen s mentálním postižením před sexuálním zneužíváním. Jako poslední je představen britský výzkum z roku 2009 pojednávající o povědomí dospělých lidí s mentálním postižením o sexualitě a vztazích.

Při analýze dat jsem nejprve rozdělila poznatky z výzkumů do několika oblastí (období a místo výzkumu, témata výzkumu, typ použité výzkumné metody, počty respondentů, výsledky a doporučení pro praxi). V závěru jsem shrnula zjištění a doporučení, která byla všem výzkumům společná. Představení výzkumů i závěry z jejich výsledků tvoří kapitolu číslo šest.

5.2 Metoda analýzy rozhovoru

Další použitý nástroj kvalitativního výzkumu, který jsem v diplomové práci použila, je metoda individuálního nestandardizovaného dotazování. Reichel (2009) charakterizuje rozhovor jako kvalitativní metodu sběru dat. Metoda rozhovoru je založena na přímém dotazování, tedy na verbální komunikaci dotazujícího s respondentem. Podle struktury otázek se rozlišují rozhovory standardizované, polostandardizované a nestandardizované. Dále se rozhovory dělí podle počtu osob, které se ho účastní, na individuální a skupinové.

Pro tuto práci jsem zvolila formu narativního rozhovoru, přesněji narativního interview (dle Rosenthalové in Hendl, 2008). Narativní rozhovor je typem kvalitativního dotazování, při jehož realizaci určujeme předmět vyprávění a zároveň hledáme subjekt, který bude schopen diskutovat o tématu. Toto interview má dvě fáze: fázi hlavního vyprávění, jež je uvedena otázkou, která slouží jako výzva k povídání, a fázi dotazovací, při které se dotazovanému kladou doplňující otázky internálního a externálního charakteru (Hendl, 2008). Výhodou přímého dotazování je fakt, že pokud si výzkumník v průběhu rozhovoru potřebuje nějakou informaci ověřit, či je třeba ji doplnit, může tak respondent kdykoli učinit, nevýhodou je naopak subjektivita výpovědí.

Rozhovor na téma sexuální výchovy u dospělých lidí s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v České republice mi laskavě poskytl pan Petr Eisner, DiS.
S dotazovaným byl proveden rozhovor o délce trvání zhruba dvě hodiny. Interview bylo zaměřeno na vlastní zkušenosti dotazovaného s realizací sexuální výchovy v zařízeních sociálních služeb. Respondent působí v České republice, a proto se jeho odpovědi vztahují pouze na místní situaci. Od dotazovaného jsem zajistila informovaný souhlas pracovat s daty, která mi dobrovolně poskytl, a která jsem převedla do textové podoby.

Z výpovědi byl pořízen zápis do notebooku v průběhu rozhovoru. Tato metoda sice nepatrně zpomalila průběh interview, ale zamezilo se tak případným obtížím při pořizování audionahrávky, která by mohla být zkreslena okolním hlukem, jelikož rozhovor byl proveden na veřejném místě v prostředí kavárny. Z důvodu spontánnosti

projevu a doslovného přepisu rozhovoru, jenž byl místy útržkovitý a odbíhal od tématu, jsem výpovědi redukovala pouze na ty části, které se týkají přímo tématu výzkumu. Původní přepis rozhovoru je uložen u autorky práce. Kategorie vzniklé z jeho analýzy tvoří kapitolu číslo sedm této práce.

Je třeba brát v potaz, že v této diplomové práci vypovídá pouze jeden dotazovaný subjekt. Oproti tomu, respondent se problematice sexuální výchovy lidí s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb věnuje aktivně již několik let a sbíral své zkušenosti po celé České republice.

5. 3 Analýza společných kategorií z výzkumů a rozhovoru

Cílem analýzy dat v kvalitativním výzkumu je identifikace opakujících se či naopak odlišných vzorců mezi nimi, aby bylo možno zformulovat klíčová tvrzení, na která výzkumník přišel ve vztahu k výzkumné otázce (Šeďová, Švaříček, 2007).
Při analýze zahraničních výzkumů a rozhovoru s odborníkem vyšlo najevo několik kategorií, které jsou pro oba zdroje společné. Tyto kategorie se tematicky vztahují k cíli výzkumu a směřují k zodpovězení otázek položených na začátku výzkumu. Analýza kategorií je předmětem osmé kapitoly této práce.

6. Prezentace výsledků zahraničních výzkumů

V této kapitole diplomové práce představuji cíle, metody a výsledky čtyř výzkumů zaměřených na prevenci sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením. Vybrala jsem dva britské výzkumy (dále jen V1 a V4) a dva americké (dále V2 a V3). První, kromě zkoumání povědomí lidí s mentálním postižením o sexuálně výchově, se zabývá též četností či způsoby jejich sexuálního zneužívání. Další dva výzkumy pojednávají o účinnosti preventivních programů proti sexuálnímu zneužívání žen s mentálním postižením. Poslední se zaměřuje na postoje lidí s mentálním postižením vůči sexualitě. V závěru kapitoly následuje shrnutí poznatků z výzkumů rozdělené do šesti oblastí.

V1. Výsledky výzkumu sexuálního zneužívání dospělých jedinců s mentálním postižením z let 1989 až 1994[8]

Mezi roky 1989 až 1994 byla na Kentské univerzitě (University of Kent v Canterbury) provedena studie týkající se sexuální výchovy dospělých jedinců s mentálním postižením. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem byli respondenti nejčastěji zneužíváni, jaká byla frekvence zneužívání, kde se zneužívání odehrávalo, jakým způsobem bylo indikováno a jak se zachoval personál zařízení po tom, co se o zneužívání oběti dozvěděl. Výzkumný vzorek tvořilo 185 lidí (62 žen a 123 mužů), kteří absolvovali sexuální výchovu. Sexuální obtěžování bylo podstatně vyšší u žen (61%). Absolutní většina pachatelů byli muži, buď také s mentálním postižením, nebo otcové žen. Studie ukázala, že ženy popisují sexuální zneužívání mnohem negativněji než muži. Typické pro všechny dotazované oběti je, že neměli o sociálním významu sexuálního obtěžování povědomí a netušili, co daný čin znamená.

[8] McCARTHY, M., THOMPSON, D. A Prevalence Study of Sexual Abuse of Adults with Intellectual Disabilities Referred for Sex Education. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. č.10 (2010) roč. 2, University of Kent, Canterbury, CT2 7LZ UK, dostupné online na: www.onlinelibrary.wiley.com

Sexuálního zneužívání bylo pro tento výzkum roztříděno do následujících kategorií:

1) Definitivně zneužívaní - shoda všech zúčastněných na tom, že sexuální zločin proběhl

2) Silné podezření na zneužívání – většina lidí je o zneužívání přesvědčena, ale chybí některé důkazy

3) Podezření s nedostatečným důkazem – málo evidentní důkazy

4) Nezaznamenané obtěžování – existuje možnost, že přesto zneužívaní byli

Přímé rozhovory ukázaly, že 65% žen bylo definitivně zneužíváno, u 6% žen bylo podezření na sexuální zneužívání s nedostatečným důkazem a u 29% žen nebylo zneužívání zaznamenáno. Sexuálně zneužíváno bylo 25% mužů, z toho 3% s nedostatečným důkazem a 72% mužů zneužíváno nebylo.

Pro účely výzkumu bylo sexuální zneužívání rozděleno na dva typy:

Typ A – jedná se o typ sexuálního zneužívání, které je v rozporu se zákonem. Sem patří sexuální zneužívání lidí s hlubokou či těžkou mentální retardací, kteří nejsou schopni dát souhlas či nesouhlas k pohlavnímu styku. Zneužívání ze strany personálu, incest a obtěžování, u kterého bylo použito síly či násilí.

Typ B – tento typ zneužívání není striktně definován zákonem. Patří sem případy, kdy si pachatel záměrně vybere jako svůj terč osobu se sníženým intelektem, osobu citově labilní, důvěřivou. Jedná se o využívání nepoměru sil, o situace, kdy není možno dát souhlas k sexuální aktivitě či kdy je takový nesouhlas bezvýznamný, přítomnost násilí ve vztahu, která zajišťuje podvolení se zneužívaného. Do tohoto typu zneužívání patří také zneužívání druhou osobou se sníženým intelektem.

Podle výzkumu odpovídá typu A 30% žen a 37% mužů. Typu B pak 45% žen a 30% mužů. O oba typy zneužívání se jedná v případě 22% žen a 23% mužů. Jiný typ obtěžování byl prokázán u 3% žen a 10% můžu. U žen se jedná hlavně o takový případ,

kdy nejdříve byly v dětství zneužívány svým otcem a později zpravidla i svým partnerem.

Způsoby zneužívání:

Způsoby zneužívání	**ženy**	**muži**
neslušné odhalování se	0	1
slovní sexuální obtěžování	0	1
osahávání genitálií přes oblečení	3	1
osahávání zadních partií přes oblečení	0	1
osahávání hrudníku přes oblečení	1	neuvedeno
donucení oběti k masturbaci pachatele	1	1
pachatel masturboval oběť	1	1
oběť musela provést pachateli orální sex	1	2
ne/zdařená vaginální penetrace penisem	29	neuvedeno
ne/zdařená vaginální penetrace předmětem	1	neuvedeno
ne/zdařená anální penetrace penisem	19	11
oběť byla nucena penetrovat pachatele	neuvedeno	3

oběť utrpěla fyzické poškození na nesexuálních částech těla	3	1
žádné vědomosti o typu sexuálního zneužití	19	15

Z tabulky vyplývá, že u naprosté většiny žen i mužů došlo při sexuálním zneužívání k penetraci penisem. Dále je zřejmé, že naprostá většina obětí neměla povědomí o tom, jakým způsobem ke zneužití došlo. Zajímavé také je, že zhruba 9% žen odvolalo dříve přiznané pokusy o sexuální zneužívání, a to hlavně ty z nedávné minulosti.

Frekvence zneužívání:

Výzkum ukazuje, že sexuální zneužívání bylo v případě řady dotazovaných častou záležitostí v jejich životě. Nejčastěji to byli právě otcové lidí s mentálním postižením, kteří své děti nepřetržitě zneužívali několik let.

