

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Alena Opatová

NÁVRH METODIKY PŘÍSTUPU K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM V O.S. ARKADIE

Obor: Sociální práce

Forma studia: Prezenční

Akademický rok: 2007/2008

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Oponent diplomové práce: Mgr. Karel Klášterka

Datum obhájení:

Výsledek obhajoby:

P R O H L A Š U J I ,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracoval/a zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil/a.

V Tepličkách,

dne 4.1.2008

Podpis: 

Obsah

OBSAH	3
ÚVOD	5
1. ÚLOHA SEXUALITY V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	7
1.1. Kritické etapy vývoje sexuality	9
1.2. Osoby s mentálním postižením	10
2. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	16
2.1. Modely mentálního postižení	16
2.2. Klasifikace mentální retardace.	21
2.3. Etiologie mentální retardace	26
2.4. Diagnostika mentální retardace	30
3. PŘÍSTUP K OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	32
3.1. Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb se sexualitou osob s mentálním postižením.	36
3.2. Výzkumy v oblasti sexuality osob s mentálním postižením	48
4. DOKUMENTY TÝKAJÍCÍ SE SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	49
4.1. Charta sexuálních a reprodukčních práv	50
4.2. Deklarace práv mentálně postižených	54
4.3. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	55
5. PRÁVNÍ PROBLEMATIKA SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICĚ	67
5.1. Listina základních práv a svobod	67
5.2. Zákon o rodině	70
5.3. Občanský zákoník a občanský soudní řád	73
5.4. Trestní zákoník	79

6. DOMÁCÍ NÁSILÍ A OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	81
6.1. Domácí násilí	81
6.2. Aspekty domácího násilí	81
6.3. Zdravotně postižený člověk jako oběť domácího násilí.	84
7. SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	88
7.1. Specifika sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením.	88
7.2. Prevence sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením	90
8. PRAKTICKÁ ČÁST - VÝSLEDKY ŠETŘENÍ MEZI PRACOVNÍKY, KLIENTY A JEJICH RODIČI V O.S. ARKADIE	94
8.1. Motivy k výzkumu	94
8.2. Popis organizace	94
8.3. Účel výzkumu a očekávané výstupy.	95
8.4. Použité metody	96
8.5. Výsledky a zjištění v rámci šetření	97
8.5.1 Dotazníkové šetření mezi pracovníky v sociálních službách.	97
8.5.2 Rozhovory s rodiči klientů o.s. Arkadie	99
8.5.3 Pozorování klientů denního stacionáře a sociálně terapeutické dílny a vyhodnocení nejčastějších témat rozhovorů mezi nimi.	100
8.6. Souhrn a doporučení	102
ZÁVĚR	105
LITERATURA:	107
PŘÍLOHY	112

Úvod

Tématu sexuality osob s mentálním postižením jsem se ve své diplomové práci rozhodla věnovat ze dvou důvodů. Za prvé protože se při své práci sociální pracovnice v o.s Arkádie, které poskytuje sociální služby osobám s mentálním postižením, téměř každý den setkávám s potřebou se tomuto tématu u našich klientů věnovat. Tato potřeba vyvstává nejen u mě ale i u všech mých kolegů, kteří pracují v přímém kontaktu s klienty s mentálním postižením. Za druhé vnímám tuto oblast, která již není pro osoby bez postižení žádná tabu a je součástí našeho každodenního života, u osob s mentálním postižením jako velice zanedbávanou, ačkoliv její význam pro osoby s mentálním postižením považují pro naplnění plnohodnotného života za stejně důležitý jako u lidí bez postižení.

V teoretické části diplomové práce se zabývám důležitými oblastmi sexuality osob s mentálním postižením, které jsou dle mého názoru velice podobné oblastem sexuality osob bez postižení - patří sem zcela jistě samotná úloha sexuality v životě osob s mentálním postižením, dále pak přístupy k sexualitě osob s mentálním postižením u nás a v zahraničí, právní problematika týkající se sexuality osob s mentálním postižením, domácí násilí, ochrana osob s mentálním postižením před sexuálním zneužitím, výzkumy sexuality osob s mentálním postižením a v neposlední řadě také samotným pojetím mentálního postižení.

V praktické části diplomové práce se zaměřím na dotazníkové šetření mezi pracovníky o.s Arkádie, kteří pracují s klienty s mentálním postižením. Vzhledem ke znalosti sociálních služeb o.s Arkádie a jednotlivých pracovníků v nich, mohu již nyní předpokládat, že většina

dotazovaných nebude mít dostatečné informace o sexualitě osob s mentálním postižením a výsledky dotazníkového šetření potvrdí potřebu vzniku metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v o.s. Arkadie.

Dále se zaměřím na rozhovory s rodiči klientů denního stacionáře a sociálně terapeutické dílny, které budou zaměřeny na postoje rodičů k sexualitě osob s mentálním postižením a přístup k jejich sexualitě. Předpokládám, že postoje rodičů k sexualitě jejich dospělých dětí potvrdí potřebu vzniku jednotného přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v o.s. Arkadie.

Aby vycházela metodika přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením ze skutečných potřeb klientů o.s. Arkadie, prozkoumám nejčastější témata rozhovorů klientů denního stacionáře a sociálně terapeutické dílny na téma partnerské vztahy a sexualita.

Souhrn podkladů získaných v teoretické i praktické části diplomové práce využiji pro tvorbu návrhu metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v občanském sdružení Arkadie.

Při sběru podkladů pro tuto diplomovou práci jsem byla konfrontována s faktem, že ta toto téma nebylo doposud napsáno mnoho publikací. Proto v teoretické části čerpám informace zejména se sborníků, které jsou výstupy z pořádaných konferencí na téma sexualita osob s mentálním postižením. Cenným zdrojem mi byly také internetové stránky zahraničních organizací, které se touto problematikou zabývají.

Věřím, že zpracováním tohoto tématu přispějí ke zkvalitnění poskytovaných služeb a přístupu k lidem s mentálním postižením nejen v občanském sdružení Arkadie ale i u ostatních poskytovatelů sociálních služeb, kteří se tomuto tématu rovněž chtějí věno

1. Úloha sexuality v životě člověka s mentálním postižením

Všichni lidé jsou sexuální bytosti a sexuální projev je přirozenou a důležitou částí života. Co je sexualita? U slova sex (a sexualita) došlo v posledních letech k maximálnímu zúžení významu. Málo komu se ve spojení s tímto slovem vybaví něco jiného, než pohlavní kontakt. Lidská sexualita však zahrnuje mnohem více aspektů, jako například vztahy mezi pohlavími, pohlavní život, pohlavní pud a milostné zážitky. Lidská sexualita je oblastí, na níž se více než kdekoliv jinde podílejí rovným dílem somatické, psychické a sociální vlivy.

Sexualita zahrnuje osobnost, myšlenky, hodnoty a pocity. To, jak komunikujeme a jak sami sebe vyjadřujeme v našich vztazích s druhými, je stejně jako naše sexuální pudy a sexuální aktivity výrazem naší sexuality.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje sexuální zdraví takto: "Sexuální zdraví představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky. Sexuální zdraví je zahrnuto do celkového pojetí zdraví člověka".

Weis, Zvěřina (2001) chápou sexualitu jako podstatnou součást 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.

Lidské sexuální chování je v zásadě determinováno biologickými dispozicemi, nicméně okolnosti vnějšího prostředí mohou podstatně modifikovat jeho konkrétní projevy. Čím výše stojí živočich ve vývojové řadě, tím složitější je jeho sexualita a tím více je socializována

v procesu učení. Každý člověk se rodí do určitého společenství, do určitého historického období, charakterizovaného v rámci dané kultury i určitou sexuální morálkou, tedy kodifikovanými i nepsanými a pouze tradicí předávanými normami. Ty pak mají podstatným způsobem vliv na postoje i chování lidí. Vnější podmínky ovlivňují v rámci psychosexuálního vývoje dítěte mezi jinými i vytváření konceptu pohlavní identity, partnerských vztahů, morálních postojů apod.

Sexuální morálka našeho kulturního okruhu je ovlivněna především judeo-křesťanským pojetím sexuality, které přineslo v oblasti sexuality podstatnou restrikcii původně velmi volně pojatých norem. Naše postoje v této oblasti jsou jistě výrazně konzervativnější než postoje starých Helénů či starých Slovanů, u nichž bylo v oblasti sexuálních projevů povoleno téměř vše, co nenarušovalo práva ostatních.

V postindustriální době, v éře informací se postupně mění i sexuální morálka. Neustále se zrychluje somatosexuální i psychosexuální zrání mládeže, snižuje se věk počátku sexuálních aktivit, informovanost o sexuálních otázkách i uvědomělost sexuálních menšin. Liberalizují se původně restriktivní postoje k předmanželskému sexu, k masturbaci, homosexualitě, nekoitálním sexuálním aktivitám. To, jaké postoje k těmto jevům jedinec zaujme, je stále více ponecháno na jeho svobodné volbě, jeho hodnotovém systému, osobních zkušenostech a zrání, na jeho individuálních etických normách.

(Vykydalová, 2006)) Obecně jsou přijímány tyto normy lidské sexuality:

- sexualita se týká sexuální identity jedince a sexuálních vztahů,

- všechny úrovně prožívání sexuality jsou rovnocenné,
- sexualita je možná i mimo rámec manželství,
- sexualita mezi lidmi stejného pohlaví je stejně hodnotná jako sexualita mezi mužem a ženou, homosexualita není posuzována jako deviace.

1.1. Kritické etapy vývoje sexuality

Mellan (2004) Člověk ve svém vývoji prochází celou řadou kritických etap, v nichž se jeho sexualita utváří a diferencuje. Na vývojovou „chybu“ v jedné etapě nasedají odlišnosti v etapách dalších, čímž míra handicapu narůstá. Setkáváme se s případy, kdy od prvopočátku je vývin jedince anomální a zasahuje víceméně všechny roviny a systémy (např. chromozomálně podmíněné vývojové vady), jindy dojde k druhotnému poškození až ve vývojové etapě, kdy většina orgánů je již vyvinuta a postižení nezasahuje rovnoměrně celý organismus (např. perinatálně vzniklé poruchy), nebo jde o izolované porušení určitého systému, třeba jen tělesné motoriky bez narušení duševní sféry.

