

Problematika sexuality lidí s mentálním postižením

Ing. Adéla Machalová

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Ing. Adéla MACHALOVÁ
Osobní číslo: H128165
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Problematika sexuality lidí s mentálním postižením

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude vypracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržení zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- sexualitu mentálně postižených jedinců jako nedílnou a nezbytnou součást jejich života;
- problémy, které souvisí se sexualitou mentálně postižených lidí;
- postoje veřejnosti a pracovníků domovů pro osoby se zdravotním postižením vůči sexualitě mentálně postižených lidí.

Součástí práce bude kvantitativní výzkum zaměřený na komparaci postojů veřejnosti a pracovníků domovů pro osoby se zdravotním postižením k sexualitě osob s mentálním postižením.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JANIŠ, K. Sexuální výchova a mentálně postižení jedinci. PRAHA: o. s. Orfeus, 2004.

JANIŠ, K. Sexuální výchova – příspěvek k teorii a praxi. PRAHA: Gaudeamus, 2002.

KOZÁKOVÁ, Z. Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením. In XVI. Bohnické sexuologické dny. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004.

KOZÁKOVÁ, Z. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In Sexualita mentálně postižených. Praha: o. s. Orfeus, 2004.

ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, 2009.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.**

Institut mezioborových studií


Datum zadání diplomové práce: **20. února 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**

V Brně dne 20. února 2014


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

DEJLA MACHALOVÁ

Jméno, příjmení studenta



Podpis

V Brně28.3.2014.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlížejí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou sexuality u osob s mentálním postižením. Obecně lze hovořit o tom, že sexuální život a navazování partnerských vztahů patří přirozeně k běžnému životu každého jedince. Zatímco v minulosti se taková témata spojená se sexualitou považovala za tabu, o nichž se nemohlo na veřejnosti hovořit, v současné době se lze setkat s opačným trendem. Běžně se na veřejnosti a v médiích o sexualitě hovoří, včetně témat mnohdy velmi citlivých. To ostatně také souvisí se změnou české společnosti a s jejím rozvojem po roce 1989. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda zaujímá veřejnost jednotný názor na oblast sexuality osob s mentálním postižením.

Výsledky této diplomové práce mohou sloužit jako podklad pro diskuzi s veřejností, poskytovateli sociálních služeb nebo být podkladem pro další výzkum.

Klíčová slova:

Sexualita, osoby s mentálním postižením, mentální postižení, sociální práce, Domovy pro osoby se zdravotním postižením

ABSTRACT

The thesis dealt with the issue of sexuality among people with mental disabilities. Generally talk about the sex life and the establishment of partnerships include naturally to the daily life of every individual. While in the past such topics related to sexuality considered taboo, which are not on public speaking, currently to be found with the opposite trend. In general, the public and the media talk about sexuality, including topics often very sensitive. Moreover, this is also related to a change in Czech society and its development after 1989. The main aim of the thesis was to find out the opinions and attitudes to occupy the field of sexuality of people with intellectual disabilities and public workers selected homes. The results of this thesis may serve as a basis for discussion with the public, social service providers, or be the basis for further research.

Keywords:

Sexuality, people with mental disabilities, mental retardation, social work, homes for people with disabilities

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	11
1.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	13
1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	14
1.3 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA OSOB S MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	16
2 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ VÝCHOVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
2.1 SEXUÁLNÍ ŽIVOT KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
2.2 POSTOJE K SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	20
2.3 PŘEDSUDBY K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
3 PRÁVA KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	27
3.1 PRÁVA KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM OBECNĚ	27
3.2 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA SEXUALITY KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	31
II EMPIRICKÁ ČÁST	33
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	34
4.1 CÍL VÝZKUMU A FORMULACE HYPOTÉZ	34
4.2 VÝZKUMNÁ METODA	35
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	36
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	37
5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O RESPONDENTECH.....	37
5.2 HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	40
5.2.1 Názory k oblasti sexuálního života osob s mentálním postižením	40
5.2.2 Názory k oblasti partnerství osob s mentálním postižením	43
5.2.3 Názory k oblasti rodičovství osob s mentálním postižením.....	46
5.2.4 Vzdělávání osob s mentálním postižením v oblasti sexuality.....	49
5.2.5 Verifikace hypotéz	52
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM ZKRATEK	63
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM TABULEK	65
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá tématem sexuality u osob s mentálním postižením. Obecně lze hovořit o tom, že sexuální život a navazování partnerských vztahů patří přirozeně k běžnému životu každého jedince. Zatímco v minulosti se taková témata spojená se sexualitou považovala za tabu, o nichž se nemohlo na veřejnosti hovořit, v současné době se lze setkat s opačným trendem. Běžně se na veřejnosti a v médiích o sexualitě hovoří, včetně témat mnohdy velmi citlivých. To ostatně také souvisí se změnou české společnosti a s jejím rozvojem po roce 1989.

Také u osob se zdravotním postižením se objevují touhy a potřeby ventilovat svoji sexualitu. Zatímco však běžná populace si je vědoma, že není vhodné na veřejnosti vždy všechna sexuální témata probírat a projevovat intimnosti k druhému partneru, u osob s mentálním postižením se lze setkat s obtížemi právě tohoto typu. Nicméně je potřeba při práci s jedinci s mentálním postižením věnovat této problematice mimořádnou pozornost, a to v návaznosti na jejich optimální vývoj a při jejich integraci do většinové společnosti.

Jestliže je pro současnou dobu charakteristické se běžně bavit o sexuálních tématech, neplatí to tak zcela o sexuální aktivitě a intimním životě u osob s mentálním postižením. Stále se lze setkat s poměrným tabu kolem tohoto tématu. O sexualitě u klientů s mentálním postižením se nehovoří, jakoby ani tyto osoby neměly svoje přání, představy a touhy. To ovšem neznamená, že nepocítují sexuální potřebu. Proto je zapotřebí stále více o této problematice hovořit, a to nejen v kruhu odborníků, ale také mezi širokou veřejností. Při péči o osoby s mentálním postižením lze však narážet na nevhodný postoj jak většinové společnosti, tak i rodičů osob s mentálním postižením, pro něž je obvykle velmi těžké si představit, že i jejich děti by mohly přes své postižení vést sexuálně aktivní život. Mnoho z nich si ani nepřipouští, že by jejich děti měly sexuální myšlenky a fantazie. O to více je pak může překvapit skutečnost, že je najdou v situaci vlastní sebeuspokojování.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že pracuji v domově pro osoby se zdravotním postižením, v němž je problematika sexuality osob s mentálním postižením upravena do podoby tzv. Protokolu sexuality. De facto se jedná o souhrn veškerých postojů, vnitřních pravidel a zjištění dotýkající se sexuality osob s mentálním postižením. Uvědomuji si, že mnoho dalších zařízení tohoto typu však tuto oblast práce s klienty upravenou nemá a mnohdy je také toto téma samotnými pracovníky opomíjeno

a přehlíženo. Lze se tak oprávněně domnívat, že je zapotřebí celospolečenská změna, která umožní jak pracovníkům v sociálních službách, tak široké veřejnosti nahlížet na osoby s mentálním postižením jako na jedince, kteří i přes svůj handicap mají svoje potřeby a touhu být milováni a milovat.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V části teoretické se nejdříve zaměřuji na charakteristiku mentálního postižení a jeho kategorie. Zahrnuje sexualitu a sexuální výchovu u osob s mentálním postižením. Vymezuje práva klientů s mentálním postižením. V minulosti bylo velmi málo dostupné literatury ohledně této problematiky, avšak v poslední době se začíná této problematice věnovat větší pozornost.

Empirická část mapuje názor veřejnosti v oblasti sexuality, rodičovství a partnerských vztahů osob s mentálním postižením, sexuální osvěty poskytované samotným osobám s mentálním postižením za pomoci dotazníkového šetření.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda zaujímá veřejnost jednotný názor na oblast sexuality osob s mentálním postižením.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V odborné literatuře se setkáváme s velkým množstvím různých termínů označující sníženou úroveň inteligenčních schopností. Stále se hledají nové termíny, které by nahradily termíny stávající. Obecně se dnes nejvíce používá pojem mentální retardace, který se rozšířil po roce 1959 – po konferenci Světové zdravotnické organizace v Miláně.

Termín mentální retardace je jediným formálním termínem, ale v poslední době je vhodnější pojmenování osoba, jedinec, klient, uživatel s mentálním postižením, u kterého je zdůrazněna skutečnost, že člověk s postižením je zejména lidská bytost.

Různí autoři definují mentální postižení odlišně, existuje celá řada různých definic. Uvedeme si formulace mentálního postižení z hlediska různých odborníků.

Dolejší (1973) říká: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích genetických vloh, na porušení vztahu anatomicko – fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitním učení, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“* (Dolejší, M. 1973, s.38)

Pipeková (1998) uvádí: *„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.“* (Pipeková, J. 1998, s. 171)

Matoušek (2003, s. 106) popisuje mentální postižení jako vrozené a stálé postižení jedince způsobené dědičností a organickým postižením mozku a míchy, které mohlo nastat u nitroděložního vývoje, při porodu anebo nedlouho po porodu.

Někteří autoři zdůrazňují kritérium intelektu. K nim patří také Langer (1996, s.10), který chápe mentální retardaci jako celkově nevyvinutou osobnost s výrazným postižením intelektové oblasti.

Vágnerová (2004) termín mentální postižení vysvětluje jako souhrnné označení *„vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět*

svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“ (Vágnerová, M. 2004, s. 289) Podle této autorky je však mentální postižení formulováno také jako nezpůsobilost jedince získat určité stupně racionálních schopností, které by byly přiměřené nejen společenské normě, ale především by jedinci poskytla možnost se uspokojivě rozvíjet a podněcovat sama sebe.

Valenta a kol. (2012, s. 30) vnímají pojem mentální postižení jako zastřešující, který zahrnuje omezení nebo znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a činností vyplývajících z mentálního postižení, které znevýhodňuje klienta v oblastech vzdělávání na běžném typu škol a zjišťuje tak opatření výchovného charakteru.

Švarcová (2006) uvádí, že *„za mentálně retardované se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“*. (Švarcová, I. 2006, s. 24)

Definice mentálního postižení UNESCO 1992: *„Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav, charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, to je nižší schopností orientovat se v životním prostředí. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí.“*

3. revize Mezinárodní klasifikace duševních poruch a nemocí uvedla vymezení mentální retardace z roku 1992: *„Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevující se během vývojového období, přispívající k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou tělesnou nebo duševní poruchou, nebo bez ní.“* (Švingalová, D. 2003, s. 21)

Zahraniční autorka Castlesová (1996) v předmluvě své knihy *„People first“* (Především lidé) zdůrazňuje, že i když je intelektové postižení významným handicapem, nejsou lidé tímto svým postižením definováni. Upozorňuje, že jsou především a hlavně lidé, kteří stejně jako každý z nás mají své přátelské vztahy, zažívají své těžkosti a řeší mravní dilemata.

Mentální postižení je nutné však chápat jako vrozený, trvalý, případně také částečně získaný stav, od něhož se odlišuje označení demence, čímž je myšleno získání mentálního defektu u dětí po jejich 2. roce života (Pipeková a kol., 2010). V další podkapitole tak budeme referovat o některých příčinách vzniku mentálního postižení na podkladě rešerše odborné literatury.

V definicích mentální retardace bychom mohli nepřestávat. Kozáková (2005, s. 17) výstižně shrnuje, že termín mentální postižení má širší rozsah a používáme ho v souvislosti se sníženou inteligencí na podkladě vzniku různých příčin.

V další podkapitole tak budeme referovat o některých příčinách vzniku mentálního postižení na podkladě rešerše odborné literatury.

1.1 Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentální postižení je různorodá. Velkou roli hraje řada účinku, které se různě sdružují. Důvody vzniku mentální retardace se dělí do skupin podle konkrétních hledisek. V odborné literatuře můžeme narazit na několik druhů dělení.

Podle Matuly (1986, s. 31) mohou mentální postižení vyvolat endogenní a exogenní příčiny. Endogenní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické (genové mutace, chromozomová aberace). Chromozomových aberací je v dnešní době několik desítek, nejznámější je Downův syndrom. Genové mutace způsobují dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Mezi exogenní příčiny řadíme například fyzikální vlivy, mechanické působení, chemické vlivy.

Dle Langer (1995, s. 27): *„Přestože u mentálně retardovaných se v minulosti zkoumaly a v současné době zkoumají nejrůznější možné vlivy biologické a sociální, nelze určit příčiny mentální retardace jednotně a jednoznačně pro jejich značnou symptomatologickou variabilitu a kvalitativní a kvantitativní rozdíly v mentálním deficitu.“* Dále doplňuje, že se mimo biologické a sociální vlivy zjišťovaly i jiné vlivy. Mezi nimiž je zahrnuto například problémy a starosti matek v době těhotenství, počet dětí s mentálním postižením v rodinách bez vzdělání aj.

Švarcová (2006, s. 28) zaujímá stanovisko, že příčinou mentální retardace je abnormální vývoj nebo organické poškození mozku, které nastává v důsledku strukturálního porušení mozkových buněk.

Raboch a Zvolský (2001, in Černá, 2008, s. 222) rozdělují mentální retardaci na činitele předporodní (prenatální) a poporodní (perinatální). Mezi prenatální faktory řadí infekční onemocnění matky, endokrinní poruchy matky, fetální alkoholový syndrom, kokainový syndrom, získaný defekt imunity. Mezi perinatální činitele zařazuje krvácení do mozku, genetické enzymové defekty, mozkové hypoxie novorozence.

Dle Lečbycha (2008, s. 25) se etiologie mentálního postižení dělí na vlivy endogenní (genetické) a na vlivy exogenní, tedy v období těhotenství, porodu a ranném dětství.

Langer (1995) klasifikuje příčiny mentální retardace na vrozené a získané, endogenní a exogenní, dědičné a získané. Na objasnění této klasifikace uvádí: „*Tyto tři formy zde uvádíme proto, protože se těchto rozdělení běžně používá v teoretickém přístupu k řešení těchto otázek, uvedená rozdělení vycházejí z různých pohledů, přičemž záleží hlavně na tom, jak si sémanticky vymezíme pojmy „vrozené-získané, endogenní-exogenní, dědičné a získané“*“ (Langer, 1995, s. 30-31).

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Žádné kvalifikační uspořádání nemůže být úplně spolehlivé a to z toho důvodu, že manipuluje pouze s jedním kritériem. Zvolené kategorie nejsou striktně vymezeny, u osob dochází přirozenou cestou k rozvíjení anebo nastává opačný průběh. Klasifikační systém také neuvažuje s nepravidelností v postižení jednotlivých rysů osobnosti., která je pro mentální postižení charakteristická. Určení inteligenčního kvocientu je vhodné nepožadovat za zcela vypovídající údaj, ale je potřeba posuzovat i ostatní schopnosti osob.

Švarcová (2003, s.53) upřesňuje: „*Při klasifikaci mentální retardace bývá užito nejrůznějších hledisek, z nichž nejčastější je hloubka postižení vyjádřená jednotlivými stupni mentální retardace v závislosti na míře intelektu, dále hledisko etiologické a symptomatologické.*“

Hloubka mentální retardace může být určena prostřednictvím inteligenčního kvocientu (IQ), na jehož základě lze zhodnotit míru rozumových schopností. Inteligenční kvocient získáme jako poměr mezi věkem daným úspěšností testu a kalendářním věkem a tento výsledek se násobí stem, který je dán.