Jak často zneužívání probíhalo?	**ženy**	**muži**
jednou	15 (26%)	3 (11%)
několikrát	10 (17%	7 (24%)
měsíce	2 (3%)	5 (17%)
roky	13 (22%)	7 (24%)
Není známo	19 (32%	7 (24%)

Místo zneužívání:

Klienti žijící v různých pečovatelských zařízeních či nemocnicích byli nejčastěji zneužíváni přímo v prostředí obydlí. Dalším místem bylo okolí domu, zvláště u žen by se pohybování se mimo zařízení nemělo zanedbávat a personál by na ně měl dohlížet.

Lokace	**ženy**	**muži**
dům oběti - uvnitř	25 (43%)	10 (35%)
neznámé místo	6 (10 %)	7 (24%)
dům oběti - venku	20 (34%)	2 (7%)
dům pachatele – pokud se jedná o jiné, než společném bydlení s obětí	5 (9%)	3 (10%)
veřejná doprava	1 (2%)	0
veřejné místo	1 (2%)	0
veřejné toalety	0	3 (10%)

V 58 případech z 59 případů se sexuálního zneužívání na ženách dopustili muži. To samé u sexuálního zneužívání spáchaného na mužích, kteří mají pachatelé-muži na svědomí 27 z 29 případů.

Pokud jde o vztah mezi viníkem a obětí, tak nejvíce trestných činů bylo spácháno neznámým viníkem a to na patnácti ženách a šesti mužích. Dvanáct žen a čtyři muži byli obtěžováni svým vlastním či nevlastním otcem. Čtyřem ženám a dvěma mužům ubližoval přímo někdo z personálu. Tři z žen byly zneužívány svým sexuálním partnerem či přítelem. Tři muži byli zneužíváni svým stálým partnerem. Dále se pak

mezi pachateli objevují bratr, bratranec, jiný příbuzný mužského pohlaví, matka, přítel s nebo bez mentálního postižení.

Nejen u sexuálního zneužívání žen bez postižení, ale také u žen s mentálním deficitem se ukázalo, že sedm z nich toto zneužívání ze strany partnera popřelo, a to buď z důvodu strachu, a nebo, protože věděly, jaké to může mít pro partnera následky, a nechtěly mu ublížit.

Co se týče emocí, které během sexuálního zneužívání oběti prožívaly, převažují samozřejmě negativní u 37 (63%) žen a 6 (21%) mužů. Dále pak pocity smíšené u 15 (52%) mužů a 9 (15%) žen. Neznámé pocity popisuje 12 (20%) žen a 7 (24%) mužů. Jeden muž a jedna žena hovoří o pozitivních emocích. Většina dotazovaných měla své myšlenky vůči celé věci neujasněné a rozpolcené, například 4 ženy měly negativní pocit vůči sexu, ale měly pozitivní vztah k pachateli, což je typické pro situace, kdy je pachatelem partner či otec oběti.

Ve většině případů pachatel přemohl oběť, jelikož poměr sil mezi nimi byl velice nevyvážený. Jednalo se zde buď o genderovou nerovnost, nebo byl pachatel pro oběť autorita či někdo starší z rodiny, oběť byla moc pasivní či v té době ještě dítě. V nejvíce případech se ovšem oběť na základě dřívějších zkušeností pachatele bála. Pachatel byl silnější fyzicky, nabízel finanční odměnu či vyhrožoval násilím.

Nebezpečí institucionálních zařízení je zejména v tom, že jsou zde pohromadě lidé s rozdílným intelektem. Pracovníci zařízení pak mohou pak mít pocit nadřazenosti nad klienty a chtít ji využít.

Ukázalo se také, že některé ženy věřily stereotypům jako například, že muži chtějí sex a ony jako ženy jsou povinny jim ho poskytnout, ať chtějí nebo ne.

Indikace sexuálního zneužívání:

V největším počtu případů se jednalo o neinformovanou oběť, která byla odhalena z intervence personálu (odhalení proběhlo pomocí výpovědí svědků nebo kvůli změnám v chování oběti), u 15ti mužů a u stejného počtu žen. Dále pak oběť

věděla, že se jednalo o sexuální zneužívání, v tomto případě asi 16 žen a pouze 5 mužů. 10 žen a 2 muži prozradili sexuální zneužívání během sexuální výchovy.

Pouze 25% ze všech případů bylo vyšetřováno policií. 50% případů však nebylo vyšetřováno vůbec z důvodu nedostatečných důkazů. U zhruba 44% žen a 30ti% mužů nebylo oběti důvěřováno pro nespolehlivé svědectví. 20ti% jak žen, tak mužů, byla vytknuta rozporuplná výpověď. Dalšími důvody byl například snížený mentální intelekt pachatele, nebo to, že se incident odehrál už velmi dávno, oběť sama nechtěla, aby se o případu informovalo (pochopitelně nejčastěji v případě, kdy pachatelem někdo z rodiny), oběti nebylo uvěřeno a nebo stáhla svou výpověď.

Reakce personálu na sexuální zneužívání klientů

U 30ti% případů neudělal personál nic, ve 25ti% případů zaručil speciální podporu prostřednictvím klíčového pracovníka nebo sociálního pracovníka, necelých 30% případů bylo nahlášeno sexuálně-edukačnímu týmu, 5% žen byla poskytnuta terapeutická pomoc, 3 % obětí byla přesunuta do jiného zařízení a 7% žen bylo lékařsky vyšetřeno kvůli možnému těhotenství. Ze studie vyplývá, že méně než polovině obětí se dostala nějaká podpora či pomoc potom, co se přišlo na jejich sexuální zneužívání. Jako hlavní důvod se udává neinformovanost personálu, jak se v takovýchto situacích zachovat. Důležité je hlavně proškolení personálu v oblasti řešení problému sexuálního zneužívání.

Pokud byl pachatelem sexuálního zneužití muž se sníženým intelektem, byl buď doporučen k sexuálně-edukačnímu týmu, nebo byl přemístěn do jiného zařízení. Většina obyvatel zařízení se ale vyslovila za to, aby pachatel udán nebyl.

Závěr

Výzkum ukázal, že sexuální zneužívání lidí s mentálním postižením je genderově podmíněný fenomén, což dokazuje fakt, že naprostá většina agresorů jsou muži. Z výzkumu také vyplývá, že ženy snáší zneužívání hůře než muži a jsou také tolerantnější k sexuálnímu zneužívání svými partnery.

Z výzkumu dále vyplývá nutnost vybudovat podpůrný mechanismus pro odhalení sexuálního zneužívání. Je třeba vyřešit problém, který se týká prozrazení sexuálního obtěžování, jelikož odborník (například pracovník sexuálně-edukačního týmu) nesmí porušit slib mlčenlivosti v případě zneužívání svého klienta.

V2. Výsledky výzkumu Preventivního programu proti sexuálnímu zneužívání dospělých lidí s mentálním postižením na Univerzitě v Severní Dakotě z roku 1998[9]

Během testování uskutečněného v roce 1998 na Univerzitě v Severní Dakotě bylo trénováno celkem 6 dospělých žen ve věku od 30 do 42 let s mentálním postižením v obraně proti sexuálnímu zneužívání. Trénink se prováděl v párech přímo v zařízeních, kde ženy žijí, tedy v prostředí pro ně známém a přirozeném. Ověření dosažených znalostí po tomto výcviku bylo zkoumáno ve čtyřech kategoriích, a to: ověření znalostí o této problematice před a po tréninku, schopnost slovního ohlášení – pojmenování problému, hraní role či uplatnění v přirozeném sociálním prostředí.

Chamberlain, Rauh, Passer, McGrath, and Burket (1984), citovaní v úvodní části výzkumu uvádí, že 25% z 69 dotazovaných žen s mentální retardací žijících v tzv. *multiservice clinics*, má zkušenost se sexuálním obtěžováním definovaným jako nezdařený či zdařený vynucený pohlavní styk. Tato informace byla získána na základě rozhovorů s rodiči a pečovateli. Fakt, že je sexuální zneužívání velice rozšířeným jevem mezi lidmi s mentálním postižením dokládá i studie Sobsey (1988), kdy ze vzorku sta žen bylo zjištěno sexuální zneužívání u 54 % z nich. Nejčastěji se jedná o nechtěné hlazení, nucení k masturbaci nebo o orální, vaginální či anální styk. K bezkontaktním formám zneužívání bylo donuceno 29 % žen, jednalo se zejména o sledování pornografie, pózování pro nafocení aktů, odhalování genitálií nebo převlékání se před zneuživatelem.

Snížení schopnosti posuzování dobrého a špatného a deficit týkající se sociálních dovedností je u lidí s postižením menší než u lidí bez postižení, a proto je podle Watsona (1984) zvýšena jejich zranitelnost. Mezi faktory, které se k tomuto přidávají, bývají zejména komunikační omezení, neschopnost ohlásit zneužívání či vyhledat pomoc, nedostatek znalostí o tom, jak se bránit sexuálnímu zneužívání, a

[9] LUMLEY, V., MILTENBERGER, R., LONG, E., RAPP, J., ROBERTS, J. Evaluation of a sexual abuse prevention program for adults with mental retardation. *Journal of applied behavior analysis,* č. 1 (1998), roč.31. North Dakota State University, dostupné na: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1284101/pdf/9532753.pdf

nedostatky ve výchově týkající se vhodného sexuálního chování. Sobsey a Watson též uvádějí fakt, že osoby s mentálním postižením znevýhodňuje, že jsou často velmi závislé na ostatních. Pachatelé těchto trestných činů jsou v 92 % případů lidé blízcí osobám s mentálním postižením, oběť je považuje za důvěryhodné a spíše jim vyhoví.

Příprava klientů pro tento výzkum byla zaměřena zejména na prevenci sexuálního zneužívání ze strany pečovatelů. Ženy se měly naučit nejprve vyjádřit verbální nesouhlas, dále pak odstoupit ze situace a nahlásit situaci vedoucí osobě v zařízení či jiné důvěrné dospělé osobě.
Fáze předvádění a nacvičování byly bodově hodnoceny, nejvíce bodů získala klientka, která zvládla říci „ne“, opustit situaci či donutit personál odejít, a nahlásila incident vedení. Nejméně pak ta, která verbálně souhlasila a dokonce uposlechla přání pachatele. Objevily se případy, kdy klientka verbálně nesouhlasila, ale netrvala na tom, aby pachatel místnost opustil, či zapomněla incident nahlásit.