Bylo by mylné předpokládat, že u mentálně postižených není vyvinuta potřeba sexuálního života. Jen v některých případech je sexualita opožděna nebo nedokonale vyjádřena.

Za první kritickou etapu považujeme již samotnou chromozomální strukturu. Mužská struktura organismu je tvořena dvojicí pohlavních chromozomů YX, ženská struktura dvojicí XX. Již na chromozomální úrovni se setkáváme s řadou odchylek podmiňující další odchylný vývoj. Řadu chromozomálních odchylek lze dnes prenatálně diagnostikovat.

V prvních třech měsících těhotenství dochází k tvorbě prakticky všech orgánů a systémů plodu. Po somatosexuální stránce jde o vytvoření rozdílných pohlavních žláz orgánů. Do doby 4. měsíce datujeme vývoj

mozkových struktur s pohlavně rozdílným utvářením mužských a ženských center v mezimozku. Tedy nastavení, naladění mozku s ohledem na budoucí chování, a to nejen sexuální. Mužskému centru přisuzujeme nejen mužskou pohlavní identifikaci ale i mužskou agresivitu a psychické odlišnosti, které muže odlišují od ženy. V této etapě jsou dány předpoklady pro směr a sílu pudového nutkání a jednání. Vysvětluje to i větší sexuální aktivitu a agresivitu mužských jedinců. Z poruch v této etapě se odvozuje např. transsexualismus, opačné ladění mozku než odpovídá tělesnému pohlaví. Zrání mozku v druhé polovině embryonálního vývoje není zatím prozkoumanou oblastí. Období kolem porodu představuje značné riziko druhotného poškození centrálního nervového systému ať již přímo traumatem nebo protražovaným nedostatkem okysličení.

Jak bylo řečeno výše na vývoji sexuality se rovněž významně podílí výchova, předávané hodnoty, tradice, postoje a vnější prostředí jedince.

1.2. Osoby s mentálním postižením

Velmi citlivou a donedávna tabuizovanou oblastí dospívání osob s mentálním postižením je problematika jejich sexuality a sexuální výchovy. Pozornost si tato oblast získávala pomalu a postupně. Nejprve se o sexualitě osob s mentální retardací začalo hovořit v souvislosti s nebezpečím jejich sexuálního zneužívání. Později se ukázalo, že je nezbytné řešit i oblast sexualitu jedinců s postižením jako takovou - věnovat pozornost sexuální výchově a sexuálnímu naplnění osob s postižením.

V oblasti sexuální výchovy se zdůrazňuje zejména nutnost „odtabuizování“ sexuality osob s mentálním postižením a uznání jejich práva na sexuální realizaci a

naplnění. Význam sexuální výchovy můžeme vidět při prevenci sexuálního zneužívání, která klade důraz na nácvik asertivních technik, například na dovednost říkat ne, dovednost odmítat žádosti a dovednost umět ukončit konverzaci nenásilnou formou.

Sexuální výchova osob s mentální retardací, která by přispěla k jejich sexuálnímu naplnění, je nanejvýš nutná, stejně jako jejich příprava na změny, které se začínají v období puberty odehrávat. Předpokladem efektivní sexuální výchovy (tedy takové výchovy, která bere ohled na běžné sociální normy), je život v co nejpřirozenějších životních podmínkách. Úsilí o nejúčinnější sexuální výchovu bude vždy odsouzeno k nezdaru, pokud nebudou žít lidé s postižením v podmínkách srovnatelných s podmínkami vrstevníků bez postižení. Sexualitu bychom neměli pojímat jen z pohledu dospělé sexuality, ale se sexuální výchovou a osvětou by se u osob s mentálním postižením mělo začínat obdobně jako u nepostižených jedinců, tedy již od období raného dětství. Je s podivem, jak často se u lidí s mentálním postižením zapomíná na základní fakt, že postoje a vnímání sexuality se formují od počátku vývoje dítěte a v úzké souvislosti s rodinným životem.

V dnešní společnosti je sex často spojen s mládím a fyzickou kondicí, společnost proto často považuje člověka s postižením za asexuálního. Samozřejmě tomu tak není - člověk s handicapem je také sexuální bytostí, bez ohledu na jeho mentální nebo fyzická omezení. Lidé s mentálním postižením přesto musí překonávat předsudky, stejně jako své vlastní mylné představy a osobní bariéry týkající se sexuality. Je důležité, aby každý, včetně lidí s mentálním postižením, byl schopen činit vědomá rozhodnutí o své sexualitě, a to informovaně a s porozuměním.

Postižení může vést k mnoha změnám: k problémům s pohyblivostí, ztrátě citlivosti, problémům s komunikací, zhoršené kontrole vyměšování a vylučování, bolestem, únavě, změnám v chování a myšlení, změnách v sexuálních funkcích (erekci, ejakulaci, lubrikaci, orgasmu) stejně jako ke změnám jiných funkcí a změnám ve vědomí vlastního těla. Všechny tyto změny mohou mít dopad na sexualitu. Sexuální pud a sexuální funkce mohou ovlivnit také předepsané léky. Sexualitu a sexuální chování samozřejmě ovlivní i sebeúcta.

Stejně jako u jiných aktivit denního života je možné provést určité úpravy. Pro člověka s mentálním postižením může být sexuální aktivita méně spontánní a plánovanější. Může to být také o hledání vlastního sexuálního projevu, což může zahrnovat experimentování a alternativní přístupy.

Komunikace je důležitá ve všech vztazích. V případě postižení je pro partnery velmi důležité, aby hovořili o svých myšlenkách, pocitech, potřebách, přáních a o tom, co pro sebe mohou navzájem udělat.

Také lidé se specifickými potřebami nesou odpovědnost za své sexuální zdraví. Starost o zdraví zahrnuje: jednání v rámci žebříčku hodnot, který člověk má, aby zabránil případnému neplánovanému těhotenství, vyhledání rané prenatální péče, zabránění navození a přenášení sexuálně přenosných chorob a zabránění sexuálnímu zneužití. Pro převzetí odpovědnosti za své sexuální zdraví však potřebují získat takové množství informací o sexuálním a rodinném životě, aby se mohli zodpovědně rozhodovat.

Sexualita je většinou velmi intimní, osobní oblastí našich životů, o které obvykle hovoříme jen s těmi, kteří jsou nám velmi blízcí. Lidé s mentálním postižením by

také měli mít možnost vybrat si s kým chtějí o své sexualitě mluvit a měli by mít možnost hovořit o svém problému také s odborníkem.

Sexuální výchova dítěte s postižením by měla, jak již bylo řečeno, začínat v rodině ve stejnou dobu jako u dětí bez postižení. Rodiče však často nevědí, jak na sexuální vývoj svého dítěte reagovat, a mohou mít dokonce pocit, že proto, že je jejich dítě postižené, se sexuální výchovou nemusí zabývat. Témata týkající se sexuality jsou však pro děti s postižením stejně důležitá jako pro děti bez postižení. Děti s postižením potřebují sexuální výchovu k tomu, aby dosáhly naplnění v osobním životě a aby bylo zabráněno nechtěným těhotenstvím, sexuálně přenosným chorobám a sexuálnímu zneužívání. Pokud má dítě mentální postižení, tělesné postižení, nebo má poruchu učení, není toto postižení důvodem pro odmítání sexuální výchovy. Tyto děti mají méně příležitostí se něco o sexualitě dozvědět od svých vrstevníků a mnoho dětí může mít postižení, které jim brání, aby si o sexualitě něco samy přečetly.

(Kozáková, 2004) Sexuální pocity provázejí lidské bytosti po celý životní cyklus. Od kojeneckého období do 3 let se děti těší jednoduše z tělesných vjemů a zkoumání svého těla. Intenzivní zájem o vlastní genitálie je v této době přirozený. To je doba, kdy bychom měli začít dítě učit, že je rozdíl mezi chováním, které je přiměřené tomu, že jsou s ostatními (veřejné), na rozdíl od toho, při kterém jsou samy (soukromé). Pokud se tedy dítě na veřejnosti dotýká svých genitálií, úplně postačí říci: „To se před lidmi nedělá,“ ať už tomu dítě rozumí, nebo ne.

Během předškolního období, od 3 do 5 let, většinou rodiče učí své děti názvům částí těla, i když v

souvislosti s postižením daného dítěte k tomu může dojít mnohem později. Je důležité, když se děti (věcným přístupem) učí správným názvům částí jeho těla, protože tím je jim sdělováno to, že sexuální orgány nejsou považovány za tabu. Kromě toho pak později není nutné přeměnit naučené pojmy. V tomto ohledu je také nesmírně důležité dětem vysvětlit, že jejich tělo patří jim a že mají právo ostatním říci, když nechtějí, aby se jich někdo dotýkal.

Jakubův^V ve svém článku uvádí: „V raném školním období, od 5 do 8 let, je důležité, aby se učení dětí sexualitě stalo specifičtější. Doporučenými tématy jsou: správné názvy částí těla, rozdíly a společné rysy mezi dívkami a chlapci, základy o početí a těhotenství, rysy dobrého vztahu, zabránění sexuálnímu zneužití a vyprávění o něm. Během tohoto období jsou také pro děti zvláště důležité činnosti, které u nich podpoří sebeúctu (jako například domácí práce, které dokáží zvládnout). Dokončování činností dětem umožňuje, aby pocítily úspěch a svou obratnost“.

Preteenageři, od 8 do 11 let, se zapojují do společenského dění, začínají se zabývat tím, co si o nich myslí jejich přátelé, a zajímají se o své tělo. Děti, jejichž postižení se týká těla, tak mohou mít v této oblasti nízkou sebeúctu. Proto je velmi důležité, dětem v tomto období naslouchat a dovolit mu projevit všechny druhy pocitů, tím mu umožňujeme zvýšit sebeúctu, pokud jde o jeho tělo. Také je důležité, na pocity dítěte reagovat a to klidně a ohleduplně, nepředstírat, že tato témata neexistují. Rovněž je dobré povzbudit dítě, aby se soustředilo spíše na své silné stránky a rozvíjelo je, než aby uvízlo na detailech svého fyzického vzhledu.