Klasifikace podle míry postižení je nejčastěji užívanou klasifikací. Je vydávána Světovou zdravotnickou organizací. Klasifikace podle úrovně postižení vyjádřena IQ je hodně využívanou klasifikací. Výstup slouží jako podklad pro úspěšné podání přihlášky

a následné přijetí do speciální základní školy speciální nebo praktické základní školy. Předkládá se při poskytování speciálně pedagogické péče, služeb a podpor.

V současné době se při určení užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992.

„Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace“ (Švarcová, 2006, s. 33).

Světová zdravotnická organizace rozčleňuje v desáté revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen MKN-10) mentální postižení do šesti kategorií podle inteligenčního kvocientu. Duševní poruchy jsou označeny písmenem F, pro mentální retardaci je odpovídající číslice 7. (Valenta, Müller, 2003, s. 10)

Dělení na jednotlivé kategorie je následující:

F70 - lehká mentální retardace IQ 50 –69

F71 - středně těžká mentální retardace IQ 35 –49

F72 - těžká mentální retardace IQ 34-20

F73 - hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F78- jiná mentální retardace – stanovení MR je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus

F79 - nespecifikovaná mentální retardace- stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování a autismus

Valenta, Müller (2003, s. 10) se zmiňují, že kromě stupně mentálního postižení MKN-10 rozlišuje v kódu i postižené chování u těchto klientů, a to přidáním další číslice za tečku za číslicí vyjadřující stupeň postižení:

0 – žádné či minimálně postižené chování

1 – výrazně postižené chování

„Ve starší odborné literatuře se můžeme setkat s tříděním osob s mentální retardací pro školské účely na vzdělavatelné a nevzdělavatelné. Toto členění je z pohledu práva na vzdělání pro všechny, kterou nám zajišťuje Ústava České republiky, velmi problematické a nemělo by k němu vůbec docházet.“ (Pipeková, 2006, s. 61)

Smysl vytyčení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že oznamuje o celkové racionální úrovni jedince. Neudává nic o kvalitativních neobvyklostech inteligence konkrétního jedince a jeho diagnostickou hodnotu pro znalost osoby nelze přecenit. (Svoboda in Švarcová, 2006, s. 32–33)

1.3 Psychologická charakteristika osob s mentálního postižení

Charakter je spojení důležitých vlastností osobnosti, jež předpovídají vztah jedince ke světu – ke svým nejbližším, k rodině, k přátelům, k práci, společnosti i sobě samému. Mentální postižení ukazuje, svým způsobem nějaké poškození sociální interakce a komunikace.

Smyslová percepce

Pod termínem percepce máme na mysli vnímání skutečnosti pomocí smyslových orgánů na základě předcházející zkušenosti a rovněž její citové a rozumové vysvětlení. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 86). Na vnímání má vliv úroveň rozumových schopností. Nejenom praxe, ale i odborná literatura nám ukazuje jak velký vliv má zpomalená schopnost vnímání. U osob s mentálním postižením dochází často k selhání vnímání prostoru a času v neznámé situaci a cizím prostředí. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) Můžeme se setkat také se špatnou koordinací pohybu. Při rozeznávání věcí pokládají za stejné zcela odlišné předměty.

Zrakové vnímání mentálně postižených osob je neuspořádané, v podstatě přeskakují od jedné podrobnosti k druhé a nevnímají, co vidí.

Sluchové vnímání je spjato s řečí a podobně jako u zrakového vnímání dochází u osob s mentálním postižením k problémům vnímání mluveného slova.

Pozornost

„Pozornost tedy můžeme charakterizovat jako vyčlenění jednoho nebo více předmětů z komplexu předmětů, jevů, dějů a koncentraci našeho vědomí na zvolený výsek skutečnosti. Pozornost však neexistuje sama o sobě; je to vždy pozorné vnímání, představování, myšlení atd.“ (Švancara, Vašina, Kostroň, 1991, s. 54)

Osoby s mentálním postižením vykazují nižší hladinu záměrné pozornosti oproti vrstevníkům jejich věkové kategorie a to v souvislosti s funkcí oblastí CNS, stejně

tak jako na koordinaci aktivace a zpomalení procesů v oblasti mozku. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001)

Realizace činností, které vyžadují přesouvání pozornosti je pro osoby s mentálním postižením velkým problémem. S úbytkem či nedostatkem rozumových schopností roste náročnost na provádění takových činností. Tato skutečnost ovlivňuje vyšší míru unavitelnosti osob s mentálním postižením. Téměř vždy se setkáváme se sníženou schopností rozdělit pozornost na více činností. Samozřejmě s vyšší mírou postižení je rozdělení pozornosti stále mizivější.

Myšlení

U osob s mentálním postižením dochází k porušení poznávacích činností. Zaměřenost a soustavnost myšlení vykazuje nedostatek v důsledku zvýšené unavitelnosti a poruchy pozornosti. Řídící funkce myšlení je nízká, osoby s mentálním postižením nejsou schopny tušit a předvídat důsledky svého jednání. Obtížné si pamatují jednotlivé kroky, což jim neulehčuje získání důležitých dovedností a návyků (např. v oblasti sebeobsluhy a hygieny) a hledání adekvátních postupů při řešení problémů.

Osoby s mentálním postižením jsou méně samostatné, neschopné plánovitého postupu, organizace a časového harmonogramu. V případě výraznějšího mentálního postižení nejsou schopny vyhodnotit nebezpečnou situaci, zdravotní stav.

Učení

Osoby s mentálním postižením mají omezený rozsah příjmu informací a nižší kvalitu jejich zpracování. U závažnějších mentálních postižení dochází ke zkreslenému vnímání problémové situace, omezenému vhledu a neadekvátnímu vyhodnocení. Charakteristická je krátkodobější, případně snížená motivace k řešení problémové situace.

Řeč

Verbální výkony mentálně postižených osob jsou nejenom snižené, ale i omezené a zpomalené. Vývoj řeči je v důsledku narušení vnitřních podmínek postižen do té míry, že nedosáhne normy. Velký rozdíl je mezi úrovní aktivního slovníku a pasivního slovníku, který je vyvinutější. Nápadné jsou rozdíly mezi vývojem řeči a neverbálních složek, jež jsou často na výrazně lepší úrovni.

Paměť

Typickým znakem paměti osob s mentální retardací je, že se učí všechno nové velmi pomalu a je potřeba nové věci neustále průběžně opakovat. Dalším výrazným rysem je pomalé tempo osvojování nových poznatků, nestálost jejich uchování a nesprávnost při jejich představování. Tyto osoby si lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů a nezapamatují si vnitřní logické souvislosti. (Švarcová, 2006)

Sexualita

Z hlediska sexuality nakládá člověk s mentálním postižením totožnými potřebami jako člověk bez postižení. Uvádí se, že jedinci s lehkou MR mají pohlavní styk stejně často jako jejich vrstevníci. Potíží v oblasti sexuality těchto osob je uspokojování potřeb na veřejnosti, což je společností velmi negativně vnímáno. Je proto důležité s lidmi s mentálním postižením o této nevhodnosti mluvit. Problém, se kterým se můžeme setkat u lidí s MP je jejich zranitelnost – často se stávají oběťmi znásilnění či svedení. (Valenta, Kozáková, 2006)

Všechny tyto známky se nemusí projevovat u každého jedince s mentálním postižením. Člověk s mentálním postižením má jedinečné vlastnosti a také zvláštnosti, tak jako každý jiná osoba.

2 SEXUALITA A SEXUÁLNÍ VÝCHOVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Druhá kapitola diplomové práce se věnuje současným poznatkům o sexualitě osob s mentálním postižením. Je třeba v této souvislosti citovat Kozákovou (2007, s. 44), která uvádí, že člověk představuje sexuální bytost „*bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality jsou kontinuální, přirozenou a důležitou součástí lidského života. Porozumět sexualitě osob s mentálním postižením znamená nehledat rozdílnosti či zvláštnosti, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí.*“

Je tedy zapotřebí, aby všichni lidé vnímali sexualitu osob s mentálním postižením jako jejich přirozenou součást lidského života a nečinili tak v této souvislosti rozdíly mezi tím, kdo je osobou bez postižení, a kdo postižení má. Nezávisle na tom, zda toto postižení vzniklo v důsledku nějaké nemoci či vnější okolnosti, nebo se s ním už člověk narodil. Proto také bude v této kapitole pojednáno o sexuálním životě klientů s mentálním postižením a o jednotlivých oblastech, které se k tomuto tématu vztahují.

2.1 Sexuální život klientů s mentálním postižením

Jak uvádí Kvapilík a Černá (1990), o problematice sexuálního života nikdy nebylo ve společnosti příliš hovořeno. Teprve v posledních letech, kdy se více mravy uvolnily a dochází všeobecně k větší komunikaci mezi jednotlivými členy společnosti, hovoří se také více o sexualitě. Zatímco dříve byly určité skutečnosti související se sexualitou zcela nepochopitelné, dnes je běžnou součástí, že se setkáváme s nahotou a hovoříme o podstatně intimních záležitostech.

Ačkoliv tedy se v této souvislosti prolomila určitá tabu, zdaleka to neplatí právě pro sexualitu osob s mentálním postižením. Jak dále poznamenává Kozáková (2007), vývoj sexuality u jedinců s mentálním postižením se vyvíjí podobným způsobem jako u intaktní společnosti. Především je zde důležitý moment uvědomění si vlastní pohlavní identity, zda se člověk cítí být ženou nebo mužem, homosexuálem, bisexuálem či heterosexuálem. U dospělých osob s mentálním postižením se můžeme setkat s tím, že se cítí být buď ženou, nebo mužem, ovšem na druhou stranu nedokáží přesně identifikovat, zda jsou homosexuály, bisexuály, či heterosexuály. Již krátce po narození u nich dochází k identifikaci či k objevení vlastních pohlavních orgánů, které vytvářejí

předpoklad pro vytvoření pohlavní identity. V dětství se pak jedinec učí rozeznávat sexuální a nesexuální části těla, přičemž si osvojuje také erotické projevy. Ty může buďto přijmout, nebo se k nim stavět odmítavým způsobem (Kozáková, 2007).

Podle Valenty (2007, s. 46) zde platí, že *„čím hlubší je postižení, tím osoba méně sexuality projevuje a čím méně je jedinec postižen intelektuálně, o to obvyklejší je jeho sexuální vývoj.“* To také vysvětluje skutečnost, že se setkáváme na ulicích s tím, že osoby s mentálním postižením s nízkou mírou podpory prožívají život zcela podobně jako jejich vrstevníci. Jsou si vědomi své sexuality, navazují partnerské vztahy, zatímco u osob s hlubokým mentálním postižením žádné takové tendence nepozorujeme.

K této problematice přispívá také Prevendárová (2002), která se zabývá obecně vývojem sexuality u osob s mentálním postižením. V této souvislosti tak uvádí, že u dětí a mládeže s lehkým stupněm mentálního postižení může někdy docházet ke zpomalení jejich sexuálního vývoje, jindy se však může tento vývoj zrychlovat, a to na podkladě vlivu prostředí a specifických kulturních zvyklostí. Tato autorka k tomu dále poznamenává: *„Všeobecně však spěje ke zralosti a k naplnění práva na plnohodnotný sexuální život. Absolventi zvláštěních základních škol běžně uzavírají manželství a zakládají si rodiny. Víme, že ne vždy se však umějí vyrovnat se zodpovědností, kterou rodičovství přináší. Škola totiž připravuje žáky po citové, mravní a sexuální stránce jen velmi nedostatečně, i když by to měla být dominantní součást jejich přípravy na život. Situace osob se středním a těžkým stupněm mentálního postižení je složitá. Pouze málokterí dosáhnou takové míry samostatnosti, aby mohli žít přirozeným partnerským a sexuálním životem, bez dozoru rodičů anebo opatrovatelů. Osudem mnohých je život v ústavu, v domovech sociální péče. Většina zařízení pro dospělé je nekoedukovaného typu (muži a ženy nepobývají společně, nemohou se stýkat), takže nemůže vyhovovat přirozeným erotickým a sexuálním potřebám obyvatel. Je načase přestat zavírat oči před těmito problémy, nebo je třeba nahradit nedokonalá řešení lepšími. V mnohém se začíná dokonce i jednat. Vzrůstá aktivita odborníků z řad lékařů, psychologů, speciálních a léčebných pedagogů. Toto téma začíná být odtabuizováno.“*

2.2 Postoje k sexuální výchově osob s mentálním postižením

Jak bude ještě dále ukázáno, mnozí členové majoritní společnosti se domnívají, že by u osob s mentálním postižením neměla být realizována sexuální výchova, neboť tím dochází k jejich zvýšeným sexuálním tužbám. Je zapotřebí si především v této

souvislosti uvědomit, že sexuální potřeby jsou zcela přirozenou součástí každého jedince, a to znamená také v případě této skupiny jedinců. Domníváme se naopak, že je velice přínosné pro jedince s mentálním postižením, aby byli v této oblasti vzděláváni, neboť tím může dojít k eliminaci některého nevhodného chování na veřejnosti, což bývá způsobeno jejich neznalostí některých principů intimity spojené se sexualitou.

Jak dále uvádí Kozáková (2007), sexuální výchova u osob s mentálním postižením se snaží především poskytnout těmto jedincům následující druhy informací:

- informace spočívající ve funkcích o lidském těle, z čeho se skládá, jak funguje, co je pro člověka přirození,
- jak si mohou pomoci v ovlivnění svého citového prožívání,
- jak jim může být ze strany odborníků pomozeno v rámci integrace do většinové společnosti.

Je především nutné zajistit, aby tyto osoby pochopily samotný význam jednotlivých informací a především věděly, jaké způsoby chování se považují za morální a tedy přípustné, a jaké již nikoliv, a těch se tedy v budoucnu vyvarovaly. S tím ovšem také souvisí další cíl realizované sexuální výchovy u osob s mentálním postižením, kam podle Kozákové (2007) spadá také docílení porozumění vlastnímu tělu. Díky sexuální výchově mohou osoby s mentálním postižením zjistit, jaké funkce jejich tělo obstarává, čímž si více uvědomí strukturu svého těla a přirozenost svých sexuálních potřeb. Obvykle také dochází k tomu, že se osoby s mentálním postižením stávají obětmi šikany nebo sexuálního zneužívání, v kolektivu vrstevníků se mohou také setkat s nepochopením a posměšky na svou osobu. Proto je důležité naučit tyto jedince, že jejich sexualita je zcela přirozená, nemusí se za ni stydět, ani ji potlačovat.

Realizací sexuální výchovy osob s mentálním postižením můžeme dosáhnout eliminování deviantního chování na veřejnosti – například masturbace a obnažování. Můžeme také zabránit nechtěnému těhotenství, promiskuitě a pohlavním chorobám, což je častým výsledkem brzkého zahájení sexuálního života. Sexuální výchova také poskytuje informace o možnosti obrany při výskytu sexuálního zneužívání, čehož jsou osoby s mentálním postižením často vystaveny, díky obtížnější orientaci v komplikovaných situacích a také tím, že jsou důvěřiví a podléhají vlivům jiných osob. Při výkladu

se nemůžeme spoléhat pouze na verbální komunikaci, ale je také vhodné využití různých pomůcek (Kozáková, 2007).