Závěr

Výzkum měl za úkol zjistit, zda klient dokáže rozpoznat rozdíl mezi běžným chováním, ve kterém je zahrnut nějaký dotyk (podávání si rukou, poplácání po rameni), a mezi chováním se sexuálním náznakem jako líbání či dotýkání na intimních partiích těla.

Jako nejúčinnější metoda prevence sexuálního zneužívání se jeví právě metoda hraných rolí. Odborník uvádí klienta/tku do situací, do kterých by se mohl/a dostat a učí ho/ji případné nevhodné chování odmítnout. Cílem je naučit se mezi běžnými denními situacemi či jinými neškodnými situacemi rozpoznat ty nebezpečné a naučit se člověku (asistentovi, pečovateli), kterého dobře známe či dokonce máme rádi, říci ne.

Důležitou roli zahrálo i to, že se tento trénink rolí odehrával přímo v přirozeném prostředí obyvatelek zařízení. Pokus o incident vždy oznámily nějaké ženě z vedení a naučily se tak i popsat vzniklou situaci a její průběh. Studie jednoznačně dokázala, že díky sexuální výchově s použitím hraných rolí je člověk s mentálním postižením schopen naučit se rozpoznat sexuálně motivované situace a nahlásit sexuální obtěžování.

V3. Evaluace funkčnosti osnov na podporu ubránění se sexuálnímu zneužívání navržených pro ženy s mentálním postižením z roku 2005[10]

Výzkum Ishita Khemky z Univerzity na Long Island (Long Island University) se zabývá účinností preventivního programu proti zneužívání žen s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Osnovy programu byly vytvořeny tak, aby podpořily v ženách s mentálním postižením schopnost jednat proti sexuálnímu obtěžování a stát se člověkem, který rozhoduje sám za sebe. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou ženy s mentální retardací schopné osvojit si následující dovednosti: rozpoznat nebezpečnou situaci a získat nad ní kontrolu.

Výsledky ukázaly, že ženy s mentální retardací jsou schopné naučit se rozhodovat samy o sobě a použít strategie obrany v situacích, kdy jim hrozí nebezpečí zneužívání.

Autor výzkumu vychází z předešlých šetření, která zjistily, že ženy s mentálním postižením mají v 80% nějakou zkušenost se sexuálním obtěžováním či domácím násilím (Stromsness, 1993). Aby ženy s mentální retardací předešly tomu, že se stanou oběťmi zneužívání, musí být schopny samy takové chování rozpoznat a potencionální nebezpečnou situaci odhadnout.

Pro tento výzkum rozdělil Khemka zneužívání na fyzické, sexuální, psychické a verbální a zjišťoval schopnost sebeobrany žen s mentální retardací napříč těmito typy zneužívání. Výzkum ukázal, že pouze 45% respondentek se snažilo nějak vzdorovat či zastavit obtěžování, z nich 20% se odvážilo incident nahlásit. Nejvíce pokusů o to odolat útočníkovi bylo v situacích fyzického násilí (59%), dále pak sexuálního obtěžování (51%) a nejméně psychického a verbálního obtěžování, pouze 26%.

Snahou výzkumníků bylo nejdříve seznámit klientky s druhy zneužívání a nechat je mezi jednotlivými situacemi rozpoznat, o který typ zneužívání se jedná. Poté jim nechali poslechnout nahrávky situací, ve kterých vždy došlo k jednomu z typů zneužívání. To samé provedli i se skupinkou dotazovaných žen bez mentálního postižení. Po vyslechnutí nahrávek měly obě skupiny zhodnotit, zda aktéři

[10] KHEMKA, I. Evaluation of a Decision-making curriculum designed to empower women with mental retardation to resist abuse. *American journal on Mental Retardation*. č. 3 (2005)

v jednotlivých situacích z nahrávek jednali adekvátně dané situaci. Všechny modelové situace byly nahrané tak, jak by se měla klientka ideálně zachovat v případě nebezpečí, což rozpoznalo 91% dotazovaných bez mentálního postižení. Správnost tohoto chování odhadlo oproti tomu pouze 50% dotazovaných žen s mentálním postižením. Ukázalo se, že lidé s mentálním postižením mají větší problém s rozpoznáním vhodného chování v určitých situacích a se schopností dokázat se bránit.

Z výzkumu vyplynula potřeba podpořit v ženách s mentálním postižením jejich obranné schopnosti a motivovat je k zakročení v případě ocitnutí se v nepříjemných nebo ohrožujících situacích. Další výzkum měl proto zjistit, jestli osnovy navržené Khemkou budou efektivní a pomohou ženám s mentálním postižením předcházet zneužití.

Jako první byl uskutečněn výzkum toho, jaké strategie je nejvhodnější používat při vzdělávání žen v oblasti sebeobrany. Ženy byly rozděleny do tří skupin. U první skupiny byl použit tradiční kognitivní přístup *(a traditional cognitive decision-making approach)*, to znamená, že posluchačkám bylo řečeno, jaké kognitivní strategie by měly v nebezpečných situacích používat. S druhou skupinou se postupovalo pomocí motivačního přístupu *(an integrated cognitive decision-making strategy with added motivation and goal clarification),* skupina byla s postupy též seznámena, ale navíc byla s těmito ženami ještě probrána motivace k sebeobraně a byly jim objasněny cíle, jakých díky své schopnosti jednat samy za sebe mohou dosáhnout. U třetí skupiny neproběhla žádná intervence. Z tohoto šetření jednoznačně vyplynulo, že nejefektivnější je přístup zaměřený na motivaci klientek, na jejich vlastní názor (např.: Co by udělaly jinak nebo lépe, než simulantka z nahrávky?).

Na základě tohoto pilotážního výzkumu vznikly osnovy pro výukový program žen s mentálním postižením, které měly za úkol podpořit v ženách schopnost bránit samy sebe před sexuálním zneužíváním. Na základě osnov druhého ze zmíněných přístupů byly vytvořeny osnovy programu ESCAPE[11], jehož se zúčastnilo 36 žen, jejichž průměrný věk činil 34 let s průměrným IQ 53 dle WAIS[12]. Ženy reprezentovaly různé etnické skupiny, 50% z nich bylo afroameričanek, 33% bělošek a 17% žen bylo

[11] An effective strategy-based curriculum for abuse prevention and empowerement
[12] Wechsler-III Intelligence Test for Adults

hispánského původu. Výhodou těchto osnov je, že mají předepsanou formu a jsou snadno použitelné ve všech zařízeních sociálních služeb za předpokladu dobré spolupráce personálu a jeho proškolení k používání osnov.

Jednotlivé části programu jsou rozděleny do několika částí, z nichž jedna trvá od 40 do 50 minut. Účastnice se s animátory programu schází jednou či dvakrát týdně po dobu od dvou do tří měsíců. Skupinky jsou tvořeny vždy třemi ženami a leaderem skupiny, který absolvoval 18 hodinové školení o vedení programu.

Na úvod dostávají participantky informace o druzích sexuálního obtěžování a naučí se je rozlišovat (fyzické, psychické, verbální, sexuální) a získají obecné znalosti o tom, jak rozpoznat, co je ve vztahu přípustné a co ne. Jsou jim též představeny strategie používané k zabránění sexuálního obtěžování a naučí se událost ohlásit. Naučí se též zhodnotit své vlastní chování a dopad sebeobrany na sebepojetí a prožívání.

Další část programu je věnována rozboru videonahrávek, přičemž hlavní důraz se klade na emoční prožívání a motivaci klientek. Ty jsou vyzvány k tomu, aby se k jednotlivým situacím vyjadřovaly nezávisle na tom, co si myslí ostatní. Jsou jim kladeny otázky typu: Je zde nějaký problém? Jaké jsou možnosti řešení? Co se stane když…? Jaké je nejlepší řešení situace? Na motivaci jsou zaměřeny otázky jako: Jaké bude mít volba tohoto řešení dopady na prožívání jedince? Přestane s touto volbou sexuální obtěžování? Bude se osoba (co zneužívání zabránila) cítit lépe? Jaké budou její pocity, pokud se ubrání?

Závěrečná část se odehrává ve skupince se supervizory. Každá z účastnic je zde vyzvána a motivována k tomu, aby aplikovala naučené strategie ve svém životě. Dále pak účastnice hovoří o svých vlastních zážitcích či podobných situacích ze svého okolí a navrhují na základě nově nabytých znalostí, jak se měly, nebo jak by se mohly zachovat.

Závěr

Účastnice se naučily identifikovat situaci, říci si, jaké jsou možnosti řešení situace, co mají na výběr, jaké budou důsledky jejich jednání a vybrat nejlepší z nabízejících se možností. Nakonec zhodnotily, jak se budou cítit. Za participaci v každé části programu byly bodově ohodnoceny. Výsledky dokázaly efektivnost navržených osnov, oproti 50% v pilotážní studii bylo po absolvování programu 78% účastnic s mentálním postižením schopno rozpoznat sexuální obtěžování, 72% fyzické obtěžování a 72% znásilnění. 64% těchto žen věří, že jsou schopny nebezpečnou situaci odvrátit a necítí se povinny uposlechnout pachatele. Učinit samostatně rozhodnutí dokázalo po ukončení programu 58% žen - oproti 30% v prvotním výzkumu. Ženy, které program absolvovaly, měly prokazatelně lepší znalosti a povědomí o svých možnostech, než ženy, kterým se v tomto ohledu žádné intervence nedostalo. Výsledky tohoto výzkumu jsou slibným indikátorem toho, že i ženy s lehkou a středně těžkou mentální retardací jsou schopny si osvojit sebeobranné strategie. Je třeba se ovšem zaměřit na správné dávkování informací, trénování získaných schopností a podporu ze strany okolí.