Někdy také můžeme dítěti pomoci zlepšit vnímání jeho

těla tím, že ho naučíme, jak se upravovat, držet dietu, cvičit a jak opatřit oblečení, které mu sluší. Kromě posilování sebeúcty je potřeba mluvit o změnách, které jejich tělo podstoupí v době dospívání. Dívky by měly vědět o menstruaci a chlapci o noční poluci. Zažít tuto zkušenost bez předchozí znalosti může být velmi traumatické. Mezi další témata, o kterých můžeme mluvit, patří: podrobnější informace o početí a těhotenství, rodinná komunikace o sexualitě, sexuální zdrženlivost, sexuálně přenosné choroby a masturbace.

Během adolescence, od 12 do 18 let, je žádoucí, aby mělo dítě více soukromí a větší míru nezávislosti. Toto období se také vyznačuje pocity extrémní citlivosti k tělu. Adolescent může být opět nespokojen se svým tělem, naslouchání je nejlepší forma podpory. Doporučení ohledně podpory silný stránek je stejné jako u Preteenagerů. Témata, která by měla být probrána jsou: vztahy, láska, intimita, to, jak mohou drogy a alkohol nepříznivě ovlivnit rozhodování, pohlavní styk, antikoncepce a porod, kondomy a prevence sexuálně přenosných chorob.

Přesto, že se vývoj sexuality týká všech dětí, postižení dítěte určuje přístup, který je třeba zaujmout při sdělování informací, které pro něj mají být srozumitelné. U dětí a dospívajících s mentálním postižením se doporučuje poskytovat informace v menším množství, v základních a konkrétních pojmech. Je zapotřebí se intenzivně soustředit na chování. Může také vzniknout potřeba dítě naučit, aby přiměřeným způsobem projevovalo fyzickou náklonnost a bude nutné mu vysvětlit, co je považováno za nepřiměřenou fyzickou náklonnost (jako například objímání cizích lidí). Bude potřeba je naučit, které chování je přijatelné na veřejnosti a které pouze v soukromí.

2. Mentální postižení

(Matoušek, 2003) Mentální postižení je vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétnímu myšlení bez schopnosti zobecňovat atd. Příčinami mentální retardace jsou dědičnost a organické postižení centrální nervové soustavy, ke kterému mohlo dojít během nitroděložního vývoje, při porodu nebo v době krátce po narození.

2.1. Modely mentálního postižení

(Lečbých, 2005) V přístupu k lidem s mentálním postižením můžeme vyzorovat tři modely. Prvním a nejrozšířenějším z nich je níže podrobněji zmíněný limitační model, ten je zaměřen na definici mentálního postižení zejména z hlediska podprůměrného intelektu a nedostatečného adaptačního chování. V rámci tohoto modelu je mentální retardace například definována jako „závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1997). Využití tohoto modelu má dlouholetou tradici ve zdravotnictví a rozvíjí se již od počátku minulého století. Vychází zejména z lékařsko-legislativních názorů na lidi s mentální retardací, které podle (Dolejšího (1973) „ve vztahu k těmto osobám zdůrazňují péči, celoživotní společenskou nedostatečnost a závislost na druhých osobách“.

Mentální retardace je vymezena jedincem a popisují se zejména jeho omezení (limity), nedostatky a zpomalení

jeho vývoje vzhledem k normě určitého věku. Tento model měl svůj význam v minulosti, kdy se předpokládalo, že nejvhodnější variantou způsobu života je pro lidi s mentální retardací speciální, chráněné nebo ústavní prostředí, do kterého byli lidé s mentální retardací zařazeni zpravidla vzhledem ke své intelektové úrovni (IQ). Vzhledem k dnešní snaze podporovat osoby s mentálním postižením takovým způsobem, aby mohli žít běžný život srovnatelně se svým vrstevníky při respektování stejných lidských práv, jako má kdokoliv jiný, jeví se využívání tohoto modelu jako nepřispívající k integraci osob s mentálním postižením do společnosti. Další nevýhodou využití tohoto modelu je jistě i ten fakt, že společnost na základě definice mentálního postižení, která je více zaměřená na negativa než pozitiva, vnímá lidi s mentální retardací jako děti, nehledě na jejich pokročilý věk a přirozené vývojové potřeby, které jsou ignorovány a dále, že popis omezení a nedostatků podporuje soustrastný, litující přístup k lidem s mentální retardací, který často vede až k neadekvátnímu poskytování přílišné péče.

Druhým modelem je popisný model, který se snaží předcházet negativním jevům, které vyplývají z používání diagnóz k popisu člověka tzv. „nálepkování“ - „labeling“ a to zejména stigmatizaci, budování předsudků a zjednodušenému vnímání člověka.

Tento model se cíleně vyhýbá užívání pojmu „mentální retardace“ a pokud je to nutné mluví raději o lidech s mentální retardací, než o „mentálně retardovaných“, jako zdůraznění faktu, že na prvním místě bychom vždy měli zdůrazňovat člověka a teprve poté jeho postižení či onemocnění. Použití tohoto modelu nelze nějak systematicky zachytit, ve svých definicích jej však často uvádějí občanská sdružení či jiné skupiny, která s lidmi

s tímto postižením pracují a spojuje je snaha vidět na prvním místě člověka v kontextu běžného života a každodenních činností.

Definice občanských sdružení se zpravidla opírají o anglický termín „learning disability“ či „learning difficulty“, který můžeme volně přeložit jako „nepružnost učení“ a který se v anglicky hovořících zemích mnohdy používá zástupně k termínu „mentální retardace“. Tyto modely se snaží konkrétně a věcně popsat, v čem se mentální retardace projevuje v běžném každodenním životě a jaký v něm má význam.

Osoba s mentálním postižením by dle tohoto modelu mohla být popsána jako osoba, která má oproti většině lidí tendenci k pomalejšímu učení a může se obtížněji vyrovnávat s úkoly každodenního života, jako je zacházení s penězi, čtení, psaní, oblékání nebo prezentace svých vlastních názorů a přesvědčení. V důsledku obtížného učení může tato osoba postrádat sebevědomí, některé sociální dovednosti a může se hůře přizpůsobovat se změnám.

Občanská sdružení a různé zájmové skupiny, zabývající se podporou osob s postižením, přispívají tímto pojetím k šíření osvěty ve většinové populaci a bojují tak proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentálním postižením. Pro osoby s mentálním postižením se jako stigmatizující jeví také prezentování osob s mentálním postižením jako lidí se speciálními potřebami. Toto pojetí logicky implikuje, že tito lidé mají nějaké „odlišné“ či „jiné“ potřeby, které lidé bez postižení nemají. Jak však uvádí Dolejší (1973, str. 31) „člověk se i přes svou mentální retardaci nemůže vymykát všeobecným psychologickým zákonitostem“. Člověk s mentální retardací tedy nemůže mít a nemá jiné potřeby, než člověk bez postižení, neboť základní lidské potřeby

jsou univerzální. Liší se pouze způsob jakým své potřeby uspokojují a to obvykle s ohledem na jejich osobní možnosti, vloh, sociální podmínky, ve kterých žijí a vývojové stádium, ve kterém se nacházejí. Není tedy divu, že lidé, kteří vyrůstají ve speciálním prostředí, si také naleznou speciální způsoby, jak své základní lidské potřeby uspokojovat nebo jak čelit jejich neuspokojení.

Vzhledem k integraci lidí s mentální retardací do běžné společnosti se jako nejvhodnější model mentální retardace jeví ekologický model, jak jej prosazuje Americká asociace pro intelektové a vývojové znevýhodnění (od 1.1.2007 American Association on intellectual and developmental disabilities dříve American Association on Mental Retardation - AAMR). Označení osob s mentálním postižením jako osob s intelektovým a vývojovým znevýhodněním se jeví jako méně stigmatizující a podporující integraci těchto osob do společnosti. Jak však uvádí šéfredaktor časopisu Intellectual and developmental disabilities (Dříve časopis Mental retardation) Dr. Steven J. Taylor „*Každý kdo věří, že jsme konečně našli bezvadné vyjádření se mylí, jsem si jistý, že v budoucnu shledáme tento pojem intelektové a vývojové znevýhodněné jako neadekvátní a ponižující*“.

Tento model je podle Huangy (1997) postaven na třech pilířích, jejichž popis je nutný k pochopení konkrétního člověka s mentální retardací.

Prvním z těchto pilířů jsou kompetence (capabilities), které tento člověk má a které jsou popisem toho, co jedinec dokáže, co umí a zejména toho, jaké jsou možnosti jeho budoucího rozvoje. K tzv. pozitivní diagnostice, ve které se popisují jedincovy silné stránky je zde navíc připojen také odhad možností v rozvoji jedince v souvislosti s následujícími dvěma pilíři.

Druhým pilířem je prostředí (environment), které určuje podmínky, ve kterých člověk s mentální retardací bude žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními lidmi.

Třetím pilířem je pak fungování (functioning), které je definováno jako stupeň podpory, kterou člověk s mentální retardací potřebuje, aby mohl ve výše definovaném prostředí úspěšně žít a tedy „fungovat“. V rámci tohoto pilíře se rámcově rozlišují čtyři základní stupně podpory - občasná (intermittent), omezená (limited), rozsáhlá (extensive) a pervazivní (pervasive). Tyto stupně podpory však nemusejí nutně korespondovat s klasifikací mentální retardace v rámci limitačního pojetí (tj. lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou), ale mohou se měnit vzhledem k prostředí, ve kterém se člověk s mentální retardací pohybuje.

Člověk s lehkou mentální retardací může například potřebovat vyšší míru podpory při zácvičku v náročnější pracovní činnosti, než člověk s těžším postižením, v jehož možnostech byla rychlá a dobrá adaptace na méně náročnou pracovní činnost.

Vzhledem k faktorům lidského vývoje a schopnosti učit se a osvojovat si nové dovednosti, je také vhodné navrhnout do tohoto modelu ještě čtvrtý pilíř - čas, který bychom mohli definovat jako období, po které je určitý stupeň podpory poskytován.

V nedávné době byla Americkou asociací pro mentální retardaci vydána standardizovaná škála („Supports Intensity Scale“), která měří právě míru podpory, kterou člověk potřebuje, aby mohl žít v běžném prostředí. Diagnostika mentální retardace může být, tedy kromě měření inteligence a posuzování adaptivního chování obohacena ještě o měření a popsání potřebné míry podpory,

která je pro sociální práci s lidmi s mentální retardací velmi dobře prakticky využitelná.