2.3 Předsudky k sexualitě osob s mentálním postižením

Jestliže v této souvislosti hovoříme o postojích a předsudcích intaktní populace k sexualitě osob s mentálním postižením, je na místě také hovořit o celkovém postoji intaktní populace k osobám s mentálním postižením a k procesu integrace. Na to pak navážeme kapitolou o předsudcích a postojích k sexualitě osob s mentálním postižením. Vždy je totiž zapotřebí vidět širší obzory, proto se v této podkapitole věnujeme i těmto oblastem.

Jestliže hovoříme v této kapitole o postoji, má se tím podle Hartla a Hartlové (2009, s. 442) „sklon reagovat ustáleným způsobem na různé předměty, osoby, situace. Postoje získáváme v průběhu života a to zejména vzděláním a sociálními vlivy, jsou součástí naší osobnosti. Postoje obsahují složku poznávací (kognitivní), citovou (afektivní) a konativní (behaviorální).“ Jestliže tedy hovoříme o postoji společnosti, resp. zdravé populace k osobám s mentálním postižením, máme zde na mysli, jak členové majoritní společnosti vnímají tyto osoby, jak se k nim staví, zda je chápou jako běžnou součást společnosti a svého života, nebo raději upřednostňují jejich izolaci v ústavech.

V odborné literatuře se dále uvádí, že postoje společnosti a jejich jednotlivých členů se vždy odvíjí v závislosti na historii a na celkové atmosféře, která je pro určitou dobu typická. Proto také v průběhu lidských dějin dochází k proměně těchto postojů, a to v závislosti na dosažené míře společenského vědomí, která je určena stupněm náboženských, filosofických a etických představ, které ve společnosti převládají. Na těchto představách jsou totiž založeny postoje členů majoritní společnosti k osobám, které se mohou více či méně od této společnosti lišit, např. svými tělesnými či psychickými zvláštnostmi. (Vágnerová, Hadj-Moussová, 2003).

Slowík (2007) v této souvislosti uvádí, že osoby s jakýmkoliv postižením (včetně mentálního) mohou být zdravými lidmi vnímány s předsudky, které pak mají vliv na celkově utvářenou skutečnost. Na podkladě předsudků pak dochází ke vzniku stereotypů, čímž je podle Slowíka (2007) myšlena fixace určitého postoje nebo názoru vznikajícího bez přímé zkušenosti s těmito osobami. Ještě stále velká část společnosti vnímá a orientuje se v prostředí osob s postižením právě na podkladě stereotypů, což má

ve většině případů nepříznivý dopad na život lidí s mentálním postižením. Je to mimo jiné z důvodu, že stereotypy negativně ovlivňují integraci osob s mentálním postižením do většinové společnosti. (Slowík, 2007). Proto je také zapotřebí, aby lidé nepodléhali vlastním předsudkům a nesoudili druhé jen na podkladě toho, co kdo řekl, ale aby si k této problematice a k těmto lidem vytvořili svůj vlastní úsudek. To je ve většině případů možné právě na podkladě vlastní zkušenosti s těmito lidmi. Lechta (2010) v této souvislosti doporučuje, aby se u většinové společnosti začaly rozvíjet přiměřené postoje k osobám s mentálním postižením, a to na základě projevované důvěry v možnosti a schopnosti člověka s postižením. Jestliže bude u lidí převládat ochota s těmito lidmi vzájemně komunikovat a stýkat se s nimi, lze předpokládat, že jsou tím dány prvotní předpoklady pro úspěšnou integraci osob s mentálním postižením do většinové společnosti. (Lechta, 2010). Proto lze také v této návaznosti kvitovat projekty, v nichž je pozornost zaměřena na vzájemné sladění postojů a názorů zdravé populace s osobami s mentálním postižením.

Ačkoliv je již dnes možno hovořit o tom, že se daří s menšími či většími úspěchy integrovat část osob s mentálním nebo kombinovaným postižením do většinové společnosti, stále je velká část těchto osob sociálně izolována, což vytváří u členů zdravé populace jakousi představu vakua, že žijí v prostředí, kde se nenachází žádné nemoci, smrt, postižení. To ostatně ale souvisí se stále proklamovanou ideou a prosazovaným názorem, že úspěšným člověkem může být jen ten, kdo je zdravý a krásný. Na podkladě tohoto nerealizovatelného ideálu však podle Fischera a Škody (2008) a podle Procházkové (2009) dochází k nemožnosti, aby se osoby s mentálním postižením účastnily každodenního společenského života. Jestliže by tyto předsudky stále ovládaly většinovou společnost, nemohlo by tak docházet k procesu integrace a ke vzájemnému obohacování o zážitky mezi oběma světy – světem postižených a světem zdravých. Proto je zapotřebí podporovat a posilovat zdravé postoje členů většinové společnosti, které tak vytvářejí podklady pro integraci lidí s mentálním postižením. To se následně může projevat v řadě oblastí běžného života, jako je např. přístup ke vzdělávání, k zaměstnání apod. (Fischer, Škoda, 2008; Procházková, 2009).

Jestliže tedy v této souvislosti hovoříme o integraci osob s mentálním postižením, je zapotřebí se v krátkosti zaměřit také na charakteristiku tohoto pojmu. V dnešní době se totiž můžeme setkat s tímto termínem nejenom v souvislosti se začleňováním osob s mentálním postižením, ale také u osob s duševním onemocněním, u lidí ze sociálně

znevýhodněného prostředí apod. Fischer a Škoda (2008, s. 23) uvádějí definici v pojetí Světové zdravotnické organizace (WHO), kdy je integrace charakterizována jako sociální rehabilitace, což je myšleno schopností „*osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech.*“

Pokud se na téma a pojetí integrace podíváme z obecného hlediska, je jím možno chápat především proces postupného začleňování a spojování určitých částí do jednoho komplexního celku. Vztaheno na toto téma je tak možno chápat integrací postupné začleňování osob s určitým handicapem (mentálním, zdravotním, sociálním apod.) do majoritní společnosti. (Novosad, 2009). V souvislosti s integrací je nutno zmínit také pojem segregace, čímž je myšlen pravý opak integračního procesu. Na podkladě segregace totiž dochází ke společenskému odlučování či vyloučení určitých osob ze společenského života. Tyto osoby jsou tak nuceny žít pouze ve společnosti stejně postižených osob, čímž je zamezeno vzájemné obohacování různě pojatých světů. (Fischer, Škoda, 2008).

Jak již bylo výše prokázáno, s tématem sexuality osob s mentálním postižením se stále pojí řada předsudků, které přes nedostatečnou osvětu zůstávají v mysli intaktní populace a ovlivňují tak vztah mezi většinovou společností a skupinou osob s mentálním postižením. Také v případě sexuality těchto osob lze zhodnotit značné předsudky intaktní populace. Ačkoliv již v posledních letech dochází k odtabuizování tohoto tématu, stále je spojeno s takovými pocity, jako je ostych, zablokovanost či senzace, jak na to upozorňuje např. Štěrbová (2004). Vzhledem k neustále se vyvíjející společnosti lze očekávat, že v budoucnu již se bude se sexualitou osob s mentálním postižením pojít méně předsudků. Nicméně v současnosti lze definovat hned několik, o nichž budeme hovořit dále (Valenta, Müller, 2009):

- jedinci s mentálním postižením mají zvýšenou hypersexualitu – podle Valenty a Müllera (2009) se lze setkat ještě stále s tímto názorem, že osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud, bohužel takové informace sdíleli také pracovníci ústavních zařízení, a proto byly těmto osobám podávány ve zvýšené míře léky, které měly jejich údajnou hypersexualitu ztlumit,
- uvádí se také, že sexualita osob s mentálním postižením se utlumit fyzicky náročnou prací,
- předsudek pojednávající o tom, že se lze sexuálními problémům vyhnout do té míry, pokud od sebe budou oddělena obě pohlaví – lze se oprávněně domnívat, že člověk

je sexuální bytostí bez ohledu na prostředí, ve kterém vyrůstá, sexuální uspokojení má celkový vliv na osobnost, pokud dojde ke strádání, projevuje se tato skutečnost navenek, nemá tedy jakoukoliv souvislost s opačným pohlavím,

- přetrvává stále předsudek, že osoba s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem, což ovšem je založeno na výpovědích pečovatelů o tyto osoby, které se domnívají, že jedinci s mentálním postižením nikdy skutečně nedospějí, jejich rozumová úroveň podle nich zůstává na určité hranici v dětství, proto také vzniká tento postoj k osobám s mentálním postižením, vzhledem k takto pojatému předsudku se lze v praxi setkat s přístupem, kdy pečovatelé i intaktní populace odmítají jakékoliv názory o tom, že i jedinci s mentálním postižením dospívají, s čímž jsou dále spojeny jejich přirozené citové a sexuální potřeby, proto se také mnohdy pečovatelé diví, jak je možné, že tyto osoby se začínají projevovat po sexuální stránce, což je ovšem logické v návaznosti právě na jejich dospívání,
- tím, že dochází k realizaci sexuální výchovy u osob s mentálním postižením, jen se tím u nich vzbuzují sexuální touhy – je potřeba, aby byla intaktní populace informována o tom, že sexuální potřeby jsou zcela přirozenou součástí každého lidského života, a tedy i osob s mentálním postižením, proto na vývoj jejich sexuality nemůže mít sexuální výchova jakýkoliv dopad, naopak se v souladu s odbornou literaturou domníváme, že je nutné u osob s mentálním postižením sexuální výchovu realizovat, a to z důvodu kladného ovlivnění a kultivace sexuality jedince,
- převládá také u osob bez postižení názor, že osoby s mentálním postižením nemají žádné sexuální potřeby – jak je vidno, jedná se o další předsudek, který tvoří opačný pól k názoru, že osoby s mentálním postižením mají vyvinutý nadměrný sexuální pud, podobně jako jiné osoby však mají i jedinci s mentálním postižením své vlastní sexuální potřeby a erotické touhy, s nimiž je nutno dále pracovat,
- setkáváme se také v praxi s předsudkem, že osoby s mentálním postižením mají příslušné postižení také v oblasti sexuality – tento předsudek pravděpodobně vychází z faktu samotného mentálního postižení, příčiny lze však hledat především v nízké informovanosti intaktní populace, mohou se však u osob s mentálním postižením vyvinout jisté poruchy sexuality, ovšem ty souvisejí s jinými příčinami, jako např. s nějakým traumatickým zážitkem,

- uvádí se také předsudek, že součástí intimního vztahu musí být vždy pohlaví styk – to také autoři Valenta a Müller (2009) odmítají, z toho pak plyne fakt, že jsou osoby s mentálním postižením směřovány do oblastí, kterým jim samotným nevyhovují.

V závěru této kapitoly si uvedeme nejsilnější mýty o sexualitě lidí s postižením podle Venglářové, Eisnera (2013, s. 120-128):

- Člověk s postižením, který je např. na úrovni čtyřletého dítěte, nemá žádné sexuální potřeby, ty přece náleží až dospělým – člověk s postižením má sexuální i vztahové potřeby a chce je uspokojovat. Pokud se k němu chová okolí pořád jako k malému dítěti, může ho v roli dítěte udržet, ale potřeby, které nebyly naplněny se začnou postupně pomalu projevovat do chování člověka.
- Většina lidí s mentálním postižením je sexuálně deviantní – je to nesmysl. Mezi lidmi s postižením se vyskytuje stejné procento deviantů, jako je tomu u lidí bez postižení.
- Čím méně má postižený člověk v hlavě, tím více má v rozkroku. Tito lidé mají velký sexuální apetit, nikdy nemají dost. Lidé s postižením mají potřebu jako lidé bez postižení, že se uspokojování děje na společných prostorách je způsobeno nedostatečným soukromím.
- Lidé s mentálním postižením nejsou schopni mít vztah, což je do jisté míry způsobeno tím, že nemají srovnatelné možnosti v životě k navázání.
- Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti. Dnes lidé s mentálním postižením mají svůj sexuální život a ženy se svobodně rozhodují pro antikoncepci.
- Lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahů. Z hlediska trestně právního je klient zodpovědný v případě, že není omezena jeho způsobilost k právním úkonům.

Jako v jiných případech může také zde nejvíce zafungovat informovanost veřejnosti, rodin, lidí s postižením i samotným pracovníkům v sociálních službách. Proti mýtům a nepravdám pak nejlépe pomáhají konkrétní příklady, konkrétní lidé a jejich příběhy.

3 PRÁVA KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V předcházející kapitole jsme se zabývali sexualitou osob s mentálním postižením a poukázali na to, že i lidé s mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život, a to za situace, že tím nikoho ani sebe neohrožují. Ačkoliv si to ještě tolik intaktní populace není schopna a ochotna připustit, sexuální potřeby osob s mentálním postižením se vyvíjejí již od jejich narození a představují tak jejich zcela běžnou součást. V této souvislosti tak Vykydalová (c2014) uvádí, že „*sexualita je podstatnou součástí lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý z nás je sexuální bytost a každý z nás má právo na prožití vlastní sexuality.*“ Proto se v návaznosti na tuto autorku přijímají následující normy sexuálního chování člověka:

- sexualita, která se vztahuje k sexuální identitě jedince a k jeho sexuálním vztahům,
- sexualita existuje jak v rámci manželství, tak i mimo něj,
- veškeré úrovně prožívání sexuality jsou si rovny,
- sexuality mezi lidmi stejného pohlaví dosahuje stejné hodnoty jako sexualita prožívaná mezi mužem a ženou, homosexualita se tak považuje za přirozenou, neposuzuje se jako druh deviace.

V návaznosti na tato ujednání bude dále v této kapitole hovořeno o jednotlivých právech, které osoby s mentálním postižením mají, a to nejen ze všeobecného hlediska, ale také ve vztahu k sexualitě klientů s mentálním postižením. Budeme se zde snažit postihnout, jakým způsobem lze zakotvit sexuální práva do fungování a řízení sociálních zařízení, které pečují právě o tyto klienty.

3.1 Práva klientů s mentálním postižením obecně

Právy klientů s mentálním postižením se zabývala OSN již v minulosti, kde také byla 20. prosince 1971 přijata Valným shromážděním OSN Deklarace práv duševně postižených, čímž bylo završeno úsilí o sjednocení a ujasnění práv těchto osob (Vykydalová, c2014).