V4. Kvalitativní studie sexuálního života lidí s lehkou mentální retardací Evana Yacoba a Iana Halla z roku 2009[13]

Tato kvalitativní studie se zabývá postoji k sexualitě a sexuálními zkušenostmi klientů s mentálním postižením žijících v uzavřeném prostředí nemocničního typu či komunitě. Studie je tvořena rozhovory s muži, se kterými autoři hovoří o vztazích, sexuální výchově, antikoncepci a o postojích vůči jejich participování na sexuálním životě a o sexuální orientaci. Během rozhovorů se několik klientů přiznalo k praktikování nechráněného sexu, aniž by byli předem poučeni o jeho nebezpečí. Velká většina připustila sexuální zkušenosti s jiným mužem. Yacob a Hall ve své studii vychází již z publikovaných výzkumů McCarthyho a Lindsaye.

Dle McCarthyho veřejná politika podporuje právo lidí s mentálním postižením na sexuální život v souladu se zachováním principu normalizace, ovšem za předpokladu jejich dostatečné informovanosti o sexuálním zneužívání. Mnoho dřívějších prací o sexuálním životě lidí se speciálními potřebami se zaměřovalo hlavně na znalosti, postoje pracovníků a výchovnou intervenci. Nebyl zde příliš kladen důraz na zkušenosti a postoje lidí se speciálními potřebami. McCarthy podtrhuje důležitost detailního dotazování, a to hlavně proto, abychom se vyhnuli vytváření mylných domněnek o jejich sexuálním prožívání. Pro některé lidi se speciálními potřebami je sex symbolizován člověkem, který vykonává sexuální praktiky na jiném, slabším člověku.

Lindsay dodává, že v porovnání s pachateli bez speciálních potřeb jsou pachatelé se speciálními potřebami: méně vybíraví ve volbě oběti, jsou častěji naivní, co se sexu týče, mají obtíže v získávání zkušeností se ženami.

Cílem této studie bylo podrobně probádat jaký je rozsah povědomí, zkušeností a postojů k sexuálním otázkám u mužů se specifickými potřebami a lehkým mentálním postižením žijících v zařízeních nemocničního typu, vygenerovat hypotézy o sexuálním životě a chování ve skupině, identifikovat oblasti nenaplněných potřeb a informovat o nich pracovníky.

[13] YACOB, E., HALL, I. The sexual lives of men with mild learning disability. *British journal of learning disabilities.* č. 37 (2009) roč. 1, dostupné na: www. onlinelibrary.wiley.com.

Účastníci splňují tato kritéria: Dali informovaný souhlas se zveřejněním jejich odpovědí, jsou mužského pohlaví, využívají služeb pro lidi se speciálními potřebami a byla jim diagnostikována lehká mentální retardace. Dostali i finanční odměnu za čas, který výzkumu věnovali. Rozhovory byly nahrávány a následně slovo od slova přepisovány. Klienti mohli dotazování kdykoli přerušit. Jednalo se o 10 účastníků (8 bydlících samostatně v rámci komunity a 2 bydlící v rezidenčním zařízení), věk 29-65 let.

K výzkumu byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaného dotazování. Klíčová pole dotazníku se týkají sexuální výchovy, sexuální interakce, antikoncepce, sexuálně přenosných nemocí, sexuální orientace a vnímání sexuálního života ostatních. V každé této oblasti byly kladeny otázky týkající se znalosti, zkušenosti a postoje k danému tématu.

Znalost a povědomí o sexuálním styku

Povědomí dotazovaných o otázkách týkajících se sexu bylo velmi různé. Definice sexuálního styku, zdá se, byla spíše odvozena od vlastních zkušeností, než aby se jednalo o obecnou definici. Například jeden účastník, který měl často sex s muži uvedl, že se jedná o styk s jiným mužem. Jiný uvedl, že se jedná o styk mezi mužem a ženou. K otázce antikoncepce (preservativ či pilulky) byli všichni, až na tři klienty, schopni uvést její výhody. Odpověď na trvání těhotenství byly velmi různé, od jednoho měsíce po jeden rok. Povědomí o HIV měli všichni z účastníků zcela přesné, až na jednoho, který ji označil za nemoc homosexuálů. Většina dotazovaných si uvědomovala, že se virem HIV může nakazit „od někoho“, ale byli i tací, kteří se domnívali, že je přenosné společnou koupelí, použitím toalety apod.

Účastníci uvedli, že nejvíce informací o sexu dostali ve věku od 10 do 16 let od přátel či učitelů ve škole. Dalším zdrojem byly online gay portály či televize.

Dotazovaná oblast	**Nejčastější odpovědi**
výhody antikoncepce	ochrana proti nemocem, kontrola těhotenství

kde získat antikoncepci	v lékárně, na klinice, v klubu
jak se mohu nakazit HIV	injekční stříkačkou, při sexu
jak se může HIV projevit na člověku	může zemřít, napadne mu imunitní systém, může velmi oslábnout

Zkušenost s partnerskými vztahy

Žádný z účastníků není ženatý. Všichni kromě tří prožili někdy nějaký vztah, dva z nich v době výzkumu žili s partnerem. Počet přiznaných partnerů byl ve škále 0-40.

Sexuální orientace – 2 klienti pečovatelského zařízení přiznali sexuální zkušenost s jiným mužem, jeden z nich sám sebe označil za homosexuála. Další klient žil s jiným mužem, kterého popsal jako partnera, ale popřel, že by s ním nebo s jakoukoli jinou osobou měl sex.

Nejčastější místo seznámení se s partnerem byla škola, bar, klub či park. Dva z dotazovaných uvedli jako místo seznámení veřejné prostranství. Jeden muž ze zařízení uvedl veřejné toalety jako místo seznámení se, a to kvůli uspokojení sexuální potřeby.

I když se autoři výzkumu přímo nechtěli zabývat sexuální delikvencí, při rozhovorech zjistili, že skoro všichni z účastníků mají zkušenosti se sexuálními urážkami či nátlakem. Jeden klient hovořil o zvýšeném pocitu samoty a o nutnosti požití alkoholu před „tím, než to udělal." Několik účastníků přiznalo, že byli k sexu donuceni. Jeden z klientů nemocničního zařízení poprvé přiznal, že ho spolubydlící obtěžoval na lůžku, což řekl hlavní ošetřovatelce. Oba z klientů žijících v nemocničním zařízení přiznali, že byli v dětství sexuálně obtěžováni, což dosud skrývali.

Postoje a pocity

Na otázku, zda preferují vztah, anebo být sami, odpověděli někteří, že jsou raději sami („ženy vám jen ničí život"). Všichni až na jednoho ale byli nakonec šťastnější ve vztahu než sami. Jeden popsal, že žít sám je velmi depresivní a že se cítí osamělý.

Většina účastníků, kteří se označili za heterosexuály uvedla, že kdyby jim přátelé přiznali, že jsou homosexuální, na jejich vztahu k nim by to nic nezměnilo.

Shrnutí

Výzkum ukázal, že většina klientů na otázku sexuální orientace odpovídal nejistě, nezdálo se, že jsou si jisti, co označení homosexuální a heterosexuální znamená. Co se používání preservativů týče, účastníci odpovídali, že jejich partner ho buď používat nechtěl, či žena se kterou měli styk neměla preservativy ráda. Jeden přiznal, že nepoužíval ochranu nikdy, ani při náhodném styku. Několik klientů přiznalo, že platili ženám za sex, a jeden z nich potom, že by to rád udělal znovu. Jednalo se o klienta s dysartrií na vozíku a jeho kritériem pro přijmutí asistenta bylo, že musí být ochoten s ním chodit do strip klubů. Někteří se přiznali k pravidelnému prohlížení pornografie, jeden uvedl, že toho musel zanechat, protože to uráží ženy.

Většina dotazovaných hovoří o sexu s ostatními, však pouze s muži, a i tak to považují za nepříjemné či trapné. Respondenti dále uvedli, že v případě nákazy sexuálně přenosnou nemocí by většina z nich navštívila svého praktického lékaře v doprovodu asistenta či jiné kontaktní osoby.

Většina klientů zaznamenala od okolí pozitivní reakce, jestliže jim sdělili, že jsou v nějakém vztahu. Někteří měli zkušenost s trápením se, zejména v souvislosti s reakcemi od členů rodiny. Jeden klient se setkal s negativní reakcí jak svých rodičů, tak i rodičů své dívky. Většina dotazovaných cítila podporu od pracovníků zařízení či asistentů.

Klienti žijící v komunitě byli se svým soukromím spokojeni. Klienti ze zařízení si stěžovali, že sice mají svůj pokoj, ale to neznamená soukromí. Přes noc u nich nemohou jejich partneři zůstávat. Také si stěžovali na přehnanou ochranu a péči ze strany pracovníků, asistentů a rodičů.

Závěr

Výzkum ukázal, že většina účastníků byla v určité míře sexuálně poučena, ale také to, že dobrá znalost o fungování antikoncepce ještě nevede k jejímu svědomitému používání. Autoři výzkumu doporučují, aby zaměstnanci zařízení poučovali klienty o přenosných nemocech a vzbuzovali v nich úctu k sobě samému, aby si vážili sebe a svého zdraví a neodmítali používání antikoncepce, přestože druhý ji nechce. Zaměstnanci by měli být poučeni o tom, že se jejich klienti seznamují na ne příliš bezpečných místech, jako jsou například parky a toalety. Měli by klientům poskytnout i jiné příležitosti k poznání partnera.

Z výzkumu vyplývá, že homosexuální zkušenosti dotazovaných klientů se zdají být častější než u většinové populace. To by se dalo vysvětlit nedostatkem příležitostí k seznámení se s opačným pohlavím v institucionálních zařízeních. Podpora a pozitivní přístup ze strany personálu pomůže vytvořit klientům zdravé a dobré vnímání sebe sama a svého vztahu.

6.1 Shrnutí z výzkumů

Na tomto místě jsem shromáždila informace ze všech představných výzkumů a rozdělila je do několika oblastí podle období a místa výzkumu, tématu výzkumu, použité metody výzkumů, počtu respondentů, výsledku z výzkumů a doporučení pro praxi.

a) Období a místo výzkumu

V1. 1989-1994 Cantenbury (M. McCarthy, D. Thompson)

V2. 1998 Severní Dakota (V. Lumley a kol.)