Výhodou tohoto modelu je kromě praktické využitelnosti s ohledem na integrační tendence také to, že zdůrazňuje interakční povahu mentální retardace mezi jedincem a prostředím. Z tohoto úhlu pohledu získávají tíživé a často se objevující otázky typu „Mohou tito lidé pracovat na běžném pracovišti?“, „Mohou žít samostatně?“, „Mohou žít sexuálně?“, „Mohou mít děti?“, novou dimenzi a předmětem úvah již není, zda-li lidé s mentální retardací vzhledem ke svým možnostem a intelektu něco mohou a něco nemohou, či zda na něco mají či nemají právo, ale za jakých podmínek a v jakém prostředí mohou své možnosti naplnit, jakou podporu jim k tomu musíme poskytnout a jak dlouho jim ji bude nutné poskytovat. Zjistíme také, že je řada věcí, které dělat nemohou. Nesouvisí však tolik s jejich omezeními intelektu či adaptivním chování, ale s tím, že jim prozatím nedokážeme vytvořit vhodné prostředí, ve kterém by své možnosti mohli realizovat a poskytnout jim dostatečnou podporu, kterou k tomu potřebuje.

2.2. Klasifikace mentální retardace.

Ačkoliv je využití klasifikace mentální retardace, jak již bylo výše zmíněno pro osoby s mentálním postižením nepřilíš prointegrační, je v České republice stále hojně využívaným modelem. Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. Psychologové se neshodují v tom, zda inteligence je jednotná vlastnost, kterou už nelze dále analyzovat, či zda se jedná o komplex jednodušších schopností. Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením

úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.

(Švarcová, 2006) Klasifikace mentální retardace tedy vychází ze zjištěné úrovně rozumových schopností. Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí. Při její klasifikaci se v současné době 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

Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)

Tato úroveň mentálního postižení bývá charakterizována schopností využívat řeč účelně v každodenním životě, i když je vývoj řeči opožděný ve srovnání s jedinci bez postižení.

Většina osob s lehkou mentální retardací dosáhne úplné nezávislosti v péči o vlastní osobu (stravování, oblékání, hygienické návyky) a také v praktických životních dovednostech (samostatné bydlení, výkon jednoduchých zaměstnání). V prostředí, ve kterém je kladen malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentálního postižení činit závažnější problémy. Důsledky plynoucí z mentálního postižení se však projeví pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, tzn. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky rodinného života, výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a

udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění bydlení, zdravotní péče apod. Hlavní obtíže se obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Výchova a vzdělávání by měly být zaměřeny na rozvíjení dovedností a kompenzování nedostatků.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální obtíže osob s lehkým mentálním postižením bližší potřebám, které mají jedinci bez postižení, než specifickým problémům osob se střední a těžkou mentální retardací.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsii, poruchy chování nebo tělesná postižení.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F 71)

U těchto osob je myšlení a řeč výrazně opožděné oproti populaci bez postižení. Podobně je opožděna také schopnost sebeobsluhy a zručnosti.

Vzdělávání žáků se středním mentálním postižením je soustředěno na oblast zvládnutí čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy však mohou poskytnout příležitost k rozvoji omezeného potenciálu a k získání základní vědomostí a dovedností důležitých pro praktický život.

Lidé se středním stupněm mentálního postižení často potřebují podporu chráněného prostředí po celý život. Co se týče pracovního uplatnění daří se tyto osoby zaměstnávat v chráněných dílnách jednoduchou manuální prací. Jednotlivé úkoly však musí být strukturovány a na jejich plnění musí být odborně dohlíženo. Lidé se střední mentální retardací však bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, většina z nich je schopna navazovat běžné kontakty se svým okolím, komunikovat s ostatními a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině obvykle nalezneme rozdíly ve schopnostech a dovednostech. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Také úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jedinci dokáží jednoduše konverzovat, zatímco jiní mají problémy dorozumět se s okolím o svých základních potřebách. Někteří jedinci se nenaučí mluvit nikdy, i když rozumí verbálním instrukcím a používají gestikulaci či další formy neverbální komunikace k částečnému kompenzování neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny osob se střední mentální retardací lze zjistit dětský autismus či jiné vývojové poruchy, které se výrazně podílejí na celkovém obrazu jedince a způsobu jednání s ním. U tohoto stupně mentálního postižení se často vyskytují tělesná postižení, neurologická onemocnění - zejména epilepsie. Někdy také různá psychiatrická onemocnění, která je ovšem obtížné diagnostikovat, zejména vzhledem k omezení možnosti komunikovat s klientem a diagnostika je tak často závislá na informacích blízkých osob tohoto klienta.

Těžká mentální retardace, IQ 20-37 (F 72)

Osoby s tímto typem mentálního postižení jsou si co se klinického obrazu, přítomnosti organické etiologie a přidružených stavů týče, podobné s osobami se středním typem mentální retardace. Snížená úroveň rozumových schopností je však v této skupině mnohem výraznější. Většina osob s těžkou mentální retardací trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje centrálního nervového systému.

Výrazné opoždění psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku. I když možnosti vzdělávání a výchovy těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče a podpora, může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20 (F 73)

Osoby s tímto typem mentálního postižení jsou převážně odkázány na péči jiných osob i v těch nezákladnějších životních úkonech. Schopnost porozumění požadavkům či instrukcím a vyhovění jim je rovněž velice omezena. Většina osob je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Schopnost pečovat o své základní potřeby je u těchto osob nepatrná či žádná, bývají proto odkázány na stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou dnes velmi omezené.

Chápání a používání řeči je zpravidla omezeno jen na reagování na zcela jednoduché požadavky, při vhodném dohledu a vedení je možné dosáhnout, aby se člověk s tímto druhem mentální retardace podílel malým dílem na praktických sebeobslužných dovednostech.

Ve většině případu lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté a to především u mobilních osob jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie mentální retardace bývá používána v případě kdy stanovení stupně intelektové retardace není, podle obvyklých metod možné, a to zejména pro

přidružení senzorických či somatických postiženích. Zejména u osob nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Zařazení do této kategorie se používá u osob s mentálním postižením, pokud chybí dostatek informací, aby bylo možné zařadit osobu do jedné z výše uvedených kategorií.

Uvedená klasifikace mentální retardace již neobsahuje kategorii Mírná mentální retardace, IQ 69-85), která byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna. Toto snížení rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet. Bývá zapříčiněno jinými faktory zejména genetickými a sociálními. (Švarcová, 2006) „Osoba u které došlo k zaostávání rozumového vývoje z jiných příčin než je poškození mozku (např. sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady atd.) se nepovažuje za mentálně postiženou“.

2.3.Etiologie mentální retardace

(Miller, Valenta, 2003) Příčiny mentálního postižení bývají rozlišovány dle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních (endogenních), které jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jedná se tedy o genetické příčiny, či vnějších (exogenních) příčinách . Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální postižení, působí od početí, v průběhu celého těhotenství, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou být pouze činiteli, kteří spouští projevy geneticky zakódované patologie nebo modifikují její průběh.

Exogenní faktory dále dělíme, dle období působení na prenatální, perinatální a postnatální.

V prenatálním období působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli vlivy dědičné neboli hereditární. Do hereditárních vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci, ale také ty vlivy, které zapříčiní, že dítě zdědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti. Zde je namístě podotknout, že intelektové předpoklady narozeného dítěte nejsou matematickým průměrem inteligence biologických rodičů, v tomto ohledu působí tendence tzv. regrese ke středu (tj. k průměru populace), kdy inteligence dítěte vysoce inteligentních rodičů je statisticky nižší než u rodičů, a naopak inteligence dítěte rodičů se subnormální inteligencí je zase vyšší. Převažujícím faktorem podílejícím se na vzniku mentálního postižení jsou specifické genetické příčiny. Vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy..) a některé neznáme, dochází k mutaci genů na úrovni aminokyselin, k aberaci chromozómů či změnám v jejich počtu (geonomové mutace). Do této kategorie spadá velká skupina (zhruba 21% etiologií mentální retardace) recesivně podmíněných poruch zahrnujících většinu dědičných metabolických onemocnění typu fenylketonurie (jedna z mála příčin mentální retardace, kterou lze včas diagnostikovat a speciální dietou riziko vzniku mentálního postižení eliminovat), galaktosemie, homocystinurie atd. Největší skupinu příčin mentální retardace však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozómů, zvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozómů namísto běžného páru) - nejznámější a nejrozšířenější z této skupiny je trizomie 21 chromozomu (23% mentálních retardací), která způsobuje Downův

syndrom. Poměrně rozšířené jsou také změny v počtu pohlavních chromozomů, např. trizomie XXY v případě Klinefelterova syndromu, těžká mentální retardace je spojena s Lesch-Nyhanovým syndromem atd.

Další skupinu prenatálních vlivů tvoří tzv. enviromentální faktory a onemocnění matky během těhotenství. Přičemž platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější následky má na zdraví dítěte. Patří sem např. onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplasmóza, otravy olovem a přímou intoxikací embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky, její nedostatečnou výživu. Na vznik mentální retardace může působit také nedostatek plodové vody (oligohydromnion), vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie). Objevují se názory, že i prenatální deprivace (např. silně nechtěné dítě) se může projevit na duševním zdraví ještě nenarozeného dítěte.

Perinatální příčiny

Perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobného poškození mozku, kdy nedošlo k rozsáhlejší lézi jako např. u dětské mozkové obrny - cerebrální infantilní parézy). K dalším perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, také nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka - při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu Rh faktorů matky a dítěte)

Postnatální příčiny

Na vzniku mentálního postižení po narození dítěte může působit řada vlivů. Např. zánět mozku způsobený

mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningoencefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku. Mentální postižení poměrně často vzniká na základě kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti, nebo dokonce zanedbanosti. Jedná se obvykle o děti, podobně postižených rodičů, jejichž intelektová i vzdělanostní úroveň je nízká. Tito rodiče své děti ovlivňují nepříznivě dvojnásobným způsobem - předávají jim horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností, nejsou schopni jim poskytnout přiměřenou výchovu, protože na ni sami (Vágnerová, 2004) „intelektově nestačí. Takovéto prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů (v komparativních studiích jednobuněčných dvojčat se objevuje pokles až o 40 bodů) s tím, že pokud dojde včas k saturaci těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit.