Podle této Deklarace jsou osobám s mentálním postižením přisouzeny určité druhy práv, podobně jako je tomu i u lidí bez postižení. K těmto právům náleží zejména (Helpnet, 2013):

- osoby s mentálním postižením mají mít zaručena v maximální možné míře stejná práva jako jiné lidské bytosti,
- osoby s mentálním postižením mají právo na zdravotní péči a fyzikální terapii, a v této souvislosti také na takovou výchovu readaptace a vedení, díky nimž jim bude umožněno rozvinout v maximální možné míře své možnosti, schopnosti a dovednosti,
- osoby s mentálním postižením mají mít právo na ekonomické zabezpečení a na odpovídající životní úroveň, která odpovídá slušným mravům, těmto osobám tak musí být zajištěno plné právo produktivně právo nebo se alespoň zabývat nějakou užitečnou činností,
- osoba s mentálním postižením má právo vyrůstat ve své vlastní biologické rodině, příp. v rodině opatrovníka, aby jí tak bylo umožněno podílet se na společenském životě, z tohoto pohledu by tak měla být ze strany státu věnována pomoc každé rodině, která své dítě s mentálním postižením neumístí do ústavního zařízení, ale stará se o něj v kruhu rodiny, v případě, že je nevyhnutelné člověka s mentálním postižením umístit do specializovaného zařízení, měly by být zdejší podmínky maximálně podobné těm, které jsou běžné pro rodinný život,
- osoba s mentálním postižením má právo na kvalifikovaného opatrovníka, a to za situace, vyžaduje-li to jeho ochrana doba a jeho zájmů,
- osoba s mentálním postižením má plné právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením, v případě, že má být tato osoba soudně stíhána, musí mít právo na zákonný proces s plným uznáním své odpovědnosti, která navazuje na její současný mentální stav,
- *„jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.“*

Kromě této deklarace tak existuje také další právní dokument, na jehož podkladě

jsou osobám s mentálním postižením vymezena určitá práva, která mají být národními státy zabezpečována. Makovcová (2011) v této souvislosti hovoří o Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, kdy byl tento dokument společně s jeho Opčním protokolem přijat Valným shromážděním OSN dne 3. prosince 2006. V březnu 2007 pak došlo k jejímu podpisu, přičemž již v květnu 2008 vstoupila tato Úmluva v platnost. V roce 2010 ji s úspěchem ratifikovalo celkem 100 států, přičemž ji podepsalo celkem 148 zemí. V rámci Evropy byla tato Úmluva ratifikována celkem 26 státy, k nimž spadá také 17 zemí tvořící Evropskou unii. Česká republika v této souvislosti ratifikovala samotnou Úmluvu, ale k podepsání (ratifikaci) Opčního protokolu nedošlo.

Základem této Úmluvy je skutečnost, že musí být osobám s mentálním postižením umožněna následujícími práva, resp. tyto základní principy se vyžadují od všech osob, které na území daného státu žijí a musí je tedy s ohledem na osoby se zdravotním postižením, včetně mentálního respektovat:

- respektování jejich lidské důstojnosti a nezávislosti,
- plně zapojit osoby se zdravotním postižením do společnosti,
- osoby se zdravotním postižením nesmí být diskriminovány,
- musí být zachována rovnost příležitostí,
- musí jim být všechna práva bez výjimky zpřístupněna,
- musí se zachovávat rovnoprávnost žen a mužů,
- musí se respektovat rozvíjející se schopnosti dětí a jejich práva na zachování identity.

V závěru této podkapitoly je tak možno hovořit o tom, že všechny členské státy mají prostřednictvím této úmluvy povinnost zachovávat osobám se zdravotním postižením jejich občanská, politická, hospodářská, sociální a kulturní práva. „I když nevytváří žádná nová práva pro osoby se zdravotním postižením, upravuje aplikaci existujících práv na specifickou situaci osob se zdravotním postižením. Jedná se například o právo na rovnost před zákonem, právo na život, přístupnost prostředí, informací apod., svobodu a osobní bezpečnost, vzdělávání, svobodu pohybu, respektování soukromí, zdraví, zaměstnávání atd.“ (Makovcová, 2011).

V této souvislosti tak můžeme hovořit o tom, že je osobám s mentálním postižením zpřístupněna také forma tzv. chráněného bydlení, kde mají možnost osoby s mentálním postižením rozvíjet svoje schopnosti a svůj osobnostní potenciál a zároveň s tím mají možnost se také účastnit běžného života a spravovat vlastní domácnost. Koncept chráněného bydlení přišel do České republiky až se změnou režimu a chtěl mimo jiné poukázat na to, že mentálně postižení jsou svébytné lidské osobnosti, které také mají právo na svůj vlastní život a je zapotřebí, aby je lidská společnost v tomto ohledu takto brala a přistupovala k nim bez jakýchkoliv předsudků a diskriminace.

Chráněné bydlení jako jedna z forem sociální péče se tak jeví jako velmi vhodnou alternativou k ústavnímu pobytu pro klienty s mentálním postižením. V minulosti nebyly tyto formy práce klientům nabízeny, nicméně po pádu komunistického režimu dochází k jejich rychlému vzniku, jak již bylo hovořeno výše. Jak dále uvádí Švarcová (2006), jedná se o takovou formu bydlení, kdy jsou jejich klienti zaměstnáváni v chráněných dílnách, nebo na chráněných pracovištích či docházejí do institucí podporujících zaměstnávání a volný čas. Předpokládá se, že obyvatelé chráněného bydlení budou tímto způsobem pracovně aktivní, neboť pro jedince nepouštějící tento druh bydlení postrádá tato forma sociální péče svůj smysl. (Švarcová, 2006).

3.2 Právní problematika sexuality klientů s mentálním postižením

Jak již bylo prokázáno v předcházející podkapitole, jsou zakotveny právní dokumenty, které osobám s mentálním postižením zaručují všeobecná lidská práva, která jsou nedotknutelná a vymahatelná v případě, že by nebyla dodržována. Vykydalová (2014) v této souvislosti poznamenává, že Deklarace práv duševně postižených zaručuje osobám s mentálním postižením kromě všeobecných práv, také práva související s jejich sexualitou:

- každá osoba s mentálním postižením má právo na prožití vlastní sexuality,
- každá osoba s mentálním postižením má právo na řádnou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality,
- právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání,
- v případě, že by jedinci jeho mentální a zdravotní stav nedovolil přijímat všechna práva, která mu náležejí, je možno, aby mu některá z nich byla odejmuta či omezena.

V souvislosti vymezením těchto práv osob s mentálním postižením ve vztahu k jejich sexualitě je mít na mysli, že poskytovatelé sociálních služeb musí umožnit svým klientem prožít vlastní sexualitu takovým způsobem, který si oni sami zvolí a který jim osobně vyhovuje. Je samozřejmostí, že přitom musí být brán ohled i na další klienty v zařízení. Proto se dále v této souvislosti Vykydalová (c2014) zmiňuje o tom, že by všem uživatelům sociálních služeb, vždy s ohledem na jejich zdravotní stav, měly být „poskytovány informace o fyziologii pohlavních orgánů, sexualitě a vzájemných partnerských vztazích. Tím poskytovatelé posilují nejenom právní vědomí těchto lidí, ale můžou tak zabránit negativním, traumatizujícím sexuálním zkušenostem, dokonce i sexuálnímu zneužívání. Stále musíme mít v povědomí, že nejdůležitějším hlediskem sexuálního vztahu je rovnocennost a dobrovolnost lidí v něm. Výchovou a vedením je směřujeme k odpovědnosti, úctě, toleranci a plnosti citového prožívání. Informace týkající se sexuality uživatelů podléhají zákonu o ochraně osobních údajů, proto jsou uloženy v dokumentaci na vyhrazeném místě poskytovatelů sociálních služeb.“

V souvislosti s řešením a prožíváním sexuality klientů s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb, přistupují mnohá z nich k formulování tzv. Protokolu sexuality. Již jsme v úvodu práce hovořili o tom, že v organizaci, kde pracuji, tj. v Domově

pro osoby se zdravotním postižením, takový Protokol existuje. Mají ho však formulovaný i další neziskové či státní organizace, které pečují o klienty s mentálním postižením. Hovořit lze např. v této souvislosti o občanském sdružení SPOLU, které působí na území města Olomouc a jeho primárním cílem je péče o rozvoj a zabezpečení práv osob s mentálním postižením. Z jeho protokolu sexuality (občanské sdružení SPOLU, 2014) vyplývá, že je nutno respektovat každá práva klientů s mentálním postižením, přičemž jim zabezpečují tato práva vztahující se k prožívání jejich sexuality:

- právo na sexuální svobodu,
- právo na sexuální autonomii a bezpečnost tělesné sexuality,
- právo na sexuální soukromí,
- právo na sexuální rovnost,
- právo na sexuální rozkoš,
- právo svobodně se sexuálně sdružovat,
- právo ke svobodným a odpovědným sexuálním rozhodnutím,
- právo na sexuální informace,
- právo na důkladné sexuální poučení,
- právo na sexuální zdravotní péči.

Mnoho sociálních služeb i velká část veřejnosti si neuvědomuje, že mentálně postižení mají stejná práva na sexuální život jako lidé bez postižení. Pokud jim je poskytnuta možnost mít sexuální život v ústavu pro mentálně postižené, mělo by se respektovat i právo na soukromí a právo na volbu svého sexuálního partnera.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V předcházejících třech kapitolách jsme se seznámili s teoretickými východisky souvisejícími s problematikou sexuality osob s mentálním postižením. V současné době lze vymezit poměrně nesourodé názory na toto téma nejen mezi širokou veřejností, ale také mezi samotnými pracovníky přicházejícími do každodenního kontaktu s klienty s mentálním postižením. Jejich přístup pak ovlivňuje tyto jedince v jejich přístupu k vlastní sexualitě.

Stále ještě není samozřejmostí, aby byli všichni zaměstnanci pobytových služeb s touto problematikou seznámeni. V řadě zařízení panují okolo tohoto tématu značné nesrovnalosti, někde se dokonce považuje sexualita osob s mentálním postižením za tabu či za morálně nepřijatelnou. Podobně pak smýšlí veřejnost, u níž můžeme odhalit také rezervované postoje k samotným osobám s postižením. Ačkoliv je pro 21. století v České republice charakteristická integrace zdravotně postižených do většinové společnosti, neustále se osoby s určitým typem handicapu setkávají s diskriminací.

4.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda zaujímají veřejnost jednotný názor na oblast sexuality osob s mentálním postižením.

Chrástka (2007, s. 16) říká: „*Správně formulovaný výzkumný problém je otázka, která by měla vyjadřovat vztah mezi proměnnými (měla by se tázat, zda mezi proměnnými existuje vztah)*“. Výzkumný problém jsme definovali jako prozkoumání názorů respondentů na jednotlivé oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na profesní (pracovní) zkušenosti s lidmi s mentálním postižením a pohlaví. Za účelem svého výzkumu jsem si vybrala dle Gavory (2010) relační výzkumný problém, pomocí kterého lze stanovit, zda mezi jevy je těsný vztah.

Zásadní výzkumná otázka vychází v souladu s výzkumným základním cílem:
Zaujímá veřejnost jednotný názor na oblast sexuality osob s mentálním postižením.

Jednotlivé výzkumné otázky:

Jaké názor má veřejnost na intimní sexuální život osob s mentálním postižením?

Vytyčili jsme si k této výzkumné položce následující hypotézu:

H1-Předpokládáme, že existují rozdíly v názorech na soukromí při uspokojování sexuálních potřeb jedinců s mentálním postižením žijících v domově v závislosti na profesní zkušenosti respondentů v pobytové službě . (ot. 1, 7)

Jaké názory mají respondenti na partnerské vztahy osob s mentálním postižením?

Vytyčili jsme si k této výzkumné položce následující hypotézu:

H2-Předpokládáme, že existují rozdíly v názorech na samostatné bydlení partnerů s mentálním postižením v závislosti na pohlaví respondentů. (ot. 2, 10)

Jaký názor mají respondenti na to, že by dospělé ženy s mentálním postižením měly mít děti a pečovat o ně?

Vytyčili jsme si k této výzkumné položce následující hypotézu:

H3-Předpokládáme, že existují rozdíly v názorech na mateřství žen s mentálním postižením v závislosti na pohlaví respondentů?(ot. 2, 12)

Jaké názory mají respondenti na vzdělávání osob s mentálním postižením v oblasti sexuality

Vytyčili jsme si k této výzkumné položce následující hypotézu:

H4-Předpokládáme, že existují rozdíly v názoru na dostatečnou osvětu u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality v závislosti na profesní zkušenosti respondentů v pobytových službách.(ot. 1, 15)

4.2 Výzkumná metoda

Pro realizovaný výzkum byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu. Podle Kozla a kol. (2006, s. 120) se kvantitativní výzkum zabývá „získáváním údajů o četnosti výskytu něčeho, co již proběhlo nebo se právě děje. Účelem kvantitativního výzkumu je získat měřitelné číselné údaje. Aby byly naplněny podmínky shromažďování údajů a mohli jsme získat statisticky spolehlivé údaje, pracujeme s velkými soubory respondentů v procesu formálního dotazování, příp. údaje získáváme pozorováním frekvence určitých jevů nebo analýzou sekundárních údajů.“

Při sběru dat u kvantitativního výzkumu vybírat z několika možných technik, přičemž jedna z nich je technika anonymního dotazníku, pro niž jsme se rozhodli. Podle Dismana (2002) umožňuje dotazník sestavit předem promyšlené otázky, které slouží ke shromažďování primárních dat, tedy údajů nových, která jsou získávána přímo z terénu. Taková data mají vysokou efektivitu, a to ve vztahu k potřebnému času a úsilí tazatele,

i ve vztahu k dotazovaným osobám a nízkým nákladům. Disman (2002) se dále v této souvislosti zmiňuje o tom, že lze prostřednictvím této techniky postihnout vysoký počet jedinců, od nichž můžeme získat potřebné odpovědi za krátkou dobu. To byly také důvody, jež nás přiměly využít tuto formu dotazování.

Zpracování dat z dotazníku jsem provedla za pomoci výpočetní techniky v programu Microsoft Excel. U většiny otázek jsem uvedla popisek, zpracovanou tabulku a pro přehlednější orientaci graf. Pro ověřování hypotéz jsem použila test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Na základě testu jsem rozhodla o přijetí či zamítnutí hypotéz.

Chrásková (2007, s. 19) uvádí: „*Na základě výsledků ověřování hypotéz vyslovujeme závěry, ke kterým výzkum dospěl. Konstatujeme přijetí či odmítnutí hypotéz, interpretujeme dosažené výsledky, srovnáváme je s dosavadními výsledky vědy, zdůvodňujeme případné rozdíly.*“

Za účelem sběru dat byl zpracován anonymní dotazník (příloha č. 1), který obsahoval 15 otázek. První čtyři uzavřené identifikační otázky byly zaměřeny na údaje o respondentech. Další část dotazníku tvořily výroky s využitím Likertovy škály. Užívají se zejména při měření postojů a názorů lidí. Mají číselně nebo jinak definovanou stupnici, která nám pomůže tento jev změřit, tj. pracovat s ním jako s číselně vyjádřenou proměnnou. Stanley Smith Stevens (1959, s.25) uvádí: „*Škálování je převod objektů na čísla podle určitého pravidla.*“

V dotazníku byly uvedeny pokyny pro vyplnění a byla použita numerická šesti stupňová posuzovací škála.

4.3 Výzkumný soubor a způsob dotazníkového šetření

Základním souborem mého šetření byla veřejnost. Výběrový soubor byl tvořen veřejností Zlínského kraje. Pro věk ani dosažené vzdělání jsem neměla pevně stanovené hranice. Dotazník byl distribuován přes internet – pomocí e-mailu.

Dotazníková šetření se realizovala od začátku měsíce prosince 2013 do konce měsíce ledna 2014. Šetření bylo anonymní.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Zpracování získaných dat bylo rozděleno do dvou sekcí. První sekce obsahuje identifikační údaje o respondentech. Druhá sekce představuje vyhodnocení výroků tříděním I. stupně, data jsou znázorněna v grafu a pro přehlednost byla zpracována do tabulek a tříděním II. stupně s vyhodnocením hypotéz, kdy byl použit test nezávislosti – chí kvadrát.

5.1 Identifikační údaje o respondentech

Údaje o profesní zkušenosti s osobou s mentálním postižením, pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů představíme v grafech a tabulkách. Uvedu jak absolutní hodnotu - počet výskytu jednotlivých odpovědí, tak relativní četnost – (porovnání absolutních četností k rozsahu celého souboru.