V3. 2005 Long Island (I. Khemka)

V4. 2009 Londýn (E. Yacob, I. Hall)

b) Témata výzkumů

V1. Studie se zabývají sexuální výchovou dospělých jedinců s mentálním postižením. Zkoumané oblasti se týkají:
Povědomí o sexuálním zneužívání,
způsobů sexuálního zneužívání, jeho frekvence a lokace,
vztahu mezi pachatelem a obětí,
pocitů oběti vůči pachateli,
indikace sexuálního zneužívání,
věrohodnosti výpovědí obětí,
reakcí personálu na zjištění sexuálního zneužívání v zařízení.

V2. Průprava žen se při realizaci tohoto výzkumu zaměřovala na prevenci sexuálního zneužívání ze strany pečovatelů. Studie se poté zabývala ověřením znalostí z následujících oblastí u žen s mentálním postižením:
Obecné povědomí o sexuálním zneužívání před a po tréninku,
schopnost pojmenování problému,
schopnost ohlásit problém před a po absolvovaném školení.

V3. Cílem výzkumu bylo zjistit účinnost preventivního programu na ochranu žen před sexuálním zneužíváním navrženého autorem studie. Výzkumníci nejprve testovali nejvhodnější metody pro osnovy programu. Jako nejefektivnější se ukázala metoda kognitivně-motivační, na základě které pak autoři vytvořili návrh výukového programu.
Testovány byly dovednosti jako:
Schopnost rozpoznat problémovou situaci,
získat kontrolu nad situací,
rozhodovat sám o sobě,
bránit sebe sama.

V4. Výzkum se zaměřil na úroveň povědomí o tématech spojených se sexualitou u mužů s mentálním postižením. Cílem bylo zjistit, jaké je povědomí, zkušenosti a postoje respondentů k následujícím oblastem:
Sexuální interakce,
antikoncepce,
sexuální orientace,
seznamování se s partnery,
sexuální delikvence,
život s partnerem.

c) Použitá výzkumná metoda

V1. Kvalitativní výzkum, metoda přímého dotazování

V2. Kvalitativní výzkum, nácvik pomocí hraní rolí

V3. Kvalitativní výzkum, trénink hodnocení situací

V4. Kvalitativní výzkum, metoda polostrukturovaného dotazování

d) Počty respondentů

V1. 185 (65 žen, 125 mužů) jedinců s mentálním postižením (bez bližšího určení stupně)

V2. 6 žen s lehkým mentálním postižením

V3. 36 žen s lehkým a středně těžkým mentálním postižením

V4. 10 mužů s mentálním postižením (bez bližšího určení stupně)

e) Výsledky

V1. Studie ukázala, že sexuální zneužívání je genderově podmíněný jev a v naprosté většině případů jsou agresory muži. Dále vyplývá, že ženy (63%) popisují své pocity ze sexuálního zneužívání mnohem negativněji než muži (21%).

Přímé rozhovory ukázaly, že sexuálně zneužíváno bylo celkem 59 žen a 33 mužů. Velká část dotazovaných neměla povědomí o tom, co sexuálního obtěžování znamená (19 žen a 15 mužů).

Nejčastějším způsobem sexuálního zneužívání mužů i žen je podle výzkumu penetrace penisem.

U 32% žen a 24% mužů není známo, jak dlouho sexuální zneužívání probíhalo, u 22% žen a 24% mužů trvalo roky. Nejvíce žen i mužů bylo zneužíváno přímo v domě, kde bydlí, z čehož vyplývá, že agresory byli ve většině případů rodinní příslušníci. Poměr zneužívaných mužů i žen zneužitých neznámým pachatelem byl přibližně stejný.

Sexuální zneužívání bylo v největší míře indikováno odhalením oběti ze strany personálu. Oběť buď měla (30 dotazovaných obou pohlaví), nebo neměla (19 dotazovaných), povědomí o významu sexuálního obtěžování a (ne)tušila, co daný čin znamená.

Polovina případů sexuálního obtěžování nebyla vyšetřována z důvodu nedostatečných důkazů či nespolehlivosti svědectví, ovšem nejčastějším případem neřešení případů sexuálního obtěžování byla skutečnost, že oběť sama stáhla výpověď nebo jí nebylo uvěřeno, a to hlavně v případě obvinění rodinných příslušníků či partnerů oběti.

V2. Studie dokázala, že s pomocí nácviku hraných rolí jsou ženy s mentálním postižením schopny naučit se rozpoznat problémovou situaci, opustit ji nebo donutit personál odejít a celý incident popsat důvěryhodné osobě.

V3. Výsledky výzkumu potvrdily efektivnost navržených výukových osnov. Při porovnání odpovědí dotazovaných před a po tréninku v programu se ukázalo, že počet účastnic schopných rozeznat fyzické násilí se zvýšil o 28%, stejně tak jako schopnost učinit své vlastní rozhodnutí. Po absolvování programu získalo 64% dotazovaných pocit, že jsou schopny aktivně se podílet na odvrácení nebezpečné situace. Výzkum potvrdil, že ženy s lehkým a středně těžkým mentálním postižením jsou schopné naučit se hájit vlastní názor, rozpoznat krizové situace, bránit se v nebezpečí sexuální obtěžování a incident pojmenovat a nahlásit.

V4. Z dotazování je patrné, že povědomí o významu sexuální interakce mají všichni dotazovaní, přesnou definici však odvozují především z vlastních zkušeností. Všichni mají též povědomí o účincích antikoncepce, dokonce vědí, kde je k dostání, a co může způsobit nakažení virem HIV. K pravidelnému používání antikoncepce se však nehlásí žádný z respondentů. Výzkum odhalil, že dospělí muži s mentálním postižením žijící v komunitním zařízení se nejčastěji seznamují se svými partnery na veřejných prostranstvích jako jsou například bary či kluby. Během dotazování skoro všichni z účastníků přiznali, že mají zkušenost se sexuálním zneužíváním a oba muži žijící v nemocničním zařízení uvedli, že se setkali se sexuálním obtěžování již v dětství. Respondenti žijící v zařízení si stěžovali na krátkou dobu povolenou k návštěvám a nedostatek soukromí pro chvíle se svými partnery. Pozitivním zjištěním je, že většina klientů se setkala s podporu svých vztahů ze strany rodičů i personálu zařízení. Všichni z dotazovaných jsou velice tolerantní k otázce sexuální orientace u lidí ze svého okolí.

f) Doporučení pro praxi

V1. Z výzkumu je patrné, že oběti nebyla často poskytnuta pomoc poté, co se přišlo na její sexuální obtěžování, a to z důvodu neinformovanosti personálu, jak se v takové situaci zachovat.

Z toho vyplývá, že je nutné v tomto směru zvýšit odborné zaškolování personálu. Je třeba též vybudovat podpůrné mechanismy pro odhalování sexuálního zneužívání a vyřešit též problém s jeho prozrazováním, kterému brání slib mlčenlivosti, jenž má pracovník vůči klientovi.

V2. Ze studie vyplývá důležitost nácviku obrany před sexuálním zneužíváním přímo v přirozeném prostředí klientů. Je důležité, aby nácvik obranných mechanismů probíhal až do konečné fáze, to znamená v ideálním případě, že klientka se svěří jiné osobě a ověří se, že zvládne situaci pojmenovat a popsat.

V3. Studie ukázala, že pokud má být tréninkový program efektivní, musí se informace dávkovat pomalu, ve vztahu k závažnosti problému a při nácviku musí asistovat odborně proškolený personál. Neméně důležitým aspektem preventivních výcviků v obraně proti sexuálnímu zneužívání u lidí s mentálním postižením je podpora ze strany okolí.

V4. Na základě výsledků výzkumu by bylo žádoucí doporučit pracovníkům zařízení, aby klienty více nabádali k důslednému používání antikoncepce a podporovali v nich úctu k sobě samým. Měli by jim též zajistit více soukromí a možností seznámit se s partnery na bezpečných místech, například v rámci komunitních setkání.

Ve všech výše představených kvalitativních výzkumech se mezi dotazovanými oblastmi objevuje povědomí o sexualitě a sexuálním zneužívání. Výzkumníky zajímá zejména, zda jsou dotazovaní schopni rozpoznat, pojmenovat a bránit sami sebe před sexuálním násilím. Z výzkumů je patrné, že je třeba si ověřit, zda si klient uvědomuje důsledky sexuální aktivity, jako jsou těhotenství a nákaza sexuálně přenosnými nemocemi. Klient musí chápat a rozumět vlastní sexualitě, být schopen komunikovat o

pohlavním styku, porozumět mu a vědět, jak je vykonáván. V oblasti vlastního bezpečí musí být schopen říci ne, schopen činit vlastní rozhodnutí a volit mezi několika možnostmi řešení situace.

Společným zjištěním z výzkumů je, že velká část dotazovaných nemá ponětí o významu sexuálního zneužívání, někteří ani o významu sexuální interakce. Ti, kteří toto povědomí mají, však neznají její důsledky a povinnosti s ní spojené. Oba výzkumy směřované na prevenci před sexuálním zneužíváním potvrdily efektivnost sexuální výchovy. Úroveň povědomí o sexualitě se zvýšila u všech účastníků, stejně tak jako schopnost osvojit si obranné mechanismy a stát si za svými rozhodnutími.

Všechny výzkumy shodně upozorňují na nezbytnost sexuální osvěty a výchovy u lidí s mentálním postižením, která by pomohla zamezit četnosti jejich sexuálního zneužívání. Dle výzkumů by sexuální výchova měla v ideálním případě zajistit, aby každý účastník získal základní znalosti o sexualitě, naučil se rozumět důsledkům sexuální aktivity, získal základní schopnosti jak si zajistit bezpečí. Neméně důležité je, aby v zařízeních pracoval odborně proškolený personál, který bude podporovat zdravé vztahy svých klientů a umožní jim dostatek soukromí.

7. Rozhovor s odborníkem[14]

Tato část diplomové práce je věnována rozhovoru s Petrem Eisnerem Dis., odborníkem na sexuální výchovu lidí s mentálním postižením.

Petr Eisner vystudoval Vyšší odbornou školu sociálně pedagogickou a teologickou. Do roku 2011 byl ředitelem společnosti POHODA o.p.s., která v oblasti sexuální výchovy lidí s mentálním postižením proškolila již více než 1 500 účastníků. Již přes deset let se věnuje lektorské a poradenské činnosti v oblasti sociálních služeb, zejména v oblasti sexuality a vztahů lidí s postižením. Pořádá přednášky a workshopy na témata Sexualita a vztahy lidí s mentálním postižením, Sexualita versus organizace, Výcvik základních dovedností pro poskytování služeb lidem s postižením či Empowerment. Je autorem publikace *Listy sexuality* (2009).