Výzkum příčin mentální retardace není zdaleka ukončen, dle K. Matulaye (in Švarcová, 2006)) všechny dosud známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentální retardace, zejména v pásmu lehkého poškození má neznámý původ. Další vývoj zejména v oblasti diagnostiky - používání počítačové tomografie by měl do budoucna vést k odhalování těchto doposud neznámých příčin a jejich prevenci.

Zřejmě každá rodina, ve které se narodí dítě s mentálním postižením si klade otázku jaká je příčina tohoto postižení. Bylo by však chybou pátrat po příčinách mentálního postižení tam, kde medicína dosud nezná odpověď. Stejně tak se jeví jako neefektivní hledat viníka postižení dítěte, tam kde žádný viník není a vina neexistuje. Pro rodinu postiženého dítěte je důležité

zaktivizovat společně síly v péči a podpoře svého dítěte bez ohledu na příčinu a vinu.

2.4.Diagnostika mentální retardace

(Švarcová, 2006)) Diagnostika mentální retardace je dlouhodobý proces, vyžaduje zkoumání dítěte z hlediska biologického, psychologického i sociálního. Na základě stanovené diagnózy lze volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte s postižením a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte. Diagnostická vyšetření musí vycházet z faktu, že mentální postižení je charakterizováno snížením schopnosti adaptace jedince s mentálním postižením. Dítě s mentálním postižením se obtížně přizpůsobuje novým podmínkám, těžko se orientuje v novém prostředí a nespolehlavě navazuje kontakt s neznámými osobami. Tyto skutečnosti se tedy rozhodně podílejí na výkonech, které dítě v různých zkouškách a testech, sloužících pro stanovení diagnózy podává.

Jak uvádí I. Švarcová (2006), přesné vymezení hodnot IQ, zvláště okolo hranic jednotlivých pásem mentálního postižení, je dle diagnostických zkušeností velice problematické. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, proto lze při opakovaných vyšetřeních získat i dosti odlišné výsledky. Záleží při tom na časovém odstupu, momentální psychické dispozici testované osoby, formě kladení otázek a často je výsledek ovlivněn kvalitou testu jeho konstrukcí, vhodností pro osobu s mentálním postižením. Proto je velice důležité se při diagnostice osob s mentálním postižením těmito faktory zabývat a zjištěné výsledky pravidelně prověřovat.

Při posuzování dítěte se sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková percepce,

sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky. Z tohoto důvodu není diagnostika pouze úkolem psychologie nebo medicíny, důležitou roli hrají i rodiče dítěte a školní prostředí. Kromě diagnostických přístupů se využívá také přístup kasuistický. Kasuistika zachycuje konkrétní podrobné hodnocení jednoho případu. Umožňuje tak hlubší posouzení jeho vývoje a zachycení různých činitelů, které vývoj ovlivňují, případně vytvoření prognózy dalšího vývoje. Jako nejlépe vypovídající se tedy jeví kombinace obou těchto přístupů.

3. Přístup k osobám s mentálním postižením u nás a v zahraničí

Sexualita je integrální součástí osobnosti a výchova v této oblasti je přirozeným právem každého z nás, ne všichni vychovatelé jsou schopni sexuální projevy člověka s mentálním postižením akceptovat. Mnozí z nich chápou probouzející se sexualitu jako komplikaci, mají zábrany a obavy o ní hovořit. Svými postoji tak často brání přirozenému procesu dospívání a osamostatňování se, čímž může u osob s mentálním postižením vznikat citová a sexuální frustrace a také velká sociální nezkušenost.

(Kozáková, 2004) V dřívějších obdobích byla pro osoby s mentálním postižením zcela běžně zřizována velká ústavní zařízení, která neměla ani v nejmenším ráz rodiny a kam bývali umísťováni muži a ženy odděleně. Typický byl oddělený život, oddělená práce, bydlení. Pokud nastaly nějaké „problémy“ v oblasti sexuality, bývaly „řešeny“ s pomocí léků, ergoterapie apod. Většinou nebyla realizována žádná sexuální výchova, převažujícím postojem byla eliminace sexuality klientů s mentálním postižením.

I v dnešní době se můžeme setkat s nekoedukovanými zařízeními. Není pochyb, že život člověka v takovém zařízení nemá nic společného s běžným životem, srovnatelným s životem klientova vrstevníků. Tento typ zařízení zcela jistě neakceptuje moderní tendence a filozofii humanizace, normalizace a deinstitucionalizace ústavní péče. V těchto zařízeních žije společně i více než 50 lidí s postižením. V takových podmínkách lze i přes veškerou snahu personálu, zprostředkovat svým obyvatelům realitu běžného života, tak jak ji znají lidé bez mentálního postižení. To se samozřejmě odráží i v realizaci sexuální výchovy lidí s mentálním postižením.

Klientům chybí běžné zkušenosti ze soužití obou

pohlaví, přirozené podněty k získávání prožitků a poznatků významných pro rozvoj pohlavní identity. Pracovníci nekoedukovaných zařízení jsou mnohdy přesvědčeni o tom, že společný život mužů a žen by přinesl nečekané problémy např. narušení denního režimu, problémy s antikoncepcí, nežádoucím otěhotněním apod. To, že jsou tito lidé trvale citově deprivováni, sexuálně frustrováni nebo volí náhradní autoerotické či homosexuální praktiky, bývá většinou bagatelizováno.

Zkušenosti z koedukovaných zařízení naopak ukazují, že společný kontakt obou pohlaví přináší spíše pozitiva - pomáhá lépe zvládat požadavky společenského života, vede ohleduplnosti, k pokroku v sebeobsluze, v péči osobní hygienu apod.

Každý člověk, tedy i s různým typem zdravotního postižení, touží po blízkosti druhé osoby, po užším vztahu, než je kamarádství nebo přátelství. Naplnění této touhy po partnerovi opačného pohlaví bývá v nesmíšených ústavech velice složité. Se svými chlapci/dívkami se klienti většinou setkávají pouze na různých akcích jako jsou diskotéky, výlety, zájezdy a rekreace (kde se seznamují a zamilují) a s koncem té či oné akce končí i společně strávené chvíle a zbývají jenom vzpomínky, dopisování a čekání na některou z dalších takovýchto akcí.

V nekoedukovaných typech zařízení se většinou nesetkáme s plánovitě prováděnou sexuální výchovou, nebývá totiž vnímána jako důležitá součást výchovy. Zároveň se stává i mnohem méně přirozenou. Je těžké vychovávat klienty k tomu, jak se mají chovat k opačnému pohlaví či v partnerském vztahu, když nemají možnost tyto poznatky realizovat v praxi.

V současné době dochází ke snaze zkvalitňovat životní podmínky osob s mentálním postižením, což se také

odráží i do oblasti partnerství a sexuální výchovy.

Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením se přesouvají od eliminace k toleranci až po přijetí a kultivaci. Přesto, že se situace takto mění, nemůžeme jednoznačně říci, že oblast sexuality a partnerství je v ústavních zařízeních zcela uspokojivě řešena. V některých ústavech je ještě dnes partnerství nemožné, častá je rovněž tabuizace tématu a mnoho přetrvávajících předsudků. Dalším z problémů jsou minimální vzdělávací možnosti v této oblasti a nedostatek kvalitní literatury.

Oblastí, která je v přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením velice problematická jsou předsudky. Poměrně často se lze setkat s tvrzením, že osoby s mentálním postižením mají zvýšený (někdy naopak snížený) sexuální pud. Donedávna přetrvával názor o hypersexualitě jedinců s mentálním postižením, že zapojují svoje sexuální chování na elementární úrovni kdykoliv a kdekoliv. Je však otázkou, zda bývá tento stav skutečně způsoben zvýšeností sexuálního pudu. Příčiny mohou tkvět i trochu někde jinde. Mnohdy se může jednat o reakce na podněty, které není jedinec s mentálním postižením schopen zvládnout. Rovněž tak pocit osamění a frustrace mohou být v pozadí. Masturbace může být reakcí na nudu nebo naopak na strach, vnitřní napětí, kdy jedinec uvolňuje tenzi právě masturbací. Může být také reakcí na skutečnost, že se jedinec nachází neustále ve stejném prostředí a se stejnými lidmi, chybí dostatečně podnětné okolí, nebo může být odezvou na nenaplnění psychických potřeb člověka.

Rovněž se nejedná jen o nedostatek kontroly a nedostatečně osvojené normy, jak bývá často uváděno. Problém můžeme spatřovat i v tom, že je klienti ústavních zařízení jsou prakticky 24hodin denně pod kontrolou a

v důsledku nedostatku soukromí mohou budit dojem zvýšeného sexuálního pudu.

Další možnou příčinou zvýšené frekvence masturbace může být i to, že některé osoby s těžším mentálním postižením nedokáží zvládnout techniku masturbace do té míry, nebo nemají dostatek soukromí k tomu, aby dospěly k uspokojení. Tudíž se nacházejí permanentně ve stavu sexuálního vzrušení, které se snaží uspokojit právě masturbací. Tento problém by někdy vyřešilo dostatečné soukromí či jednoduchá rada nebo názorná ukázka.

To s sebou přináší etický problém. Není dořešené, kdo by toto měl jedince naučit. Pohybujeme se zde na velmi tenkém ledě, kdy by takováto pomoc a podpora mohla být klasifikována jako pokus o sexuální zneužívání. To že masturbace je o přirozenou aktivitou však rovněž neznamená, že by měla být vždy a za všech okolností tolerována. Je důležité klienty poučit o tom, že masturbace patří do soukromí člověka, že je nevhodné masturbovat na veřejnosti či za přítomnosti cizích osob.

(Novosad, 2000) uvádí, že u některých osob s těžkým fyzickým či mentálním postižením je zvládnutí masturbační techniky často jediným východiskem z permanentní sexuální frustrace.

Nelze však předpokládat, že vytvořením podmínek pro masturbaci umožníme klientům plnohodnotný sexuální život. Masturbace slouží k uvolnění sexuálního napětí a nikdy nemůže nahradit plnohodnotný sexuální život. V onanii chybí duševní a duchovní rozměr lidské erotiky, která se uskutečňuje v lásce dvou milujících se osob.

Dalším z předsudků je, že sexuální potřeby osob s mentálním postižením lze utlumit fyzicky náročnou prací, že pokud má jedinec dostatek aktivit, nemyslí na tyto potřeby. Takové to tvrzení je nelogické, stejně tak

můžeme tvrdit, že takováto touha zmizí oddělíme-li obě pohlaví.