Výzkumu se zúčastnilo 127 respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 1

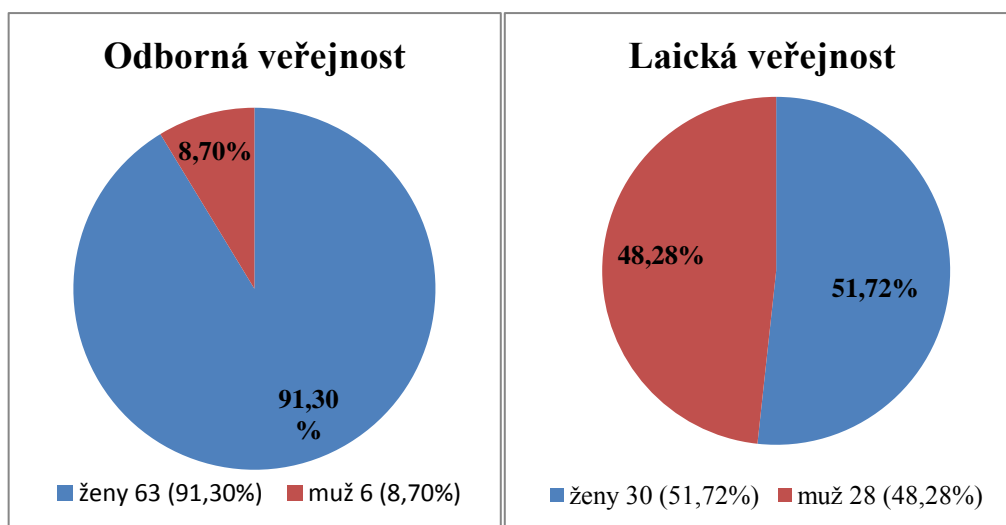
První otázka byla pro nás zásadní. Účelem první otázky bylo rozdělit respondenty do dvou výzkumných souborů. Jeden soubor představoval respondenty, kteří mají profesní (pracovní) zkušenost v přímém kontaktu s dospělou osobou s mentálním postižením v pobytové službě – odborná veřejnost tzn. pracovníci domovů -pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovník. Druhý soubor respondentů nemá profesní zkušenost s osobou s mentálním postižením v pobytové službě – laická veřejnost.

Z celkového počtu 127 respondentů uvedlo 58 (45,67%) respondentů, že nemá profesní zkušenost s osobou s mentálním postižením v pobytové službě a 69 (54,33%) respondentů má praxi v této profesi.

Vyhodnocení otázky č. 2

V následujícím grafu č. 1 je znázorněno zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru laické i odborné veřejnosti. V souboru pracovníků je vzájemný nepoměr z hlediska pohlaví. Překvapením zcela jistě není informace, že v oblasti pobytových služeb dominují převážně ženy 63 (91,30%), zatímco jen 6 (8,70%) je mužského pohlaví. V souboru respondentů představující laickou veřejnost jsou ženy opět zastoupeny více a to 30 (51,27 %), muži 28 (48,28 %). Dotazníkového setření se zúčastnilo více žen než mužů. Konkrétně se jednalo o 93 (73,23%) žen a 34 (26, 77%) mužů za obě výzkumné skupiny.

Graf 1 - Pohlaví veřejnost



Tab. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Pracovníci Domovů		Veřejnost		Soubor respondentů celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Žena	63	91,30%	30	51,72%	93	73,23%
Muž	6	8,70%	28	48,28%	34	26,77%
Celkem	69	100%	58	100%	127	100%

Vyhodnocení otázky č. 3

Prostřednictvím otázky č. 3 jsme zjišťovali věk respondentů u obou výzkumných souborů. Ukázalo se, že největší část respondentů je tvořena osobami ve věkovém rozmezí 36-45 let, což je zaznamenáno v tabulce č. 2.

Z tabulky vyplývá, že ačkoliv je převážná část souboru respondentů tvořena osobami ve věku 36-45 let (31,50 %), zastoupení jednotlivých respondentů v obou skupinách je odlišné. Shodnout se dá na tom, že k nejméně zastoupeným věkovým rozmezím patří osoby ve věku nad 56 let 8 (6,30%) a ve věku 46-55 let 14 (11,02%). V případě odborné veřejnosti se největší část respondentů nachází v rozmezí 36-45 let 28 (40,57 %), zatímco osoby zastupující laickou veřejnost jsou mladšího věku v rozmezí 26-35 let 21 (36,21 %). Ve věku do 25 let se nachází 26 (20,47 %) respondentů.

Tab. 2 Věkové kategorie respondentů

Věková skupina	Odborná veřejnost		Laická veřejnost		Soubor respondentů celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost%
do 25 let	11	15,94%	15	25,86%	26	20,47%
26-35 let	18	26,09%	21	36,21%	39	30,71%
36-45 let	28	40,57%	12	20,69%	40	31,50%
46-55let	8	11,60%	6	10,34%	14	11,02%
více než 56 let	4	5,80%	4	6,90%	8	6,30%
Celkem	69	100%	58	100%	127	100%

Vyhodnocení otázky č.4

Následující otázkou č. 4 dotazníku jsme zjišťovali nejvyšší ukončené vzdělání. Vyhodnocení této otázky a její výsledky uvádíme níže v tabulce č. 3.

Tab. 3 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů

Ukončené vzdělání	Odborná veřejnost		Laická veřejnost		Soubor respondentů celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost%
základní	9	13,04%	1	1,72%	10	7,87%
střední odborné	33	47,83%	17	29,31%	50	39,37%
středoškolské s maturitou	21	30,43%	18	31,03%	39	30,71%
vyšší odborné	5	7,25%	7	12,07%	12	9,45%
vysokoškolské	1	1,45%	15	25,87%	16	12,60%
Celkem	69	100%	58	100%	127	100%

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že největší část respondentů má ukončenou střední odbornou školu 50 (39,37%). Základní dosažené vzdělání uvedlo 10 (7,87%) respondentů. 16 (12,60%) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 12 (9,45%) respondentů vyšší odborné vzdělání. Střední školu s maturitou vystudovalo 39 (30,71%) respondentů.

5.2 Hodnocení výsledků

Zaměřili jsme se především na získání informací k vybraným oblastem sexuality osob s mentálním postižením. Úmyslem bylo zjistit názory respondentů na sexuální život dospělých osob s mentálním postižením, partnerství osob s mentálním postižením, rodičovství a také oblasti sexuálního vzdělávání osob s mentálním postižením v závislosti na pracovní zkušenosti s dospělou osobou s mentálním postižením.

Pro naši potřebu jsme zvolili výroky s Likertovou škálou, které jsou používány na určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu názorů respondentů. Stupnice byla vytyčena šesti stupni: 1= určitě ano, 2= ano, 3= spíše ano, 4=spíše ne,5= ne, 6=určitě ne. Konkrétní výroky byly posuzovány v rámci třídění I. stupně a to z hlediska profesní zkušenosti respondenta s osobou s mentálním postižením a pohlaví (ot. 1, 2). Záměrem bylo určit, kolik procent respondentů připojilo výroku jasnou polohu na určitém stupni škály. Následně jsme hodnotám (četnost odpovědi) přiřadili koeficienty od 1 do 6 a získané hodnoty vynásobili odpovídajícím koeficientem. Potom jsme jednotlivé hodnoty sečetli a na základě těchto sečtených hodnot jsme vypočítali průměr = index. Toto vyhodnocení jsme označili jako index. Podle Gavory (2010, s. 113-114) index vystihuje průměrnou hodnotu, které se nejvíce blíží ke stupni na škále 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6.

5.2.1 Názory k oblasti sexuálního života osob s mentálním postižením

Vyhodnocení otázky č.5 - Osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby.

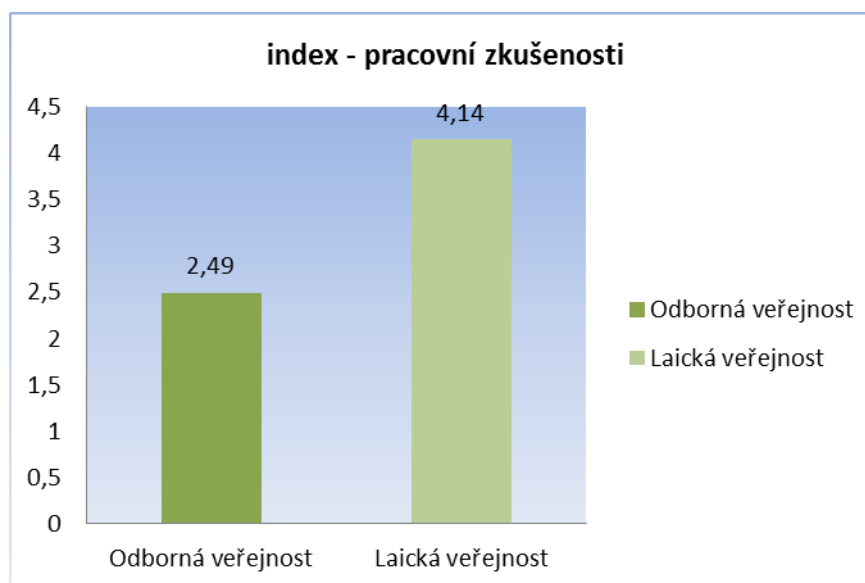
Dle hlediska **pracovní zkušenosti** uvedlo 17 (13,39%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 30 (23,62%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 28 (22,045%) respondentů. Významné je negativní hodnocení, které uvádí 40, 95% účastníků dotazníkového výzkumu. Tento názor zaujali respondenti z obou skupin, obzvláště laická veřejnost.

Tab. 4 Sexuální potřeby osob s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby.									
Profesní zkušenost	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Odborná veřejnost	absolutní	15	22	19	10	2	1	69	2,49
	relativní	21,74%	31,88%	27,54%	14,49%	2,90%	1,45%	100,00%	
Laická veřejnost	absolutní	2	8	9	11	17	11	58	4,14
	relativní	3,45%	13,79%	15,52%	18,97%	29,31%	18,97%	100,00%	
Celkem	absolutní	17	30	28	21	19	12	127	3,24
	relativní	13,39%	23,62%	22,05%	16,54%	14,96%	9,45%	100,00%	

Graf 2 znázorňuje, že index v oblasti uspokojení sexuálních potřeb osob s mentálním postižením kolísá při reprezentaci jednotlivých skupin veřejnosti v rozpětí stupně 2 - 4. Laická veřejnost (index 4,14) zastává výrazně odlišný názor než odborná veřejnost (index 2,49).

Graf 2 Index - Sexuální potřeby



Vyhodnocení otázky č.6 - . Osoby s mentálním postižením prožívají sexuální rozkoš.

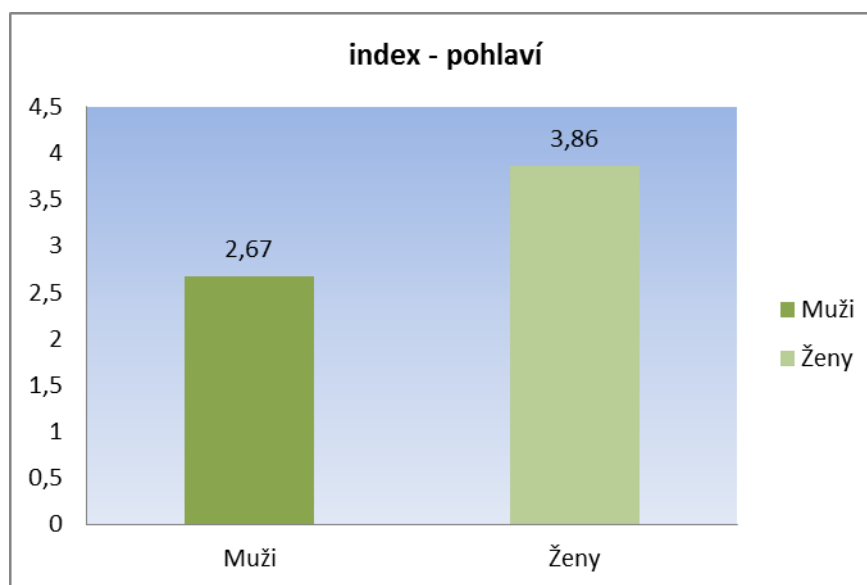
Dle hlediska **pohlaví** uvedlo 16 (12,60%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 30 (23,62%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 21 (16,54%) respondentů. Významné je negativní hodnocení, které uvádí 47, 25% účastníků dotazníkového výzkumu. Tento názor zaujali respondenti z obou skupin, obzvláště laická veřejnost.

Tab. 5 Sexuální rozkoš osob s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením prožívají sexuální rozkoš.									
Profesní zkušenost	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Muži	absolutní	11	26	16	10	3	3	69	2,67
	relativní	15,94%	37,68%	23,19%	14,49%	4,35%	4,35%	100,00%	
Ženy	absolutní	5	4	5	29	10	5	58	3,86
	relativní	8,62%	6,90%	8,62%	50,00%	17,24%	8,62%	100,00%	
Celkem	absolutní	16	30	21	39	13	8	127	3,21
	relativní	12,60%	23,62%	16,54%	30,71%	10,24%	6,30%	100,00%	

Graf 3 znázorňuje, že index v oblasti prožívání sexuální rozkoše osob s mentálním postižením kolísá při reprezentaci jednotlivých skupin pohlaví v rozpětí stupně 2 - 4. Ženy zastávají názor, že jedinci s mentálním postižením neprožívají sexuální rozkoš. V názorech na prožívání sexuální rozkoše se ženy (index 3,86) rozcházejí s muži (2,67).

Graf 3 Index – Sexuální rozkoš



Vyhodnocení otázky č.7 -. Osoby s mentálním postižením nemají dostatek soukromí k sexuálním aktivitám (např. Domovy pro osoby se zdravotním postižením).

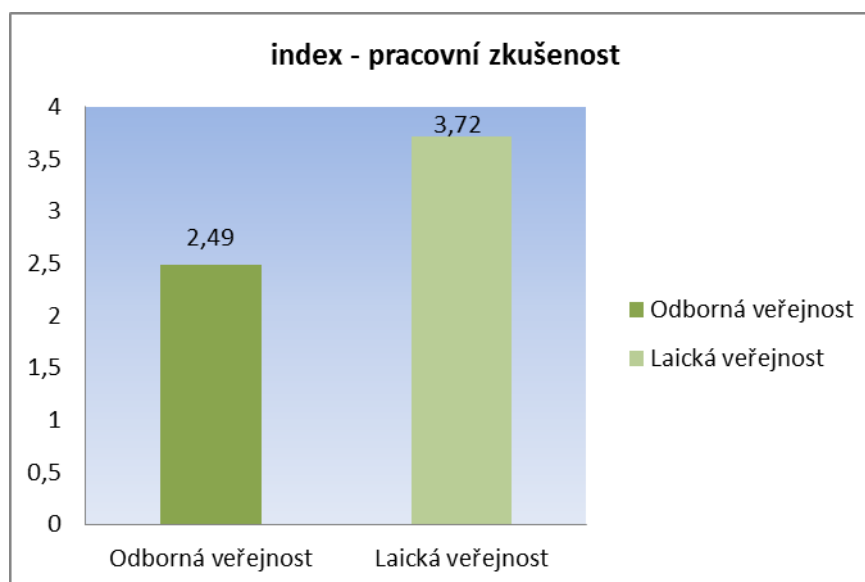
Dle hlediska **pracovní zkušenosti** uvedlo 20 (15,75%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 28 (22,05%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 38 (26,77%) respondentů. Negativní postoj vyjádřilo 35,45% účastníků dotazníkového výzkumu.