Účelem rozhovoru je ukázat, v jaké situaci se nachází sexuální výchova v zařízeních sociálních služeb v Čechách.

Jak bylo zmíněno již v metodologické části této práce, redukovaný rozhovor jsem rozdělila na tři oblasti. Respondent se během svého vyprávění vyjadřoval zejména k podmínkám pro vykonávání sexuální výchovy, k práci s klienty během sexuální výchovy, k principům sexuální výchovy a k protokolu o sexualitě.

Podmínky pro vykonávání sexuální výchovy

„U nás se podmínky pro vykonávání sexuální výchovy výrazněji mění v posledních dvou letech k lepšímu. Zájem organizací je zřetelný, boom nastal hlavně v zařízeních ústavního typu i v organizacích zřizovaných církví. Vyšší je zájem pracovníků samotných, kteří přijdou s problémy v oblasti sexuality do styku při svém povolání a kteří chtějí pracovat kvalitně a bezpečně, a tak se shánějí po informacích. Jsou zde bohužel i případy, že se pracovník proškolí, ale vedení zařízení mu nedovolí práci vykonávat. To je případ hlavně menších měst či obcí, kde se jedná o „nadstandardní“ či kontroverzní téma, ale také lidí, kteří nejsou například přes svou víru schopni přijmout sexualitu zdravě. Stále zde chybí bazální přístup, respekt a vnímání klienta jako sexuální bytosti se sexuálními a vztahovými s potřebami.

[14] upravený záznam rozhovoru s Petrem Eisnerem Dis. ze dne 27. března 2012

Stavebním kamenem pro to, aby se důležitost sexuální výchovy dostala do povědomí lidí, je osvěta. Základní osvěta se může dít kdykoli, bez vědomí vedení. Jde o to, že se na člověka reaguje jako na pohlavní bytost a to může být těžké zvláště ze strany rodičů. Respektují se jeho pohlavní a sociální role a také se podporují. Respektuje se účes, oblečení, z lidí se nedělají bezpohlavní bytosti. Tato podpora rolí je samozřejmě tím těžší, čím později proběhne. Podporovat člověka v jeho pohlaví je naprostý základ, který by se měl metodicky zařazovat do běžného dne (např. reakcemi jako: Pepa je silný, podrží vám dveře. Vám to dnes sluší, Maruško). Zrcadlení pohlavních rolí ve společnosti a pohlavní uvědomění sebe sama je naprosto zásadní pro uvědomění si své osobnosti a otevírání nových perspektiv. Z neznalosti těchto rolí vyplývá i sociální negramotnost.

V rámci zákona O sociálních službách není žádná zmínka o výchově klientů ani o sexuální výchově, proto není nikde řečeno, jak by měla sexuální výchova vypadat… Intervence je již reakcí na konkrétní zakázku a bez svolení vedení zařízení to bohužel nejde. Odborný školitel používá audiovizuální pomůcky (DVD Vztahy, O sexu, DVD Masturbace), rolové hry, napodobování, postavičky (panenky Eva a Vašek se dají používat jak k prevenci, tak při podezření ze sexuálního obtěžování) i obrázky (Listy sexuality, vztahové pexeso). Rolové hry jsou dobré i na školení pracovníků. Mohou si v různých komunikačních situacích vyzkoušet, jak se cítí klienti nebo jejich zákonní zástupci.“

Práce s klienty během sexuální výchovy

„V obecném kurzu se pouští film rozfázovaný na několik částí. Klienti mají při sledování filmu posoudit, zda chování v daných situacích patří do soukromí nebo na veřejnost. Záleží samozřejmě na skupině, ale většinou klienty samotné něco z filmu zaujme, ať už se to týká znalosti vlastního těla, intimity, zneužívání, pohlavního styku či vzniku dětí. Pokud je dobrá dynamika skupiny a klienti se odblokují, pak se pustí i sami do pokládání otázek či komentují různé věci. Ideální je práce s genderově vyváženou skupinou, kde ani jedno pohlaví není v menšině, klienti se pak před sebou tolik nestydí. Musí mít pocit, že sexualita je legitimní věc. Někteří mají strach, že viděli něco

sprostého a mohou být potrestáni. Zhlédnutí videa může otevřít různé rány a jednou z nich může být i sexuální zneužívání. Touto fází všechno začíná, film a následné povídání vyvolá něco, na co se musí reagovat a vzniknou zakázky. Ale také ne hned u všech, je dobré se k tomu ještě třeba po týdnu vrátit.

Další variantou práce s klienty je použití listů sexuality. Klienti zakreslují v životní velikosti, jak vnímají sami sebe, jak vypadá jejich tělo. Každý vymaluje i své intimní zóny a červeně je vyznačí. V této fázi si už můžeme udělat obrázek o tom, kdo z klientů má jaké povědomí o intimních zónách. Poté si společně řekneme, kdo do jakých zón smí a nesmí sahat a dáme si konkrétní příklady a při rolových hrách si zahrajeme i scénky, aby se klienti naučili říci opravdové „ne“ skutečné osobě v konkrétní situaci. Ujasníme si společně, jaký dotyk se váže na jakou sociální roli – přítel, manžel, kamarád, lékař, atd. To je okamžik pro rozklíčování rolí, klienti se posílí v hlídání si soukromí svého těla a už si nenechají všechno líbit a nebojí se třeba i někoho plácnout, což je také důležitá část nácviku. Obě tato cvičení jsou velmi dobrá na detekci sexuálního zneužívání, pokud je někde nějaký problém, tak tady již většinou vyleze na povrch. Těch situací, kdy k detekci zneužívání dojde je celá řada. Obecně bych asi řekl, že je to v situaci, kdy dojde k nějaké změně v životě onoho člověka nebo v jeho okolí. Například změní se asistent a ten nový si něčeho všimne, nebo klient přichází z rodiny do zařízení, nebo byl na osvětě a docvaknou mu věci a ozve se...

Při nácviku rolí je vhodné, aby se pracovník přímo přiblížil ke klientovým intimním zónám a ten byl donucen na toto narušení reagovat. Tím se naučí znát svoje intimní zóny a vzroste mu sebevědomí si je bránit. Člověk, který nezná své intimní zóny do nich každého pustí a jde také do zón jiného člověka. S tím také souvisí, že si pracovníci často nechají líbit osahávání a doteky od klientů i když jim nejsou příjemné. To je ovšem zásadní chyba. V tomto případě je třeba oběma stranám vysvětlit, že každá forma dotyku se váže na jinou sociální roli a obě strany se musí naučit říci „ne“. Pokud se pracovníci nechávají osahávat, vytvářejí tak špatný vzor pro klienty, a vychovávají tak potenciální oběti pro zneužívání. Hlavním cílem sexuální osvěty je podpořit člověka, aby se dokázal ubránit sám. Klienti s mentálním postižením mají často problém s tím, že mají danou osobu rádi a nedokáží jí odporovat. Můžeme použít osobního příkladu, jako: „No tedy, kdyby moje máma mě tohle dělala…“ a vysvětlit na

něm klientovi, že i když má matku rád, matka není v sociální roli, která by ji k sahání do intimních zón za tímto účelem opravňovala.

Velice důležitým aspektem sexuální výchovy je práce se soukromím a s intimitou. Pracovník by měl umět adekvátně reagovat na vzniklé situace, vymezit hranice, dostane-li se do situace, která vyžaduje komentář. Zde dochází k největším pochybením, pokud člověku nenastavím hranice, myslí si, že může vše a všude.

Podporovat soukromí je naprosto zásadní a v pobytových zařízeních velice obtížné. Důležité je vymezení místa a času pro nahotu jako takovou nebo pro případné sexuální praktiky. Je to činnost fixovaná na nějaké prostředí, to znamená, že se můžeme s klientem domluvit, že například mezi pátou a šestou hodinu mu nepůjdeme do pokoje. Každý by měl mít také svůj šuplík nebo zásuvku, která bude na klíč a bude jen jeho. Klient si musí umět představit, co to soukromí je, většinou ani žádné neznají. Je důležité, aby si uvědomil, že má svůj vlastní prostor a co to znamená, že do zásuvky mu nikdo jiný nemůže, a že si tam může dávat svoje soukromé věci.

Pokud člověk svými projevy nepřekračuje normy, měla by osvěta být pouze formou jasné a stálé nabídky. Sexuální výchova by měla být kontinuální a stále aktuální téma, o kterém mohou stále mluvit, a k tomu je dobré mít někoho vyškoleného v personálu, kdo bude k dispozici (sexuální důvěrník či klíčový pracovník, který to má v popisu práce), za kterým mohou kdykoli přijít.“

Principy sexuální výchovy

„Důležitým principem sexuální výchovy je respekt vůči klientovi. Ne tolerance, kdy někdo z pozice moci někomu jinému něco dovolí, pracovník klientovi nemá co dovolovat, má právo na svou sexualitu a nikdo mu nemůže nic určovat. Respekt je partnerský – oba jsme pohlavní bytosti s určitými právy a povinnostmi. To, že je někdo postižený ještě nedává druhému právo, aby mu určoval hodnoty do života. Mohu je seznámit s riziky sexuálního života, ale ne ho korigovat. Lidé s postižením se většinou chovají určitým způsobem, protože jsou zvyklí, že za ně rodiče či pracovníci vše vyřeší a nemají se tudíž proč snažit korigovat své chování

Protokol o sexualitě

Velice přínosné je stanovení protokolu o sexualitě, ke kterému v mnoha zařízeních již dochází. Protokol by měl být hlouběji rozpracován pro každé zařízení individuálně, podle jeho filozofie, klientů a podmínek. Je nutná supervize a případné aktualizování protokolu a také ověřování jeho fungování v praxi. Je důležité, aby klient od všech pracovníků dostával stejné informace, neboť to, co se klient naučí v zařízení, bude poté praktikovat i mimo zařízení. Pracovníci se nachází v těžké situaci, kdy klienty nemohou omezovat, ale zároveň je musí chránit. Tým pracovníků musí být sjednocen v otázkách přístupu ke klientům a ve filozofii zařízení. Vedení s protokolem musí souhlasit a klientovi by měl dát pocit bezpečí. Pracovníci jsou v rámci zákona vázáni mlčenlivostí, co se osobních záležitostí klientů týče, a tuto mlčenlivost by měli zachovávat v rámci celého zařízení. Tím, že se ze soukromé věci klienta stane díky pracovníkovi veřejná, se opět narušuje povědomí o intimitě a soukromí a pro klienta může být v takovém prostředí nemožné pochopit, že jeho sexualita je věc legitimní, ale nikoli veřejná.