Často se také můžeme setkat s tvrzením, že člověk s mentálním postižením je stálým dítětem a že realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzejí sexuální touhy. Je však zřejmé, že sexuální touhy se u klientů projevují i bez sexuální výchovy. Zásadní rozdíl je však v tom, že pokud sexuální výchovu poskytneme, máme možnost tuto oblast nějakým způsobem ovlivnit a poskytnout lidem s mentálním postižením dostatek informací, aby si o svém sexuálním životě mohly samy informovaně rozhodovat.

Rovněž se hovoří o tom, že osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality. Je nelogické přičítat sexuální odchylky mentálnímu postižení, když jedinec nevyrůstá v homogenním prostředí a nejsou mu nabízeny všechny možnosti jako lidem bez postižení.

Dalším rozšířením předsudkem je, a to i v zařízeních, kde je přístup k sexualitě a partnerství osob s mentálním postižením velice otevřený, že součástí plnohodnotného intimního vztahu musí být i pohlavní styk. Je nutné respektovat přání a potřeby klienta a nepodsouvat a nevnucovat mu formy sexuality, do kterých nedospěl.

Některým klientům stačí líbání či psychické uspokojení z přítomnosti partnera.

3.1. Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb se sexualitou osob s mentálním postižením.

(Stočasová-Linhartová, 2004) Společnost DUHA Praha poskytuje služby dospělým lidem s mentálním postižením. Posláním společnosti DUHA je poskytovat dospělým osobám s mentálním postižením takovou podporu, aby mohly bydlet a pracovat srovnatelně se svými vrstevníky bez postižení. V současné době poskytuje více

než osmdesáti lidem s mentálním postižením tyto sociální služby - chráněné bydlení, domov Duha, Centrum denních služeb, rehabilitační dílny a podporované zaměstnávání. Systematická práce v oblasti sexuality začala v DUZe v roce 1999 seminářem zaměstnanců, který vedla Dr. Baštecká, na základě něhož vznikl v roce 2000 Protokol sexuality společnosti DUHA, který je pravidelně revidován a doplňován aktuálními problematickými oblastmi v sexualitě osob s mentálním postižením. V tomto dokumentu jsou zakotvena pravidla a postoje k sexualitě klientů společnosti DUHA. V obecné části protokolu se např. uvádí „Každý člověk, mladý, starý, s postižením nebo bez něj je sexuální bytost a má právo na prožití vlastní sexuality“. Snahou DUHy je podporovat své klienty v oblasti sexuality, tak aby ji mohli prožít způsobem, který si zvolí a který jim vyhovuje. Dále posilování právního povědomí klientů a jejich obranyschopnosti proti sexuálnímu zneužívání a špatným či traumatizujícím sexuálním zkušenostem. V dalších částech Protokolu je popsána spolupráce s klienty, jejich rodiči i se zákonnými zástupci, v oblasti mezilidských vztahů, antikoncepce, obraně proti sexuálnímu zneužívání atd. S tímto protokolem byli seznámeni všichni klienti a jejich blízcí.

V oblasti sexuality a sexuální výchovy spolupracovala s o.s. Duha Mgr. Venglářová z psychiatrické léčebny v Bohnicích, která nabídla možnost několika klientům docházet na pravidelná setkání zaměřených na rozvoj dovedností potřebných pro partnerský vztah. Další témata byla uvědomění si sebe sama, své jedinečnosti a svých práv, vnímání rolí, odlišností mezi muži a ženami, porozumění vztahům mezi lidmi, sexuální život, bezpečný sex, hygiena ve vztahu k sexu, rodičovství, antikoncepce, zodpovědnost, ochrana jedince

před sexuálním zneužíváním a vykořisťováním. Na tato pravidelná setkávání následně navázala proškolená pracovníce o.s. DUHA, která s klienty hovoří na tato témata: co je společenské chování, galantní chování, první kontakty, chování v zaměstnání, na společenských akcích dále pak kamarádství, přátelství, láska, oddělení přátelských a intimních kontaktů a naše tělo a sexuální život.

(Stočasová-Linhartová, 2004): *"Občanské sdružení DUHA také vzdělává své zaměstnance v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením, většinou formou tematicky zaměřených seminářů, týkajících se těchto oblastí: sexualita jako přirozená součást lidského života, informace z oblasti sexuální výchovy, sebeuvědomění jedince, vznik a udržení partnerského vztahu, formy sexuálního kontaktu - vhodné, bezpečné, masturbace, změna sexuality vlivem duševního onemocnění, užívání léků, dlouhodobé hospitalizace, intimní hygiena, prevence sexuálně přenosných chorob, rodičovství, antikoncepce, uvědomění si náročnosti péče o dítě, možnosti genetického vyšetření, zneužívání, rizikové situace, preventivní opatření, hranice tělesné péče a přípustné a nevhodné formy kontaktu".*

(Štěrbová, 2006)) Zdůrazňuje potřebnost systematického a jednotného přístupu k problematice sexuality osob s mentálním postižením v zařízeních poskytujících sociální služby v České republice, dále nutnost zavedení tzv. protokolu sexuality v těchto zařízeních pro naplnění práv a povinností uživatelů služeb i jejich poskytovatelů, dále zavedení odborného posouzení osob s mentálním postižením ve vztahu k jejich sexuálnímu chování (tzv. ocenění kapacity souhlasu se sexuální aktivitou, se sexuálním vyjádřením).

Vychází z poznatků ze zahraničí a ze seminářů, které v posledních dvou letech (2005, 2006) pořádala pro pracovníky ústavních zařízení a stacionářů Společnost plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) Praha. Zdůrazňuje že cílovou skupinou, která by měla mít detailní a přesné informace, jsou nejen jedinci s postižením ale také jejich rodiče či zákonní zástupci.

Ti se často tomuto cílenému vzdělávání a osvětě brání, neboť jde pro ně o silně tabuizované téma. Velmi často pak nechávají řešení této problematiky na pracovnících v oblasti vzdělávání, zdravotnictví a sociálních služeb (pedagogičtí, zdravotničtí, sociální pracovníci).

V souvislosti se Zákonem o sociálních službách a se zaváděním Standardů kvality sociálních služeb lze očekávat zvýšení zájmu o programy sexuální výchovy nejen ze strany pracovníků mající v přímé péči osoby s mentálním postižením, ale tato oblast by měla být směřována také k psychiatrům, popř. sexuologům, vzhledem ke stanovování, resp. ocenění kapacity k souhlasu se sexuální aktivitou pro osoby s mentálním postižením.

O narůstající potřebě věnovat se problematice sexuality osob s mentálním postižením svědčí i konference v r. 2004 pořádaná Pedagogickou fakultou v Hradci Králové a občanským sdružením Orfeus, na níž byli účastni odborníci a rodiče osob s mentálním postižením.

(Štěrbová, 2006) *"Zahraníční autoři zdůrazňují respektování práv dospělých s mentálním postižením, obzvláště právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny (rodičovství). Dále uznání vztahů lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektů štěstí a životní spokojenosti. Rovněž tak připustit, že dospělí s mentálním postižením v zařízeních poskytujících*

sociální služby zažívají významné vztahy intimacy, a také respektování a podpora intimních a neintimních vztahů - miní se tedy i vztahy přátelské". Tato filozofie se stává základem přístupu k sexualitě osob s postižením i u nás. Pravděpodobně se ještě budeme setkávat v České republice po určitou dobu s různými reakcemi na sexualitu osob s mentálním postižením stejně jako v minulosti v zahraničí, kde reakce byly v rozsahu od krutých represivních opatření nebo nepřítomnosti nějaké odpovědi až k přemýšlivým a respektujícím intervencím.

Filozofie a politika zařízení může poskytnout uživateli rámec rozhodování v takové míře, jak jen je svobodné rozhodování možné. Prostřednictvím interdisciplinárního týmu může být stanoveno, ve kterých oblastech je klient (uživatel) plně schopný se rozhodnout a nést odpovědnost a ve kterých oblastech není, tzn. že je potřebné stanovit rizika voleb jednotlivce a za jednotlivce.

(Štěrbová, 2006) "Interdisciplinarita je zabezpečena v zahraničí prostřednictvím the Sexuality Review Committee (SRC) - výborem sexuality, kde jsou zastoupeni mj. odborníci, kteří absolvovali trénink v oblasti lidské sexuality a problematiky mentální retardace. Výbor je odpovědný za rozvíjení stávajících znalostí a zdrojů vztahujících se k sexualitě a lidem s mentálním postižením. Provádí periodické zkoušky z „politiky“ zařízení vztažené k sexualitě osob s mentálním postižením a dalších údajů, tak, jak je požadováno protokolem sexuality. Pro komplexnější sporné otázky může být rozšířen o externí strany jako: rodiče/opatrovníky, zdravotní profesionály a klienty - advokáty nebo o představitele, kteří jsou v úzkém styku s klienty - uživateli služeb".

V oblasti sexuální osvěty u osob s mentálním

postižení lze vnímat v současné době značnou nejednotnost a nesystematičnost.

(Štěrbová, 2006) „V zařízeních poskytujících sociální služby by měl být dodržován systém poradenství tzv. P-LI-SS-IT model (úrovně sexuálního poradenství u osob s mentální retardací podle druhu a vážnosti problému). Pomůže odlišit problémy vyřešitelné osvětou od problémů, které vyžadují intenzivní terapii, tedy školeného psychoterapeuta.

Jde o 4stupňový model poradenství: Úroveň 1: P - PERMISSION (ujištění, dovolení). K intervenci úrovně 1 nemusí mít poradce žádné speciální školení v lidské sexualitě. Má-li je, není to na škodu a umožní mu to v indikovaných případech postoupit na další úroveň poradenství. Musí být seznámen s hodnotami a normami ohledně sexuality, jak jsou ustanoveny v protokolu sexuality daného zařízení.

Úroveň 2 : LI - LIMITED INFORMATION (ohraničená informace/osvěta). Pro poskytnutí informace na této rovině je již potřeba hlubší zájem o sexualitu a znalost filozofie zařízení ohledně sexuality.

Úroveň 3: SS - SPECIFIC SUGGESTIONS (specifické návrhy): Poradce musí být schopen dobře fungovat na úrovních 1 a 2, mít specifické školení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením a být schopen získat od klienta relevantní informace o jeho problému. Úroveň 3 je velmi individualizovaná, podpora klienta se většinou neomezí na jednorázové sezení, klient bude potřebovat průběžnou podporu a pozitivní zpětnou vazbu při osvojování si změn.