Tab. 6 Soukromí k sexuálním aktivitám

Osoby s mentálním postižením mají dostatek soukromí k sexuálním aktivitám na svém pokoji.									
Pohlaví	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Muži	absolutní	15	22	19	10	2	1	69	2,49
	relativní	21,74%	31,88%	27,54%	14,49%	2,90%	1,45%	100,00%	
Ženy	absolutní	5	6	15	15	8	9	58	3,72
	relativní	8,62%	10,34%	25,86%	25,86%	13,79%	15,52%	100,00%	
Celkem	absolutní	20	28	34	25	10	10	127	3,06
	relativní	15,75%	22,05%	26,77%	19,69%	7,87%	7,87%	100,00%	

Graf 4 znázorňuje, že index v oblasti nedostatku soukromí k sexuálním aktivitám kolísá při reprezentaci jednotlivých skupin veřejnosti v rozpětí stupně 2 - 4. Je nesoulad mezi odbornou veřejností (index 2.49) a laickou veřejností (index 3,72).

Graf 4 Index – Soukromí k sexuálním aktivitám



5.2.2 Názory k oblasti partnerství osob s mentálním postižením

Vyhodnocení otázky č.8 - Osoby s mentálním postižením navazují partnerské vztahy jako lidé bez postižení.

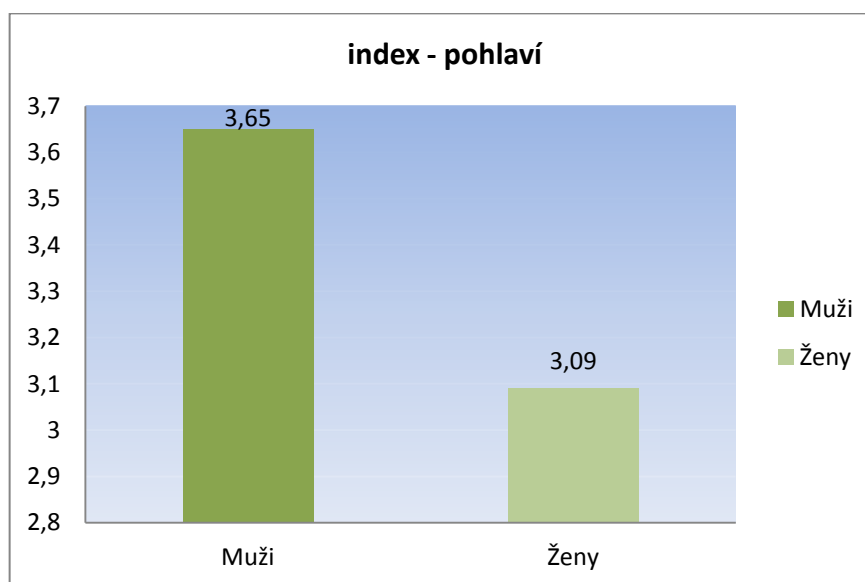
Dle hlediska **pohlaví** uvedlo 7 (5,51%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 28 (22,05%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 37 (29,13%) respondentů. Záporné stanovisko zaujalo 43,31% účastníků dotazníkového výzkumu, což je téměř polovina.

Tab. 7 Partnerské vztahy

Osoby s mentálním postižením navazují partnerské vztahy jako lidé bez postižení.									
Pohlaví	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Muži	absolutní	2	14	16	18	12	7	69	3,65
	relativní	2,90%	20,29%	23,19%	26,09%	17,39%	10,14%	100,00%	
Ženy	absolutní	5	14	21	10	5	3	58	3,09
	relativní	8,62%	24,14%	36,21%	17,24%	8,62%	5,17%	100,00%	
Celkem	absolutní	7	28	37	28	17	10	127	3,39
	relativní	5,51%	22,05%	29,13%	22,05%	13,39%	7,87%	100,00%	

Graf 5 znázorňuje, že index v oblasti partnerských vztahů osob s mentálním postižením kolísá při reprezentaci jednotlivých skupin pohlaví v rozpětí stupně 3 - 4. Muži (index 3,65) se vyjadřovali méně pozitivně než ženy (3,09).

Graf 5 Index – Partnerské vztahy



Vyhodnocení otázky č..9. - Osoby s mentálním postižením mají příležitost žít běžný sexuální život.

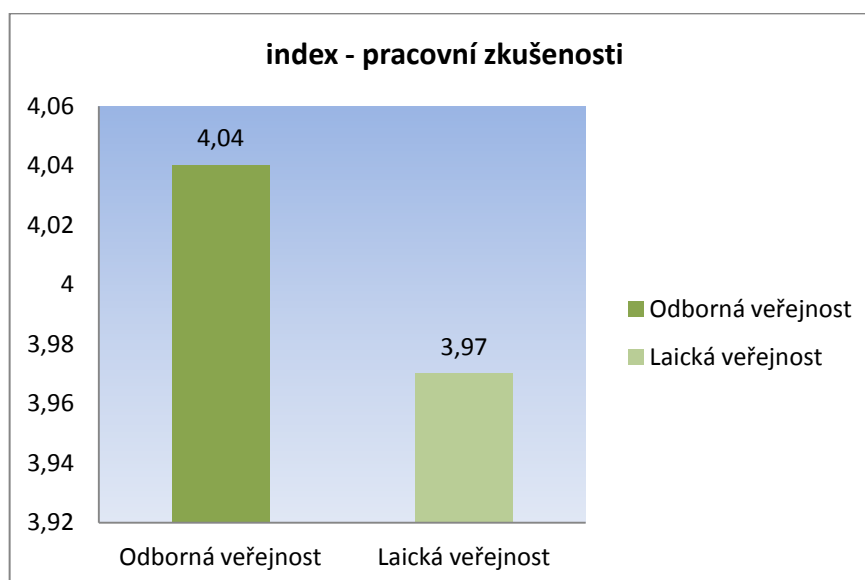
Dle hlediska **pracovní zkušenosti** uvedli 4 (3,15%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 14 (11,02%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 28 (22,05%) respondentů. Negativní postoj vyjádřilo 63,78% účastníků dotazníkového výzkumu.

Tab. 8 Žít běžný sexuální život

Osoby s mentálním postižením mají příležitost žít běžný sexuální život.									
Profesní zkušenost	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Odborná veřejnost	absolutní	1	5	21	16	15	11	69	4,04
	relativní	1,45%	7,25%	30,43%	23,19%	21,74%	15,94%	100,00%	
Laická veřejnost	absolutní	3	9	7	17	12	10	58	3,97
	relativní	5,17%	15,52%	12,07%	29,31%	20,69%	17,24%	100,00%	
Celkem	absolutní	4	14	28	33	27	21	127	4,01
	relativní	3,15%	11,02%	22,05%	25,98%	21,26%	16,54%	100,00%	

Graf 6 znázorňuje, že index v oblasti běžného sexuálního života osob s mentálním postižením kolísá – zanedbatelný rozdíl, při reprezentaci jednotlivých skupin veřejnosti v rozpětí stupně 3,97 – 4,04. Téměř totožné názory.

Graf 6 Index - Žít běžný sexuální život



Vyhodnocení otázky č.10 - Osoby s mentálním postižením bydlí samostatně se svým sexuálním partnerem.

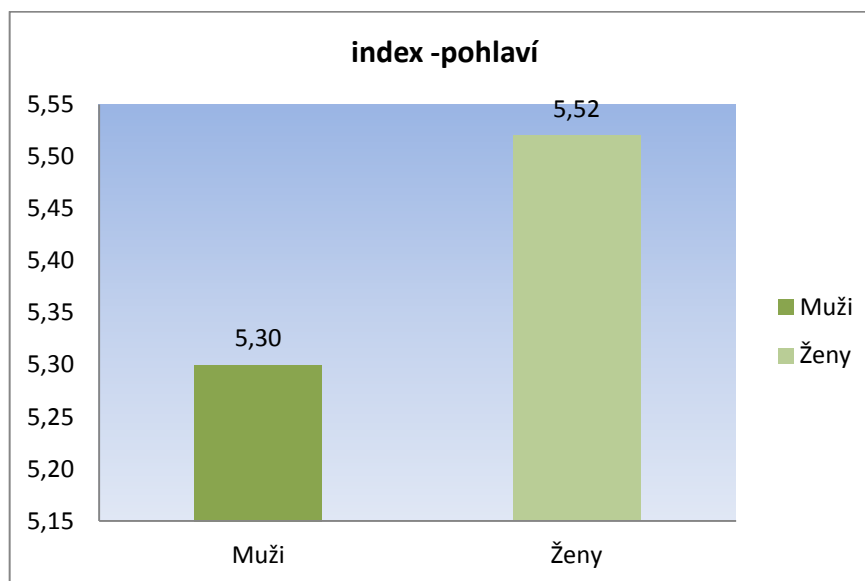
Dle hlediska **pohlaví** uvedlo 3 (2,36%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 4 (3,15%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 7 (5,51%) respondentů. Výrazně záporné stanovisko zaujalo 88,98% účastníků dotazníkového výzkumu negativně to hodnotí ženy 93 (73,23%).

Tab. 9 Společné bydlení se sexuálním partnerem

Osoby s mentálním postižením bydlí samostatně se svým sexuálním partnerem.									
Pohlaví	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Muži	absolutní	2	1	5	3	13	45	69	5,30
	relativní	2,90%	1,45%	7,25%	4,35%	18,84%	65,22%	100,00%	
Ženy	absolutní	1	3	2	1	3	48	58	5,52
	relativní	1,72%	5,17%	3,45%	1,72%	5,17%	82,76%	100,00%	
Celkem	absolutní	3	4	7	4	16	93	127	5,40
	relativní	2,36%	3,15%	5,51%	3,15%	12,60%	73,23%	100,00%	

Graf 7 znázorňuje, že index v oblasti samostatného bydlení se sexuálním partnerem se pohybuje při prezentaci jednotlivých skupin pouze v záporné oblasti. Index se pohybuje v rozmezí 5,30 – 5,52. Rozdíl mezi názory mužů a žen je minimální.

Graf 7 Společné bydlení se sexuálním partnerem



5.2.3 Názory k oblasti rodičovství osob s mentálním postižením

Vyhodnocení otázky č. 11 - Ženy s mentálním postižením mají právo brát antikoncepci.

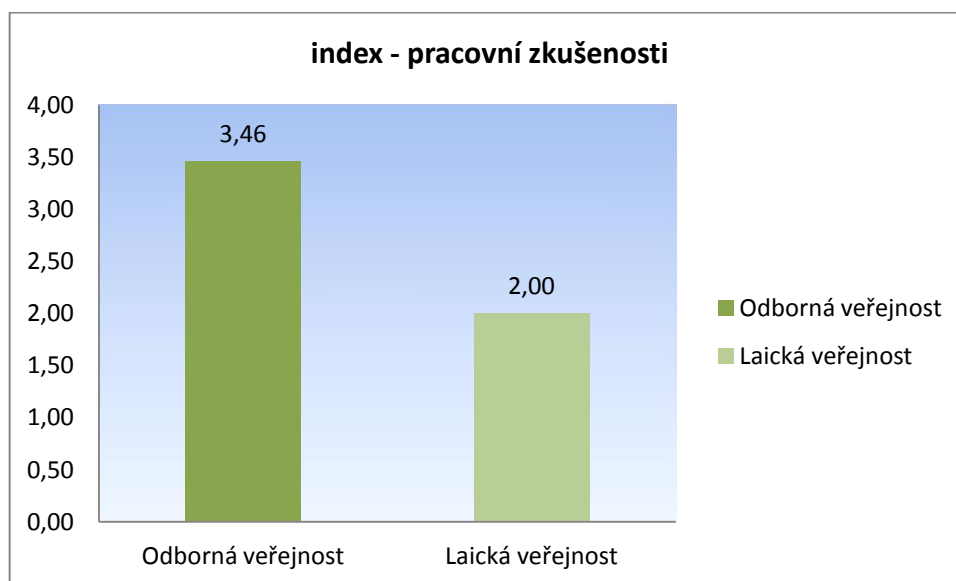
Dle hlediska **pracovní zkušenosti** uvedlo 45 (35,43%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 16 (12,60%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 19 (14,96%) respondentů. Negativní postoj vyjádřilo 37,01% účastníků dotazníkového výzkumu. Laická veřejnost 56,90% výrazně souhlasí s tímto názorem.

Tab.10 Právo žen s mentálním postižením brát antikoncepci

Ženy s mentálním postižením mají právo brát antikoncepci.									
Profesní zkušenost	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Odborná veřejnost	absolutní	12	9	13	13	14	8	69	3,46
	relativní	17,39%	13,04%	18,84%	18,84%	20,29%	11,59%	100,00%	
Laická veřejnost	absolutní	33	7	6	10	1	1	58	2,00
	relativní	56,90%	12,07%	10,34%	17,24%	1,72%	1,72%	100,00%	
Celkem	absolutní	45	16	19	23	15	9	127	2,80
	relativní	35,43%	12,60%	14,96%	18,11%	11,81%	7,09%	100,00%	

Graf 8 ukazuje, že index názorů v oblasti práva žen s mentálním postižením brát antikoncepci se různí, při prezentaci jednotlivých skupin, ale vesměs je hodnocena pozitivně. Výrazně záporně hodnotí tento výrok odborná veřejnost. Index veřejnosti se pohybuje v rozpětí stupně 2,00– 3,46.

Graf 8 Právo žen s mentálním postižením brát antikoncepci



Vyhodnocení otázky č. 12 - Ženy s mentálním postižením mají právo na mateřství.

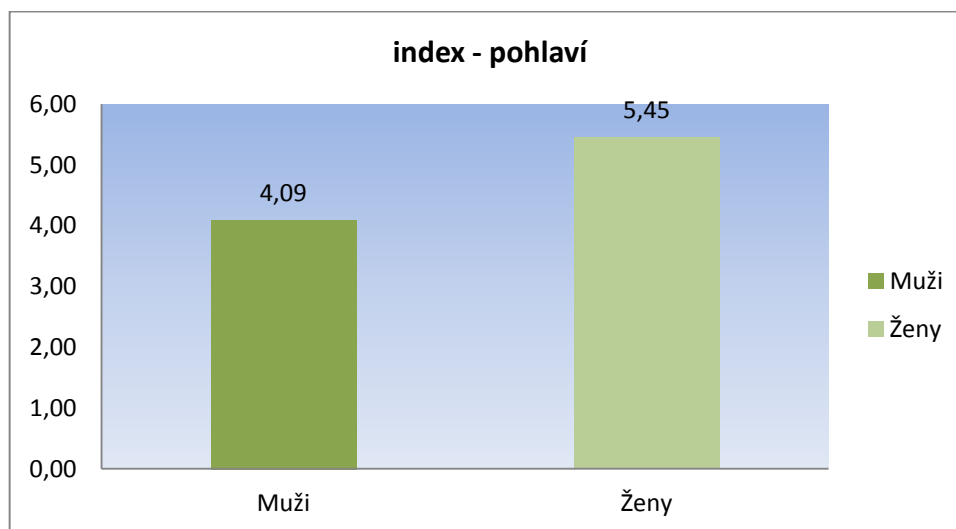
Dle hlediska **pohlaví** uvedlo 8 (6,30%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 7 (5,51%) respondentů stupni 2 (ano) a zcela shodně na stupni 3 (spíše ano) 7 (5,51%) respondentů. Výrazně negativní stanovisko zaujalo 82,67% účastníků dotazníkového výzkumu, negativně to hodnotí 43 (74,14%) žen.