8. Analýza dat z výzkumů a rozhovoru

Pro objasnění spojitosti mezi prezentovanými zahraničními výzkumy a rozborem rozhovoru s odborníkem na sexualitu lidí s mentálním postižením, jsem se rozhodla pro analýzu dat založenou na vytvoření společných kategorií. Výsledné kategorie jsou založené na sumarizaci společných údajů z obou zdrojů. Tato analýza směřuje k nalezení odpovědí na otázku, jaké jsou metody sexuální výchovy a jaké je třeba zajistit podmínky pro jejich provádění v zařízeních sociálních služeb.

Povědomí o sexualitě

Analyzované zdroje se shodují na tom, že klienti v zařízeních sociálních služeb většinou mají jen velmi malé nebo žádné povědomí o své sexualitě. Hlavně pokud v nich nikdo z rodiny nebo personálu jejich sexualitu nepodporuje a nezdůrazňuje jim jejich sexuální role. Z výzkumu V4 vyplynulo, že povědomí o definici a významu sexuální interakce je u klientů odvozeno především z vlastní zkušenosti.

Edukační metody sexuální výchovy

Na sexuální výchově musí především participovat jak zaměstnanci zařízení, tak rodiče klientů. Všichni musí podporovat v klientovi zdravé sebevědomí a dle Eisnera také rozvíjet jejich sexualitu a sociální role.

Z výsledků výzkumu V2 vyšlo najevo, že jako účinná metoda sexuální výchovy se jeví předvádění a nacvičování obranného jednání, kdy se klient naučí, jak opustit situaci, donutit pachatele odejít a incident nahlásit. Cílem je, aby se klient naučil rozeznat mezi běžnými situacemi ty rizikové a je nutné tento trénink provádět v přirozeném prostředí obyvatel zařízení. Výzkum V3 zaznamenal jako efektivní sledování videonahrávek spojené s jejich následným rozborem a opět upevnění naučených obranných mechanismů pomocí rolových her, kdy se klient aktivně zapojí. Žádoucí je vyzkoušet si reakce na situace v autentickém prostředí klientů.

Eisner doplňuje, že rolové hry je vhodné praktikovat jak s klienty, tak s personálem. Během školeních postupuje podobným postupem jako popsal Khemka ve výzkumu V3. Při sledování videonahrávek školitel s klienty rozebírá, jaké typy chování patří do soukromé a jaké do veřejné sféry. Ze všech zdrojů vyplývá požadavek na

obeznámení klientů s tím, jaké dotyky se váží na jaké sociální role. Pro klienty je pak snazší hájit svoje intimní zóny před lidmi, ke kterým mají blízký vztah.

Soukromí

Všechny zdroje se shodují na tom, že k hlavním problémům v zařízeních sociálního typu patří nedostatek soukromí klientů. Zmiňované zdroje hovoří o faktu, že pokud klienti nemají dostatek soukromí, nemohou ani dost dobře pochopit význam svého soukromého prostoru a intimních zón. Klientům zařízení je upíráno jedno ze základní lidských práv, a to právo na svobodné prožívání vlastní sexuality s osobou, kterou si svobodně zvolí. Důležité je, aby se každý klient seznámil se svou intimitou a uvědomil si, že je vázána na nějaký prostor.

Proškolení personálu

Výzkum V1 ukázal, že klienti byli nejčastěji zneužíváni přímo v zařízení, ve kterém byli ubytováni (43% žen a 35% mužů). Nebezpečí institucionálních zařízení je zejména v tom, že klienti často považují zaměstnance za autoritu, místo toho, aby jejich společné fungování bylo postavené na vzájemném respektu.

Eisner doplňuje, že díky vyškolení si pracovník ujasní své postavení vůči klientovi, a také jakou metodu a kdy může u klienta použít, naučí se zjistit zakázku klienta, jaké jsou jeho znalosti a možnosti. Cítí se pak ve svém přístupu ke klientovi jistější, ví, co si může dovolit, a jeho práce je profesionálnější, což je přínosné pro něj i pro klienta.

V každém zařízení by měl být někdo vyškolený, kdo klienta dokonale zná, je schopen zmapovat klientovo chování a vhodně mu zprostředkovat informace. Z výzkumu V4 je patrné, že by proškoleným pracovníkem měl být v ideálním případě muž i žena, jelikož dotazovaní klienti vypověděli, že o sexu hovoří pouze s osobami stejného pohlaví. To dokládají i výsledky výzkumu V2. Klientky ženského pohlaví se se zkušeností sexuálního obtěžování svěřovaly pouze ženám z vedení zařízení.

Jako pomoc pro řešení problémových situací v zařízeních doporučuje Eisner zavedení protokolu o sexualitě, ve kterém budou navržena rámcová řešení problémů. Výzkum V1 doporučuje konzultovat incident se sexuálně-edukačním týmem.

Indikace a ohlašování sexuálního zneužívání

Výzkum V1 udává, že sexuální zneužívání u klientů v zařízeních sociálních služeb bylo nejčastěji odhaleno někým z personálu na základě svědectví nebo změn v chování klientů. Ten samý výzkum uvádí, že 30% případů sexuálního zneužívání klientů nebylo personálem nijak řešeno, ani ohlášeno. Hlavní důvodem je neinformovanost personálu o tom, jak takovou situaci řešit. Průběh šetření i ohlašování mohou narušit i sami klienti, kteří své výpovědi odvolají z důvodu sympatií k pachateli. Sexuální zneužívání vyjde také často napovrch během sexuální výchovy, což potvrzuje jak výzkum V1, tak Eisner. Většinou se klientovi vybaví nepříjemné vzpomínky během sledování obdobných situací ve filmu, nebo během nacvičování obranných mechanismů při rolových hrách.

9. Závěr

Výzkumným problémem této práce je úroveň povědomí lidí s mentálním postižením o jejich vlastní sexualitě a o významu sexuálního zneužívání. Z analýzy zahraničních výzkumů i z rozhovoru s odborníkem vyplývá, že tato úroveň je velmi malá. Výzkum V1 udává, že fakt, že se stali oběťmi sexuálního zneužívání, nebylo schopno posoudit 19 žen ze 41 a 15 mužů ze 30ti dotazovaných. Kvůli neschopnosti pojmenování a ohlášení problému jsou dle Valentin-Heina a Schwartze (1995) oznámena pouze 3% ze všech incidentů. Povědomí o sexualitě je stavebním kamenem pro vykonávání sexuální výchovy. Pokud klient nezná své tělo a své intimní zóny, je snadnou obětí sexuálního zneužívání. Zmíněné zdroje ukazují na nezbytnost sexuální výchovy u lidí s mentálním postižením.

V přípravné fázi vlastního výzkumu jsem se věnovala analýze odborné literatury uvedené v bibliografii. Výzkumnou otázkou, kterou jsem si na začátku položila, bylo zjistit, jaké jsou vhodné metody sexuální výchovy jako prevence sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením a jaké je třeba zajistit podmínky pro provádění sexuální výchovy v zařízeních sociálních služeb.

Odpovědi na otázky jsem hledala v zahraničních výzkumech věnujících se tématu prevence před sexuálním zneužíváním lidí s mentálním postižením a vybrala jsem čtyři z nich, jejichž výsledky představuji v kapitole šest. U všech výzkumů byla použita metoda kvalitativního výzkumu, ale každý nahlíží na danou problematiku z jiného úhlu, což považuji za jejich přínos pro tuto práci. Data jsou zde získávána jak metodou přímého či polostrukturovaného dotazování, tak hodnocením tréninku respondentů v dané oblasti.

Vlastní výzkum jsem provedla pomocí nástrojů kvalitativní metodologie, narativního interview s odborníkem na danou problematiku. Sebraná data z rozhovorů souvisejí s realizací sexuální výchovy v Čechách. Od respondenta jsem získala informovaný souhlas k použití dat, která mi dobrovolně poskytl a také jsem mu dala možnost zpětné kontroly vlastních výpovědí.

Z analýzy vyplývá, že všechny zahraniční výzkumy potvrdily efektivitu sexuální výchovy jako prevence před sexuálním zneužíváním klientů s mentálním postižením. Odpovědí na otázku, jaké jsou účinné metody sexuální výchovy jako prevence sexuálního zneužívání je zjištění, že za jednu z nejúčinnějších metod sexuální výchovy, která učí klienta porozumět svému tělu i sexualitě ostatních a bránit svůj intimní prostor, jsou považovány rolové hry. Efektivitu této metody potvrzují výsledky výzkumů i výpověď Eisnera. Simulace situací, které mohou v zařízeních nastat, si klienti vyzkouší v autentickém prostředí a ukáží si, co dané chování znamená a jak se na něj dá reagovat.

Zakreslování intimních zón do obrázků lidského těla či sledování populárně-naučných videí a jejich následné rozebírání se jeví jako další účinné metody pro odhalování sexuálního zneužívání. Při sexuální výchově přijde klient do styku se stimuly, které mohou odhalit či dát znovu vyplout na povrch nepříjemným vzpomínkám či zážitkům, což potvrzuje jak výpověď odborníka, tak výsledky výzkumu V1 a V4, kde se během sexuální výchovy dotazovaní přiznali ke zkušenosti se sexuálním zneužíváním. Rolové hry jsou dobré i na školení pracovníků. Mohou si v různých komunikačních situacích vyzkoušet, jak se cítí klienti a jejich zákonní zástupci. K prodiskutování citlivějších témat doporučuje Eisner volit individuální formu sexuální výchovy. Podstatné je, aby vzdělávání klientů i personálu bylo kontinuální.