Úroveň 4: IT - INTENSIVE THERAPY (intenzivní terapie) - Individualizovaný léčebný program. Poradce na této rovině by měl být odborníkem v oblasti, které se problém týká. Jde o sexuálního terapeuta, psychoterapeuta, behaviorálního terapeuta (specialistu na nácvik chování),

rodinného terapeuta. Měl by mít vřled do problematiky mentálního postižení a umět komunikovat s klientem s mentálním postižením.

Zprostředkující poradce by měl být zdrojem emoční podpory pro klienta a měl by to být někdo, kdo bez problémů zvládá první tři úrovně intervence.

Ze všech čtyř úrovní intervence by měl existovat jasný písemný záznam, kde je věcně popsán problém i poskytnutá rada (ujištění, informace, návrh, terapie). Tato povinnost/odpovědnost by měla být stanovena v protokolu sexuality".

Jak bylo však bylo řečeno výše, přístup k sexualitě osob s mentálním postižením je v různých zařízení značně nesystematický. Pracovníci v přímé péči setkávají s různě jim dávanou pravomocí a odpovědností, často jim nejsou zabezpečeny ani podmínky pro supervizi. Jsou nuceni se samostatně rozhodovat, jak mají přistupovat k osobě s mentálním postižením a její sexualitě - např. nechat ji masturbovat, zakázat ji masturbaci apod., jednat s rodiči o sterilizaci, umožnit pohlavní styk, aniž by osoba byla poučena o možnostech sexuálně přenosných chorob a jejich dopadech? Někdy si pracovníci sexuálního chování u svých klientů raději tzv. nevšímají, protože nevědí jak situaci řešit anebo u nich převažuje formální přístup, devalvace klientova přání a „shození problému se stolu". U osob s těžkou a hlubokou úrovní mentální retardace jsou někde pracovníci nabádání, aby sami prováděli nácvik masturbačních aktivit u uživatele služeb (klienta), což je však v přímém rozporu s doporučeními a zvyklostmi ze zahraničí i u nás.

Situace je v zahraničí taková, že v jednom státě je klient kompetentní, v jiném ne. A u nás? Zdá se, že se to různí zařízení od zařízení...Už vůbec se v České republice neřeší problém, v jaké míře je osoba s mentálním

postižením schopna dát tzv. kvalifikovaný souhlas se sexuálním vyjádřením (sexuální aktivitou). Jsou nepoučení, někdy i odborní lékaři - psychiatři či sexuologové. Pracovník v přímé péči nemívá často absolvováno žádné školení či seminář v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

(Štěrbová, 2006) "Jsou však i ústavy sociálních péče, kdy v zařízení pracuje tým sestávající z ředitele zařízení, vedoucího vychovatele, vedoucí sestry, psychologa, kteří řeší v rámci stanoveného individuálního plánu uživatele služeb (klienta) situace vztahující se také k jeho sexualitě - osvěta, projevy, navazování vztahů k druhým klientům apod. a snaží se naplňovat P-LI-SS-IT model.

Otázka kompetence souhlasu se sexuální aktivitou je u osob s mentálním postižením stále spornou. Problémy rekrutují z neslučitelných zákonných a klinických kritériích, obtížné metody psychologického odhadu a potřeby podporovat základní lidská práva a současně chránit osoby před ublížením. Je tedy na místě, abychom byli schopni zkoumat souhlas se sexuální aktivitou a současně však je na místě definovat, co je „souhlas sexuální aktivitou“.

Ani v zahraničí nejsou jednotná kritéria pro stanovení souhlasu k sexuální aktivitě. Kennedy, Niederbuhl (2001) došli k závěru z 1000 oslovených odborníků o stěžejních kritériích pro posuzování souhlasu k sexuální aktivitě klienta s mentálním postižením, že klient :

- musí mít základní sexuální znalost,
- musí rozumět důsledkům sexuální aktivity,
- musí mít základní schopnosti, jak se ubránit - zabezpečit si bezpečí

Pro usměrnění rozhodovacího procesu a poskytnutí nástroje pro ocenění odhadu byla vytvořena škála - the Sexual Consent and Education Assessment (SCEA), SCEA je rozdělena do dvou škál : the Knowledge of Human Sexuality Scale (K-Scale) - volně přeloženo : škála znalosti lidské sexuality a na the Safety Practices Scale (S- Scale) - volně přeloženo bezpečnostní praktická škála. Položky 7 a 8 na K škále a položky od 1 do 5 na S škále jsou nezbytné pro posouzení způsobilosti a užívají se i jako zákonná kritéria.

Ostatní položky K škály (1-6) odhadují základní znalosti. Položky 9-12 pokročilejší znalosti. Tyto položky určují specifické potřeby a mohou být užity pro rozvoj individuálního plánu.

K-škála - Znalost lidské sexuality . Jedinec je dotazován a jsou užívány obrázky. Kde je to nezbytné, používají se loutky (panenky), zejména k určení správných anatomických částí.

1. Jedinec určí základní části těla.
2. Jedinec určí vlastní pohlaví.
3. Jedinec umí rozlišit mezi mužským a ženským pohlavím.
4. Jedinec pozná mužské a ženské genitálie (na obrázku).
5. Jedinec je schopen demonstrovat znalosti a základní funkce vztahující se k mužským a ženským genitáliím.
6. Jedinec demonstruje porozumění a znalosti masturbace.
7. Jedinec demonstruje znalost pohlavního styku.
8. Jedinec umí rozpoznat významné důsledky sexuální aktivity.
9. Jedinec prokáže znalost regulace porodnosti.
10. Jedinec prokáže znalost AIDS a dalších sexuálně přenosných nemocí.

11. Jedinec rozlišuje mezi vhodným a nevhodným místem pro sexuální aktivitu.

12. Jedinec chápe a má představu o nezákonné sexuální aktivitě.

S - škála - Bezpečnostní praxe - vyžadována poskytovatelem služeb.

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

V žádném zařízení v České republice není zatím systematicky určováno, v jaké oblasti a zda je klient schopen sexuálního chování (v jaké podobě), zda a jak je schopen se bránit možnému sexuálnímu zneužívání a zda sám svým chováním neobtěžuje sexuálně jiného klienta (uživatele služeb) či personál. V zahraničí se toto ocenění provádí 1x ročně.

Do systému posuzování klienta vstupuje významně úroveň sociálních dovedností. Pro klienty s mentální retardací jsou situace, kterým jsou vystavováni v rámci běžného života, obtížněji řešitelné než pro osoby bez postižení. Okolí si často neuvědomuje, že pokud není dítě s mentální retardací od dětského věku vedeno k vyjádření přání a učení se rozhodovat, což je sociální dovednost, pak je vysoké riziko, že se v jakémkoli věkovém období nebude umět dobře rozhodnout - např. v situaci sexuálního jednání a chování. Konkrétněji - bude-li požádán o souhlas v rámci sexuálního vyjádření, nebude umět

odmítnout. Nebo v opačném případě, nebude umět respektovat odmítavé vyjádření druhého člověka. To znamená, že nízká úroveň sociálních dovedností může vést k nízké sebeochraně klienta před možným zneužitím nebo obtěžováním. Pokud budou k dispozici vhodné diagnostické nástroje, bude docházet k minimu případů, kdy by bylo klientům zabráněno užívání si vzájemného sexu z důvodu, že poskytovatelé služeb nepřesně vyhodnotili touhy klientů nebo usoudili, že klientovo mentální postižení způsobuje zábranu k souhlasu.

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu Praha nabídla v letech 2005 a 2006 chybějící témata vzdělávání pracovníků sociálních služeb v zařízeních pro osoby s mentálním postižením. Staly se jednou z mála možností, jak se dozvědět blíže o sexualitě osob s mentálním postižením a protokolu sexuality.

Byly členěny do dvou na sebe navazujících částí:

1. část (8 hodin) - seznámení se základními dokumenty k lidské sexualitě; postoje k vlastní sexualitě; postoje k sexualitě klientů s mentálním postižením; informace o individuálních a skupinových plánech o sexualitě pro klienty s mentálním postižením.

2. část (8 hodin) - prohloubení informací o sexualitě osob s mentálním postižením; úrovně poradenství; Protokol sexuality v zařízení poskytující služby osobám s mentálním postižením -vždy jde o dvě nerozlučně spojené složky, a to odpovědnosti personálu a odpovědnost klienta (uživatele služeb) v oblastech: sociálně-sexuální vzdělávání, vzdělávání zaměstnanců, vzdělávání uživatelů služeb, soukromí (prostoru, osobní péče..), masturbace, intimní pomůcky a materiály, souhlas, svolení (se sexuálním vyjádřením), vrstevnické (sociální) vztahy, vzájemné sexuální vyjádření, regulace porodnosti, těhotenství a rodičovství, sexuálně přenosné

nemoci, sexuální zneužívání, sexuální obtěžování. Dále sestavení individuálního plánu psychosexuálního rozvoje pro osobu s mentálním postižením. V letech 2005 a 2006 bylo proškoleny v 1. části 189 osob, v 2.části 70 osob

3. část seminářů se zaměřením na konkrétní práci s klienty s mentálním postižením - určeno pro proškolené pracovníky, kde měli příležitost detailního seznámení s osvětovým materiálem. Materiály k přímé osvětě klientů s mentálním postižením je nutné sehnat ze zahraničí, v České republice nejsou k dispozici. (Štěrbová, Prouzová, 2006).

3.2.Výzkumy v oblasti sexuality osob s mentálním postižením

V rámci své bakalářské práce uskutečnila vychovatelka v ústavu sociální péče Jana Huliaková dotazníkové šetření mezi klienty ve spolupráci s Katedrou speciální pedagogiky Pedagogické fakulty v Brně. V ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka v Brně žije 450 klientů z toho 210 s ústavním týdenním nebo celoročním pobytem. Na Kociánku dochází nebo zde bydlí děti od tří let do ukončení vzdělávání. Skupinu dotazovaných tvořilo 21 osob, z toho 10 žen a 11 mužů ve věku od 17 do 28 let.