Tab. 11 Právo na mateřství žen s mentálním postižením

Ženy s mentálním postižením mají právo na mateřství.									
Pohlaví	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Muži	absolutní	7	5	6	21	17	13	69	4,09
	relativní	10,14%	7,25%	8,70%	30,43%	24,64%	18,84%	100,00%	
Ženy	absolutní	1	2	1	5	6	43	58	5,45
	relativní	1,72%	3,45%	1,72%	8,62%	10,34%	74,14%	100,00%	
Celkem	absolutní	8	7	7	26	23	56	127	4,71
	relativní	6,30%	5,51%	5,51%	20,47%	18,11%	44,09%	100,00%	

Graf 9 znázorňuje, že index v oblasti mateřství žen s mentálním postižením kolísá v rozmezí od 4,09 – 5,45. Názory na oblast mateřství jsou převážně záporné (ženy – index 5,45).

Graf 9 Právo žen s mentálním postižením na mateřství



Vyhodnocení otázky č. 13 - Osoby s mentálním postižením jsou schopny nést zodpovědnost za výchovu svých dětí.

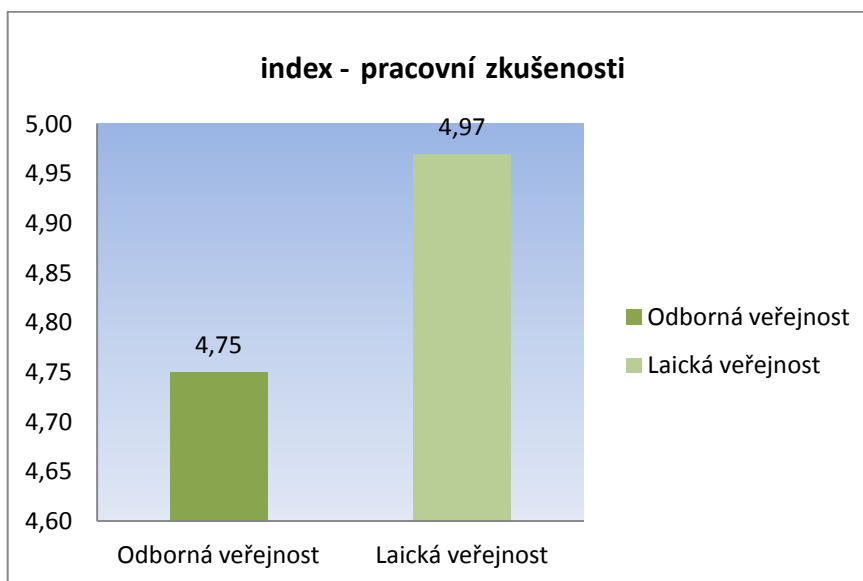
Dle hlediska **pracovní zkušenosti** uvedli 4 (3,15%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 3 (2,36%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 8 (6,30%) respondentů. Negativní postoj vyjádřilo 88,19% účastníků dotazníkového výzkumu. Laická veřejnost 56,90% výrazně souhlasí s tímto názorem.

Tab. 12 Odpovědnost za výchovu dětí

Osoby s mentálním postižením jsou schopny nést zodpovědnost za výchovu svých dětí.									
Profesní zkušenost	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Odborná veřejnost	absolutní	3	2	3	12	30	19	69	4,75
	relativní	4,35%	2,90%	4,35%	17,39%	43,48%	27,54%	100,00%	
Laická veřejnost	absolutní	1	1	5	4	28	19	58	4,97
	relativní	1,72%	1,72%	8,62%	6,90%	48,28%	32,76%	100,00%	
Celkem	absolutní	4	3	8	16	58	38	127	4,85
	relativní	3,15%	2,36%	6,30%	12,60%	45,67%	29,92%	100,00%	

Graf 10 znázorňuje, že index v oblasti zodpovědnosti za výchovu svých dětí se pohyboval v rozmezí 4,75-4,97. Rozdíl mezi odbornou a laickou veřejností je malý, ale přesto obě skupiny zaujímají negativní názor.

Graf 10 Odpovědnost za výchovu dětí



5.2.4 Vzdělávání osob s mentálním postižením v oblasti sexuality

Vyhodnocení otázky č. 14 - Osoby s mentálním postižením mají právo na sexuální informace.

Dle hlediska **pohlaví** uvedlo 12 (9,45%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 36 (28,35%) respondentů stupni 2 (ano) a na stupni 3 (spíše ano) 46 (36,22%)

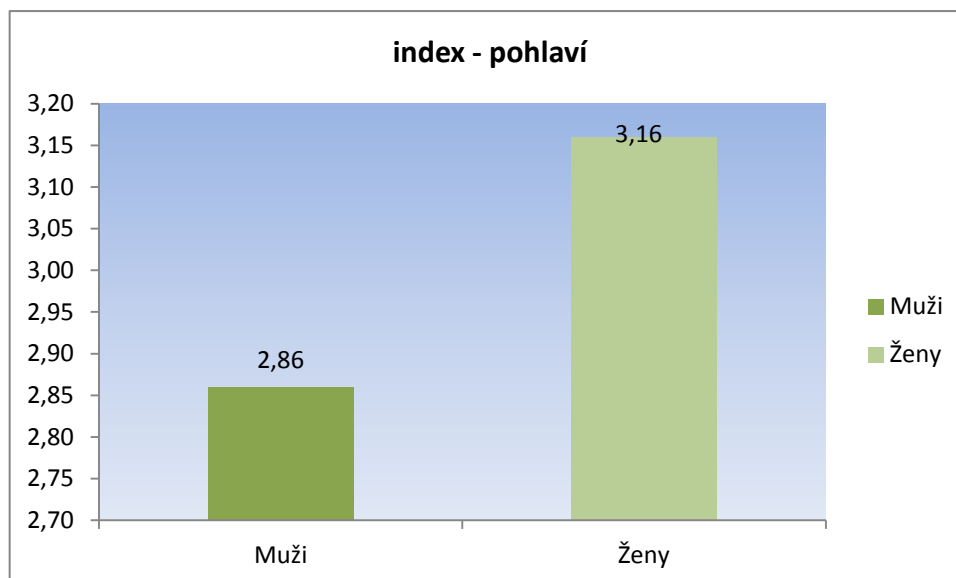
respondentů. Muži i ženy hodnotili tento výrok pozitivně. Nesouhlasilo 25,99% respondentů.

Tab. 13 Právo na sexuální informace

Osoby s mentálním postižením mají právo na sexuální informace.									
Pohlaví	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Muži	absolutní	9	12	37	4	5	2	69	2,86
	relativní	13,04%	17,39%	53,62%	5,80%	7,25%	2,90%	100,00%	
Ženy	absolutní	3	24	9	12	3	7	58	3,16
	relativní	5,17%	41,38%	15,52%	20,69%	5,17%	12,07%	100,00%	
Celkem	absolutní	12	36	46	16	8	9	127	2,99
	relativní	9,45%	28,35%	36,22%	12,60%	6,30%	7,09%	100,00%	

Graf 11 znázorňuje, že index v oblasti práva na sexuální informace mírně kolísá při prezentaci jednotlivých skupin a to v rozmezí 2,86 – 3,16. Muži měli k této oblasti pozitivnější přístup než ženy. Ženy se pohybují na rozhraní spíše ano nebo spíše ne.

Graf 11 Právo na sexuální informace



Vyhodnocení otázky č. 15 - Osvěta u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality je dostatečná.

Dle hlediska **pracovní zkušenosti** uvedli 11 (8,66%) respondentů své odpovědi stupni 1 (určitě ano), 12 (9,45%) respondentů stupni 2 (ano) a stupni 3 (spíše ano) 14 (11,02%) respondentů. Negativní postoj vyjádřilo 70,87% účastníků dotazníkového

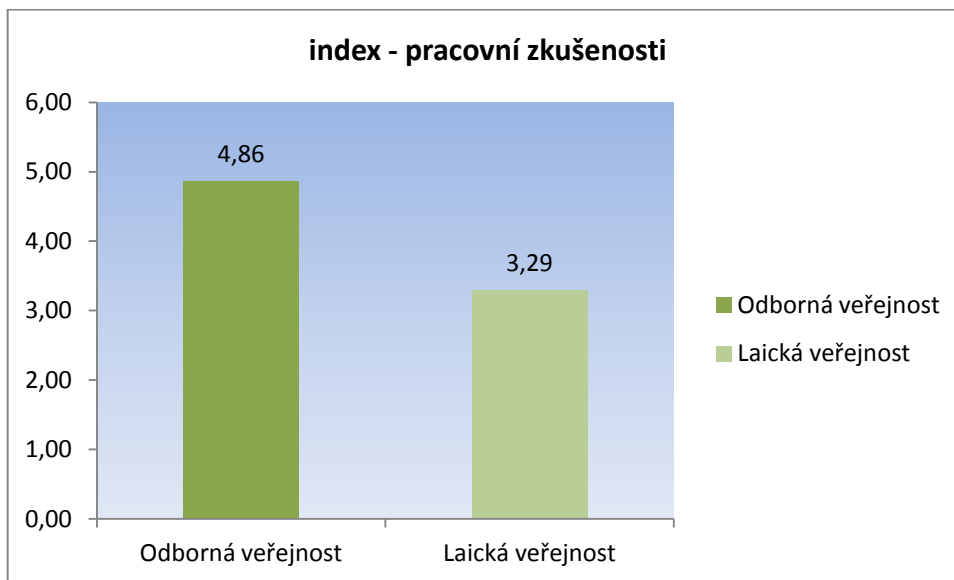
výzkumu. Je zajímavé, že téměř polovina ze všech respondentů převážně zastupující odbornou veřejnost reagovala negativně.

Tab. 14 Osvěta osob s mentálním postižením v sexualitě

Osvěta u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality je dostatečná.									
Profesní zkušenost	Četnost	1	2	3	4	5	6	Celkem	Index
Odborná veřejnost	absolutní	2	1	1	26	10	29	69	4,86
	relativní	2,90%	1,45%	1,45%	37,68%	14,49%	42,03%	100,00%	
Laická veřejnost	absolutní	9	11	13	14	1	10	58	3,29
	relativní	15,52%	18,97%	22,41%	24,14%	1,72%	17,24%	100,00%	
Celkem	absolutní	11	12	14	40	11	39	127	4,14
	relativní	8,66%	9,45%	11,02%	31,50%	8,66%	30,71%	100,00%	

Graf 12 znázorňuje, že index v oblasti osvěty osob s mentálním postižením v oblasti sexuality je u odborné veřejnosti hodnocen převážně negativně (index 4,86). Laické veřejnosti se vyjádřila pozitivněji (3,29) než odborná.

Graf 12 Osvěta osob s mentálním postižením v sexualitě



5.2.5 Verifikace hypotéz

Nyní provedeme ověření stanovených hypotéz. Chráska (2007, s. 72-83) uvádí, že k ověření stanovených hypotéz lze aplikovat test nezávislosti pro kontingenční tabulku nebo pro čtyřpolní tabulku.

Nejdříve musíme stanovit nulovou a alternativní hypotézu. „Nulová hypotéza (H_0) je předpoklad (domněnka), že mezi sledovanými jevy není vztah (souvislost, rozdíl). Alternativní hypotéza (H_A) je předpoklad (domněnka), že mezi sledovanými jevy je vztah (souvislost, rozdíl).“ (Chráska, 2003, s. 82)

Dále Chráska (2003, s. 91 - 95) hovoří o tom, že jakmile vznikne stav, kdy je nečekaná četnost menší než jedna v některém poli kontingenční tabulky nebo jsou očekávané četnosti menší než 5 a více než 20% polí kontingenční tabulky, test nezávislosti chí-kvadrát nemůžeme použít. Na základě výše uvedeného argumentu byly četnosti odpovědí účastníků dotazníkového výzkumu, sdělující stupeň souhlasu či nesouhlasu s výrokem, spojeny do dvou skupin. Jedna skupina kladných reakcí (určitě ano, ano, spíše ano) a druhá negativních reakcí (spíše ne, ne, určitě ne).

Čtyřpolní tabulka má jeden stupeň volnosti, který jsme vypočítali ze vztahu:

$f = (r - 1) * (s - 1)$, kde r je počet řádků a s je počet sloupců. Test významnosti byl realizován na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Na základě počtu stupňů volnosti a zvolené hladině významnosti vyhledáme ve statistickém schématu kritickou hodnotu testového kritéria. Nalezenou hodnotu srovnáváme s propočítanou hodnotou. Jestliže je:

-vypočítaná hodnota < kritická (schémátová) hodnota přijímáme nulovou hypotézu H_0 ;

-vypočítaná hodnota > kritická (schémátová) hodnota přijímáme alternativní hypotézu H_A .

Výpočet :

Tabulková (schémátová) hodnota při jednom stupni volnosti na hladině významnosti 0,05:

Verifikace hypotéz z hlediska sexuálního života osob s mentálním postižením

H₀1:Názory na soukromí při uspokojování sexuálních potřeb jedinců s mentálním postižením žijících v domovech se vzhledem k profesní zkušenosti respondentů neliší. (ot. 1,7)

H_A1: Existují rozdíly v názorech na soukromí při uspokojování sexuálních potřeb jedinců s mentálním postižením žijících v domovech v závislosti na profesní zkušenosti respondentů v pobytových službách..

ČTYŘ POLNÍ TABULKA PRO CHÍ KVADRÁT

PROFESNÍ ZKUŠENOST	ANO	NE	CELKEM
ODBORNÁ VEŘEJNOST	54	26	80
LAICKÁ VEŘEJNOST	15	32	47
CELKEM	69	58	127

15,1

>

Odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní,

Lze tedy usuzovat, že v závislosti na profesní zkušenosti respondentů v pobytových službách existuje statisticky významný rozdíl v četnosti názorů na soukromí při uspokojování sexuálních potřeb jedinců s mentálním postižením žijících v domovech.

Verifikace hypotéz z hlediska partnerských vztahů osob s mentálním postižením

H₀2: Názory na samostatné bydlení partnerů s mentálním postižením se vzhledem k pohlaví respondentů neliší. (ot. 2,10)

H_A2:Existují rozdíly v názorech na samostatné bydlení partnerů s mentálním postižením v závislosti na pohlaví respondentů.

ČTYŘ POLNÍ TABULKA PRO CHÍ KVADRÁT

PROFESNÍ ZKUŠENOST	ANO	NE	CELKEM
ODBORNÁ VEŘEJNOST	8	6	14
LAICKÁ VEŘEJNOST	61	52	113
CELKEM	69	58	127

0,05

<

Přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní.

Z toho tedy usuzujeme, že názory na samostatné bydlení partnerů s mentálním postižením se v závislosti na pohlaví respondentů neliší.