Ukázalo se také, že sexuální výchova přispívá k celkovému rozvoji osobnosti jedince a zlepšení sebepojetí. Učí jedince s mentálním postižním převzít schopnost rozhodovat se sám za sebe a pasivně se nepodvolovat autoritám.

Důležitým zjištěním vyplývajícím z analýzy výzkumů je fakt, že díky sexuální výchově je člověk s mentálním postižením schopen naučit se rozpoznat problémovou situaci, pojmenovat ji a bránit své vlastní zájmy. Například výzkum V3 uvádí zlepšení úsudku o problémovém chování po absolvování tréninku sexuální výchovy až u 28% účastníků. To potvrzuje i výzkum Bella a Camerona uvedeného u Štěrbové (2009), který říká, že díky alternativním formám komunikace s použitím symbolů, znaků nebo obrázků, jsou i lidé s těžšími formami mentálního postižení vzdělavatelní v oblasti sexuality. Sexuální výchova by měla fungovat na principu vzájemného respektu mezi klientem a zaměstnancem.

Základním předpokladem pro vykonávání sexuální výchovy v zařízeních sociálních služeb je vzdělaný a odborně proškolený personál, který rozvíjí jen skutečné potřeby klienta a nepodsouvá klientům formy sexuality, do kterých nedospěli. Z výzkumů i rozhovoru shodně vyplývá potřeba vytvoření systému vzdělávacích akcí a doškolovacích aktivit pro pracovníky v přímé péči, čímž by byl zaručen odborný přístup k sexualitě uživatelů služeb. Pro všechny pracovníky je nezbytná možnost konzultace a spolupráce s odborníky, aby byli schopni klientům poradit v otázkách intimity, sexuálního zneužívání, navazování vztahů, seznamování, technik masturbace, atd. Nezbytností je také zajištění dostatečného soukromí pro klienty, vyplývající jak z výzkumů, tak z rozhovoru. Eisner uvádí důležitost soukromí na následujícím příkladu: *„ Každý klient by měl mít klíč od svojí vlastní zásuvky, aby si uvědomil, co soukromí znamená. Že je to prostor, do kterého mu nikdo nemůže, bez jeho svolení.“*

Dalším předpokladem pro podporování sexuality a sexuální výchovy v zařízeních sociálních služeb je dle Eisnera i dle Štěrbové (2009) zajištění protokolu o sexualitě, který v sobě ukotvuje práva i povinnosti jak klientů, tak zaměstnanců a je vystavěn na filozofii celého zařízení. Je důležité, aby byl personál sjednocen v přístupu ke klientům a hovořil s nimi o problematice sexuality jasně a srozumitelně.

Realizování sexuální výchovy může komplikovat fakt, že pro spoustu lidí se dle Eisnera stále jedná o: *„ kontroverzní téma a stavebním kamenem pro to, aby se důležitost sexuální výchovy dostala do povědomí lidí, je nutná osvěta.“*

Mezi další problematické skutečnosti, které mohou znesnadňovat podmínky pro provádění sexuální výchovy je dle Kozákové (in Slobodník, 2009) nekoedukovanost zařízení a nedostatek času k následnému osvojení obranných dovedností naučených během sexuální výchovy. K této problematice i Eisner dodává, že : *„ je důležité, aby sexuální výchova probíhala v genderově vyvážené skupině, což je v zařízeních pouze pro ženy nebo muže nemožné.“* Také výsledky výzkumu V4 potvrzují, že se homosexuální zkušenosti dotazovaných účastníků z nekoedukovaného zařízení zdají být vyšší než u většinové společnosti. V ideálním případě by zařízení mělo poskytnout svým klientům dostatek příležitostí k navazování nových přátelství a vztahů i mimo zařízení.

Výběrem tématu sexuální výchovy jako prevence sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením jsem se snažila přispět k odtabuizování tématu sexuality lidí s mentálním postižením. Sexualita musí mít své místo v projektu každé instituce. Přístup ke své vlastní sexualitě je právem každého člověka, a pokud člověk s mentálním postižením není schopen toto své právo hájit, je povinností pracovníků zařízení mu s tím pomoci, stejně jako to dělají v ostatních oblastech jeho života.

Jsem si vědoma, že dané téma si zaslouží podrobnější prozkoumání jak v oblasti teoretické, tak v oblasti praktické, proto by námětem na další výzkumy mohla být potřeba vytváření vztahů důležitá pro naplnění života lidí s mentálním postižením, například v otázce způsobu a možnostech navazování vztahů v prostředí sociálních zařízení či komunity. Zodpovězení této otázky by mohlo proběhnout například plošným šetřením formou dotazníků či rozhovorů přímo s lidmi s mentálním postižením, které by ukázalo, jak tuto problematiku vnímají oni sami.

V této diplomové práci jsem se věnovala tématu sexuální výchovy lidí s mentálním postižením. Z analýzy výzkumů a rozhovoru s odborníkem se mi podařilo zjistit, že metody sexuální výchovy jako jsou rolové hry, zakreslování intimních zón do obrázků lidského těla či rozebírání naučných videonahrávek jsou účinné jako prevence před sexuálním zneužíváním lidí s mentálním postižením. Z výzkumů i rozhovoru vyplynula nutnost zvyšovat povědomí lidí s mentálním postižením o jejich vlastní sexualitě a o významu sexuální interakce. Pro provádění sexuální výchovy v zařízeních sociálních služeb je nezbytné zajistit doškolování personálu v této oblasti a vybudovat podpůrné mechanismy pro odhalování sexuálního zneužívání.

10. Seznam použitých zdrojů

1) BALADERIAN, N. J. Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, č. 9 (1991) roč. 4, str. 323-335.

2) BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání.* Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4

3) BINAROVÁ, I. *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc, Univerzita Palackého, 2000. ISBN: 80-244-0138-X

4) CICIRIELLO, A. *MST et handicap: Personnes handicapées, personnes à risques*, 2008. dostupné na: www.asph.be/NR/rdonlyres/BC6E3376-BA18-494D-9C18-61300C3AC739/0/ASPH200817MSTethandicap.pdf

5) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum v pedagogice.* Praha: Portál, 2005. EAN 9788073674854

6) JANIŠ, K. *Sexuální výchova-příspěvek k teorii a praxi*. HK: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-37

7) KENNETH, F., SANDEL, M. Abuse of Women with Disabilities: Toward an Empowerment Perspective. *Sexuality and disability*. č. 28 (2010)

8) KHEMKA, I. Evaluation of a Decision-making curriculum designed to empower women with mental retardation to resist abuse. *American journal on Mental Retardation*. č. 3 (2005) roč. 110

9) KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9

10) LANGER, S. *Mentální retardace*. HK: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X

11) LUMLEY, V., MILTENBERGER, R., LONG, E., RAPP, J., ROBERTS, J. Evaluation of a sexual abuse prevention program for adults with mental retardation. *Journal of applied behavior analysis,* č. 1 (1998), roč. 31. North Dakota State University, dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1284101/pdf/9532753.pdf

12) MATZNEROVÁ, I., VELEMINSKÝ, M. *Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením*. In *Ochana zdravotně postižených před sexuálním zneužíváním*. Praha: SZP v ČR. 2002

13) McCARTHY, M., THOMPSON, D. A Prevalence Study of Sexual Abuse of Adults with Intellectual Disabilities Referred for Sex Education. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* č.10 (2010) roč. 2, University of Kent, Canterbury, CT2 7LZ UK, dostupné onlina na: www.onlinelibrary.wiley.com

14) MŰLLER, O., VALENTA, M. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5

15) NOVOSAD, O. *Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení*. In *Ochana zdravotně postižených před sexuálním zneužíváním*. Praha: SZP v ČR. 2002

16) PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-569-8

17) PREVENDÁROVÁ, J. *Výchova k manželstvu a rodičovstvu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1994. ISBN 80-223-0779-3

18) PUNCH, K. F. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7

19) REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6

20) REYNOLDS, L. *People with Mental Retardation and Sexual Abuse*. The Association for Retarded Citizens, č.101 (1997) roč. 56, dostupné na: www.thearc.org

21) ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2

22) SEDLÁK, J. *Psychologické aspekty sexuálního zneužívání*. In *Ochana zdravotně postižených před sexuálním zneužíváním*. Praha: SZP v ČR. 2002

23) SLOBODNÍK, J. *Sexualita mentálně postižených - II.* Praha: Orfeus, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4

24) SLOBODNÍK, J. *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2009. ISBN 80-903519-0-5

25) SOBSEY, D., VARNHAGEN, C. *Sexual abuse and exploitation of people with disabilities: Toward prevention and treatment*. In CSAPO, M., GOUGEN, L. *Special Education Across Canada*.Vancouver: Vancouver Centre for Human Developmental and Research, 1989

26) ŠEĎOVÁ, K., ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

27) ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti.* Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4

28) ŠKUTOVÁ, D. *Sexuální výchova v tyflopedii předškolního a mladšího školního věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1551-8

29) ŠTĚRBOVÁ, D. *Přístup k dětské sexualitě*. In *Sborník referátů k 13. celostátnímu kongresu k sexuální výchově v ČR.* Pardubice, 2005. ISBN 80-86559-41-6

30) ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. Praha: SPRSV, 2009. ISBN 978-80-7415-005-0

31) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7

32) TOBIN, P., KESSNER, S. *Keeping kids safe. A child sexual abuse prevention manual.* Alameda: Hunter House publishers, 2002. ISBN 0-89793-332-X

33) TOWER, C.*Understanding child abuse and neglect*. Boston: Allyn and Bacon, 2004. ISBN-10: 020540183X

34) UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5

35) VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu.* Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4

36) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

37) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0

38) VALENTI-HEIN, SCHWARTZ, L. *The sexual abuse interview for those with developmental disabilities*. James Stanfield Company. Santa Barbara: California, 1995

39) WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0929-5

40) YACOB, E., HALL, I. The sexual lives of men with mild learning disability. *British journal of learning disabilities.* č. 37 (2009) roč. 1, dostupné na: www. onlinelibrary.wiley.com.

Rozhovor s Petrem Eisnerem, Dis. ze dne 27. března 2012

Zákon O sociální službách 108/2006 Sb.

Zákon O sociálně-právní ochraně dětí 359/1999 Sb.

Trestní zákoník 40/2009 Sb.