Verifikace hypotéz z hlediska rodičovství osob s mentálním postižením

H₀₃: Názory na mateřství žen s mentálním postižením se vzhledem k pohlaví respondentů neliší. (ot. 2, 12)

H_{A3}: Existují rozdíly v názorech na mateřství žen s mentálním postižením v závislosti na pohlaví respondentů

ČTYŘ POLNÍ TABULKA PRO CHÍ KVADRÁT

PROFESNÍ ZKUŠENOST	ANO	NE	CELKEM
ODBORNÁ VEŘEJNOST	18	4	22
LAICKÁ VEŘEJNOST	51	54	103
CELKEM	69	56	127

8,10

>

Odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Lze tedy usuzovat, že v závislosti na pohlaví respondentů existuje statisticky významný rozdíl četnosti názorů na mateřství žen s mentálním postižením.

Verifikace hypotéz z hlediska osob s mentálním postižením

H₀₄: Názory na dostatečnou osvětu u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality se vzhledem k profesní zkušenosti respondentů v pobytových službách neliší. (ot. 1, 15)

H_{A4}: Existují rozdíly v názorech na dostatečnou osvětu u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality v závislosti na profesních zkušenostech respondentů v pobytových službách.

ČTYŘ POLNÍ TABULKA PRO CHÍ KVADRÁT

PROFESNÍ ZKUŠENOST	ANO	NE	CELKEM
ODBORNÁ VEŘEJNOST	4	33	37
LAICKÁ VEŘEJNOST	65	25	90
CELKEM	69	58	127

39,7

>

Odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Lze tedy usuzovat, že v závislosti na profesní zkušenosti respondentů v pobytových službách existuje statisticky významný rozdíl četnosti názorů na dostatečnou osvětu u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality.

ZÁVĚR

Tato práce měla za úkol nastínit problematiku sexuality u osob s mentálním postižením a zmapovat názory veřejnosti. Teoretická část se zabývá klasifikací, etiologií mentálního postižení, sexualitou osob s mentálním postižením, sexuální výchovou mentálně postižených a jejich právy. Nastiňuji zde pohled na sexualitu a partnerství mentálně postižených lidí v minulosti a současnosti. Zatímco v minulosti se taková témata spojená se sexualitou lidí s mentálním postižením považovala za tabu, o nichž se nemohlo na veřejnosti hovořit, v současné době se s tím to tématem setkáváme více a je lépe přijímáno společností, ale stále veřejnost vnímá určité předsudky.

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat, zda zaujímá veřejnost jednotný názor na oblast sexuality osob s mentálním postižením. Snažili jsme se zjistit, jak se do jednotného názoru na oblasti sexuality osob s mentálním postižením odrazí pohlaví a profesní zkušenost respondenta v sociálních službách. Vyhodnocení výzkumu bylo členěno na dva úseky. V prvním úseku jsem se zaměřila na zpracování identifikačních údajů. Ve druhém úseku jsou zpracovány jednotlivé výroky tříděním I. stupně a tříděním II. stupně s vyhodnocením stanovených hypotéz.

Výzkumu se zúčastnilo 127 respondentů, výzkum byl prováděn pouze ve Zlínském kraji. Celkem bylo elektronicky rozesláno 300 dotazníků. Návratnost 127 dotazníků. Dotazník obsahoval 5 oblastí – identifikační, oblast sexuálních potřeb, oblast partnerských vztahů, oblast rodičovství a oblast vzdělávání osob s mentálním postižením v oblasti sexuality. První 4 otázky byly identifikačního charakteru, ostatní položky dotazníku byly výroky. Pro hodnocení jednotlivých oblastí vztahující se k sexualitě byla využita Likertova škála. Účelem bylo vyjádřit v procentech počet respondentů pro jednotlivé výroky. Výroky představovaly věty dotazníku a respondent měl možnost zvolit jednu odpověď z šestistupňové škály, První otázka dotazníku nám rozdělila respondenty na laickou a odbornou veřejnost. Odbornou veřejnost představovali pracovníci v sociálních službách, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, zdravotní sestra. Laickou veřejnost tvořili všichni jedinci, kteří neměli profesní zkušenost s dospělou osobou s mentálním postižením.

Výsledky byly vyhodnoceny pomocí indexu, který vyjadřuje průměrnou hodnotu četností blížící se k určitému bodu na škále v rozmezí 1 - 6.

Z celkového počtu dotazovaných bylo téměř 45,67% laická veřejnost a 54,33% odborná veřejnost. Muži byli zastoupeni 26,77% a ženy 73,23%. Věkové zastoupení představují kategorie do 25 let, 26-35 let, 36-45 let, 46-55let nad 56 let.

Zajímavým zjištěním byla shoda laické a odborné veřejnosti v názoru, že mentálně postižení občané mají právo žít běžný sexuální život jako majoritní společnost. V ostatních názorech se ve většině případů rozcházejí. Nejmarkantněji to lze vidět u názoru, že osvěta u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality je dostatečná. Mnoho sociálních služeb i velká část veřejnosti si neuvědomuje, že sexuální potřeby jsou v životě jedince důležitou součástí a přispívá ke kvalitě života. Organizace poskytující sociální služby mají v poslání zahrnuto, že se snaží zajistit klientům plnohodnotný život, ale v dalších dokumentech problematiku sexuality nezmiňují.

Výsledky této diplomové práce mohou sloužit jako podklad pro diskuzi s veřejností, poskytovateli sociálních služeb nebo být podkladem pro další výzkum.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAJO, I., VAŠEK, Š., 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Psychopédia. Bratislava: Sapiienti. ISBN 80-967180-1-0.
- [2] BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.
- [3] BENDO VÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
- [4] BUSFIELD, J., 2011. *Mental illness*. Cambridge: Polity. ISBN 978-074-5649-054.
- [5] CASTLES, E. E., 1996. *We're People First: The Social and Emotional Lives of individuals with mental retardation*. Westport: Praeger Publishers.
- [6] ČERNÁ, M. a kol., 2008. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [7] DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- [8] DOLEJŠÍ, M., 1973: *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 08-051-73 .
- [9] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [10] FILIP, M., 2005. Důležité je nenechat se odbýt, říkají rodiče postižených. *Infoposel: informační systém pro zdravotně postižené*. [online]. 2005. [citované 2014-03-26]. Dostupné na internetu:
<http://www.infoposel.cz/index.php?idm=clanky&idr=24&idc=1107998719>.
- [11] FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [12] GAVORA, P., 2010, *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2.vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0
- [13] HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-691.
- [14] HELPNET., 2013. *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*. *Helpnet: informační portál pro osoby se specifickými potřebami*. [online]. 2013.

- [citované 2014-03-[26]. Dostupné na internetu:
<http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>.
- [15] CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4
- [16] CHRÁSKA, M., 2003, *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativně orientovaného výzkumu*. Univerzita Palackého. ISBN 8024407655
- [17] CHRÁSTKOVÁ, E., KOJECKÁ, R. 2011. Komunikace u osob s mentálním postižením. *Sestra*. [online]. 2011. [citované 2014-03-26]. Dostupné na internetu: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-u-osob-s-mentalnim-postizenim-461759>.
- [18] KOZÁKOVÁ, Z., 2005. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0991-7.
- [19] KOZEL, R. a kol., 2006. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0966-X.
- [20] LANGER, S. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 2. vyd. Hradec Králové : Kotva. ISBN 80-900254-6-3.
- [21] LANGER, S., 1996. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesio grafie, výchova*. 3. vyd. Hradec Králové : Kotva. ISBN 80-900-25-48-X.
- [22] LEČBYCH, M., 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [23] LECHTA, V. a kol., 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
- [24] MAKOVCOVÁ, S., 2011. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* [online]. 2011. [citované 2014-03-26]. Dostupné na internetu: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf.
- [25] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- [26] MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0
- [27] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

- [28] MATULAY, K. a kol., 1986. *Mentálna retardácia*. Osveta: Martin. ISBN 70-077-86
- [29] MONATOVÁ, L., 1994. *Pedagogika speciální*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, ISBN 80-210-1009-6.
- [30] NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [31] O.S. SPOLU., 2014. *Protokol o sexualitě* [online]. 2014. [citované 2014-03-26]. Dostupné na internetu: http://www.spoluolomouc.cz/pagedata/uzivatele-asistenti/ke-stazeni/114_protokol_o_sexualit_.pdf.
- [32] PIPEKOVÁ, J. a kol., 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-65-6.
- [33] PIPEKOVÁ, J., 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.
- [34] PIPEKOVÁ, J. a kol., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [35] PREVENDÁROVÁ, J., 2002. *Sexualita lidí s MP. Dobromysl.* [online]. 2002. [citované 2014-03-26]. Dostupné na internetu: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>.
- [36] PROCHÁZKOVÁ, L., 2009. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-094-4
- [37] PŘINOSILOVÁ, D., 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-157-7.
- [38] SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [39] STEVENS SMITH, S., 1995. *Measurement, Psychophysics and Utility, Chap. 2, in C. W. Churchman & P. Ratoosh (Eds.), Measurement: Definitions and Theories. New York: John Wiley*
- [40] SVOBODA M. (ed.), ČEŠKOVÁ E., KUČEROVÁ H., 2006., *Psychopatologie a psychiatrie / – Vyd. 1. – Praha: Portál, ISBN 80–7367–154–9*
- [41] SVOBODA M., KREJČIŘÍKOVÁ D., VÁGNEROVÁ M., 2001, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Portál, ISBN 8071785458

- [42] ŠVANCARA, J. – KOSTROŇ, L. - VAŠINA, L., 1991. *Kapitoly z kognitivní psychologie. 1. vyd.* Brno : Masarykova univerzita. Obsahuje bibliografii. ISBN 80-210-0327-8
- [43] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- [44] ŠVARCOVÁ, I., 2003. *Mentální retardace.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X
- [45] ŠVARCOVÁ, I. , 2006. *Mentální retardace.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- [46] ŠVINGALOVÁ, D., 2003. *Úvod do psychopedie.* Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-696-2.
- [47] VALENTA, M., KOZÁKOVÁ, Z., 2006. *Psychopedie I pro výchovné pracovníky.* Olomouc :Vydavatelství UP. ISBN 80-244-1187-3.
- [48] VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.
- [49] VALENTA, M., MÜLLER, O., 2009. *Psychopedie: teoretické základy a metodika.* Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [50] VALENTA, M., MÜLLER, O., 2007. *Psychopedie: teoretické základy a metodika.* Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-099-2.
- [51] VALENTA, M. , MÜLLER, O., 2003, *Psychopedie: teoretické základy a metodika.* Praha: Parta. ISBN 80-7320-039-2.
- [52] VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [53] VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. Vyd.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- [54] VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., 2003. *Psychologie handicapu 1. část: handicap jako psychosociální problém.* Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-763-2.
- [55] VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. 1992. *Psychopedie – didaktika mentálně retardovaných.* Olomouc: UP. ISBN 80-7067-211-0.

- [56] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [57] VÍTKOVÁ, M., 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.
- [58] VYKYDALOVÁ, H., c2014. Sexualita identita. *Dobromysl*. [online]. 2014. [citované 2014-03-26]. Dostupné na internetu: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>.

SEZNAM ZKRATEK

- Atd.** a tak dále (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Atd.>)
- Aj.** a jiný, a jiní, a jiné (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Aj>)
- IQ** inteligenční kvocient
(http://cs.wikipedia.org/wiki/Intelligen%C4%8Dn%C3%AD_kvocient)
- MZN** Mezinárodní klasifikace nemocí
(http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezin%C3%A1rodn%C3%AD_klasifikace_nemoc%C3%AD)
- UNESCO** Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu
(<http://cs.wikipedia.org/wiki/UNESCO>)
- MR** Mentální retardace
(http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_posti%C5%BEen%C3%AD)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pohlaví veřejnost.....	38
Graf 2 Index - Sexuální potřeby	41
Graf 3 Index – Sexuální rozkoš	42
Graf 4 Index – Soukromí k sexuálním aktivitám.....	43
Graf 5 Index – Partnerské vztahy	44
Graf 6 Index - Žít běžný sexuální život	45
Graf 7 Společné bydlení se sexuálním partnerem	46
Graf 8 Právo žen s mentálním postižením brát antikoncepci	47
Graf 9 Právo žen s mentálním postižením na mateřství	48
Graf 10 Odpovědnost za výchovu dětí	49
Graf 11 Právo na sexuální informace	50
Graf 12 Osvěta osob s mentálním postižením v sexualitě	51

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví respondentů	38
Tab. 2 Věkové kategorie respondentů	39
Tab. 3 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů	39
Tab. 4 Sexuální potřeby osob s mentálním postižením	41
Tab. 5 Sexuální rozkoš osob s mentálním postižením.....	42
Tab. 6 Soukromí k sexuálním aktivitám.....	43
Tab. 7 Partnerské vztahy.....	44
Tab. 8 Žít běžný sexuální život.....	45
Tab. 9 Společné bydlení se sexuálním partnerem.....	46
Tab.10 Právo žen s mentálním postižením brát antikoncepci	47
Tab. 11 Právo na mateřství žen s mentálním postižením	48
Tab. 12 Odpovědnost za výchovu dětí.....	49
Tab. 13 Právo na sexuální informace.....	50
Tab. 14 Osvěta osob s mentálním postižením v sexualitě	51

SEZNAM PŘÍLOH

PI - Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážení,

vzhledem k tomu, že ve své diplomové práci zabývám názory veřejnosti na sexualitu osob s mentálním postižením, ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění následujícího dotazníku.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely výzkumné části mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas,

Adéla Machalová, studentka oboru sociální pedagogika, IMS Brno

Pokyny k vyplnění: pokud není uvedeno jinak, své odpovědi zakroužkujte, vybírejte pouze jednu z možných variant.

I. Identifikační údaje o respondentovi

1) Máte dlouhodobé profesní (pracovní) zkušenosti s dospělými jedinci s mentálním postižením v pobytové službě?

- a) ano
- b) ne

2) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) do 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) více než 56 let

3. Jaké máte absolvováno nejvyšší vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4) Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Odpovězte, na kolik souhlasíte s následujícími výroky:

Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte. (1=určitě ano, 2=ano, 3=spíše ano, 4=spíše ne, 5=ne, 6=určitě ne)

Oblast sexuálního života osob s mentálním postižením

5. Osoby s mentálním postižením mají sexuální potřeby.

1 2 3 4 5 6

6. Osoby s mentálním postižením prožívají sexuální rozkoš.

1 2 3 4 5 6

7. Osoby s mentálním postižením mají dostatek soukromí k sexuálním aktivitám na svém pokoji.

1 2 3 4 5 6

Oblast partnerských vztahů osob s mentálním postižením

8. Osoby s mentálním postižením navazují partnerské vztahy jako lidé bez postižení.

1 2 3 4 5 6

9. Osoby s mentálním postižením mají příležitost žít běžný sexuální život.

1 2 3 4 5 6

10. Osoby s mentálním postižením bydlí samostatně se svým sexuálním partnerem.

1 2 3 4 5 6

Oblast rodičovství osob s mentálním postižením

11. Ženy s mentálním postižením mají právo brát antikoncepci.

1 2 3 4 5 6

12. Ženy s mentálním postižením mají právo na mateřství.

1 2 3 4 5 6

13. Osoby s mentálním postižením jsou schopny nést zodpovědnost za výchovu svých dětí.

1 2 3 4 5 6

Oblast vzdělávání osob s mentálním postižením

14. Osoby s mentálním postižením mají právo na sexuální informace.

1 2 3 4 5 6

15. Osvěta u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality je dostatečná.

1 2 3 4 5 6