(Bazalová, 2004) uvádí: „Dotazník tvořilo 33 otázek, které byly zaměřeny na obecnou osobní anamnézu zkoumaných osob, na sexuální zkušenosti, podmínky pro sexuální život a názory na některé problémy úzce související se sexuální tematikou. Z vyhodnocení dotazníků vyplývá že, všichni oslovení mají kombinované vady (lehké mentální postižení a zdravotní postižení), většina z nich je spokojena s trávením volného času, celkem 10 z nich nemá žádného partnera, 5 partnerů ze zbylých 11 klientů jsou také jedinci s postižením. 16 oslovených považuje sexualitu za velmi důležitý životní prvek, sexuální zkušenosti

s partnerem má 12 osob. 2 muži a 6 žen mají náhodné pohlavní styky. 7 mužů a 4 ženy používají při pohlavním styku antikoncepci, celkem tři dotazovaní používají při pohlavním styku erotické pomůcky, nikdo z oslovené skupiny nemá sexuální zkušenosti s osobou stejného pohlaví. celkem 10 dotazovaných masturbuje, většina oslovených považuje podmínky pro sexuální život za vhodné nebo dostačující. 5 mužů a 4 ženy jsou se svým sexuálním životem spokojeni, poučení o sexu se všem osloveným většinou dostalo od kamarádů, z knih nebo z filmů (pouze jeden uvedl, že od rodičů), pouze 9 osob uvedlo, že bylo speciálně poučeno o možnostech sexuálního života. Co se týče věku při prvním pohlavním styku, 1 muž měl první pohlavní styk před 14 rokem, 4 muži mezi 15-17 rokem a 1 muž mezi 18 - 20 rokem, 5 mužů nemělo žádný pohlavní styk. Co se týče žen, 1 měla styk před 14 rokem, 4 ženy mezi 15-17 rokem, 1 žena mezi 18 - 20 rokem, 4 ženy neměly doposud pohlavní styk. Většina respondentů udává maximálně dva partnery, se kterými měli pohlavní styk, jen jedna žena uvedla 37 partnerů. Pouze jeden muž a jedna žena jsou výhradně proti pornografii, nikdo z oslovených neodsuzuje masturbaci, všichni oslovení se shodují v tom, že by bylo vhodné zřídit v ústavu specializované sexuologické poradenství, 8 mužů a 7 žen by chtělo založit rodinu".

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že klienti mají touhu účastnit se plnohodnotného života tedy i sexuálního. Chybí také dostatečná informovanost personálu ale i dalších odborníků, kteří s klienty Domova pro osoby se zdravotním postižením Kociánka spolupracují v oblasti sexuální výchovy osob se zdravotním postižením. Bylo by vhodné zřídit ve všech zařízeních poskytujících pobytové služby speciální poradenství v oblasti sexuality.

4. Dokumenty týkající se sexuality osob s mentálním postižením

Velký důraz, který je po roce 1989 kladen na dodržování lidských práv, se velmi výrazně odrazil i v postoji k lidem s mentálním postižením. V praxi však ke změnám dochází jen pomalu, zejména v oblastech, které jsou stále tak trochu tabu. A sexualita lidí s mentálním postižením takovým tabu bezesporu je. Lidem s mentálním postižením jsme sice přiznali právo žít ve společnosti, právo na vzdělávání nebo právo na riziko, co se však týče práva na udržování vztahu, možnosti projevit citové nebo sexuální potřeby či žít rodinným životem, objevuje se zde řada legislativních, morálních a etických otázek s tím spojených.

Je obecně uznávaným faktem, že osoby s mentálním postižením mají stejná práva jako kterýkoliv jiný člověk bez postižení.

Tento fakt potvrzuje celá řada mezinárodních deklarácí, chart, úmluv a jiných dokumentů, některé z nich přijala Česká republika jako závazné. Stejně tak je potvrzují zákony platné v České republice.

Tabuizovat, odsuzovat či dokonce znemožňovat sexualitu lidem s mentálním postižením je ze strany těch, kdo tak činí, jednáním protiprávním. Ačkoliv se okolí osob s mentálním postižením, jejich rodina či poskytovatelé sociálních služeb dostávají v souvislosti se sexualitou osob s mentálním postižením do často obtížných situací, na tomto faktu se nic nemění, naopak je to výzva k řešení těchto obtížných situací s cílem zajištění realizace práv na sexuální a rodinný život osobám s mentálním postižením ve stejné míře jako komukoliv z nás.

Společně s tímto faktem je také nutné si uvědomit, že klienty s mentálním postižením nelze zásadně omezovat v jejich sexualitě a sexuálních projevech, pokud nejsou tyto projevy pro společnost nebezpečné a nemají samy o sobě charakter trestného činu, případně činu jinak trestného.

Trestání mentálně postižených osob za projevy sexuality je neakceptovatelné a je v rozporu s realizací základních lidských práv.

Zaměřím se nyní na rozbor nejdůležitějších dokumentů a na to jak jsou v nich zakotvena práva, která se týkají sexuálního a rodinného života všech jedinců, tedy i osob s mentálním postižením.

4.1. Charta sexuálních a reprodukčních práv

Ingar Brüggemann Generální tajemnice IPPF:

"Charta vymezuje, jak International Planned Parenthood Federation (IPPF) chápe sexuální a reprodukční práva; vytváří také spojení mezi vyjádřením lidských práv a realitou poskytování služeb v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. Například angažovanost IPPF za právo na svobodu a osobní bezpečnost vyžaduje od všech členských asociací pro plánování rodiny uznání, že všichni lidé mají právo nebýt nuceni k těhotenství, sterilizaci a potratům. Zahrnuje rovněž jejich závazek podnikat ve spolupráci s ostatními skupinami akce, které zajistí, aby se toto právo stalo pro všechny ženy a muže, v zemích kde pracují, skutečností.

Charta byla schválena zasedáním Ústřední rady IPPF v roce 1995, na němž byli přítomni zástupci všech členských asociací pro plánování rodiny.

IPPF a její členské asociace jsou zavázány usilovat o dosažení práv zakotvených v Chartě, jak v rámci programů asociací pro plánování rodiny, tak ve spolupráci s jinými

organizacemi. Tato spolupráce má zajišťovat právo všech lidí na nejvyšší možnou úroveň sexuálního a reprodukčního zdraví a životní pohody."

V naší zemi vznikla v roce 1990 Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV). Od roku 1997 má statut plnoprávného členství v Mezinárodní federaci plánovaného rodičovství (IPPF) a plně se tedy hlásí k závazkům vyplývajícím z předkládané Charty.

Obsah charty:

Charta je rozčleněna do 12 bodů:

- Právo na život
- Právo na svobodu a osobní bezpečnost
- Právo na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace
- Právo na soukromí
- Právo na svobodu myšlení
- Právo na informace a vzdělání
- Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek a založit a plánovat rodinu
- Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti
- Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví
- Právo využívat plodů vědeckého pokroku
- Právo na svobodu shromažďování a politickou účast
- Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení

Tyto základní body jsou dále rozpracovány v detailnějších bodech. Podrobněji vypíši jen ty body, které se týkají tématu sexuality lidí s mentálním postižením.

2. Právo na svobodu a osobní bezpečnost

- Každý má právo svobodně rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž jedná s patřičným ohledem na práva ostatních.

- Každý má právo být chráněn před vnějšími faktory vyvolávajícími strach, hanbu, vinu, přesvědčení založená na mýtech a před dalšími psychologickými faktory, ovlivňujícími jeho sexuální reakci nebo narušujícími jeho sexuální vztahy.

3. Právo na rovnost a ochranu proti všem formám

diskriminace

- Nikdo nesmí být diskriminován ve svém sexuálním a reprodukčním životě, pokud jde o přístup ke zdravotní péči a/nebo službám, z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví nebo sexuální orientace, rodinného stavu, postavení v rodině, věku, jazyka, náboženského, politického nebo jiného smýšlení, národnostního či sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení.
- Každý má právo na stejný přístup ke vzdělání a informacím v zájmu zajištění svého zdraví a blaha, včetně přístupu k informacím, poradenství a službám týkajícím se sexuálního a reprodukčního zdraví a práv, bez ohledu na rasu, barvu pleti, chudobu, pohlaví, sexuální orientaci, rodinný stav, postavení v rodině, věk, jazyk, náboženské, politické nebo jiné smýšlení, národnostní či sociální původ, majetek, rod nebo jiné postavení.
- Nikdo nesmí být zahrnut do jakéhokoliv programu péče o sexuální a reprodukční zdraví, jehož důsledkem je diskriminace určité skupiny populace.
- Každý má právo na ochranu před všemi formami násilí, jehož příčinou je rasa, barva, pohlaví, jazyk, náboženské, politické nebo jiné smýšlení, národnostní či sociální původ, majetek, rod nebo jiné postavení.
- Nikdo nesmí být v průběhu života diskriminován z důvodů pohlaví, věku, sexuální orientace nebo

tělesného či duševního postižení, pokud jde o přístup k informacím, zdravotní péči či službám týkajícím se sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a potřeb.

4. Právo na soukromí

- Každý má právo vyjádřit svou sexuální orientaci, aby mohl vést bezpečný a uspokojující sexuální život, přičemž zachovává potřebný ohled na blaho a práva ostatních, bez obav z perzekuce nebo odpírání svobody, nebo společenských zásahů.

5. Právo na svobodu myšlení

- Každý má právo na svobodu myšlení a vyjadřování, pokud jde o jeho sexuální a reprodukční život.
- Každý má právo na ochranu proti restriktivnímu výkladu náboženských textů, víry, filozofií a obyčejů, jako nástrojů k okleštění svobody myšlení v oblasti péče o sexuální a reprodukční zdraví a pokud jde o další problémy.

6. Právo na informace a vzdělání

- Každý má právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajícím se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a odpovědnosti, které berou v úvahu specifika jeho pohlaví, nejsou stereotypní, a jsou sdělovány objektivním, kritickým a pluralistickým způsobem.

11. Právo na svobodu shromažďování a politickou účast

- Každý má právo usilovat o ovlivnění vlád, aby přijaly sexuální a reprodukční práva jako prioritu.

12. Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení

- Nikdo nesmí být podroben lékařským pokusům nebo výzkumu týkajícímu se sexuality nebo metod či technik regulace porodnosti, bez jeho plného, svobodného a informovaného souhlasu.

4.2. Deklarace práv mentálně postižených

Deklarace byla přijata v roce 1971 a stala se důležitým podkladem pro zavádění, revizi, inovaci a modernizaci péče o mentálně postižené na celém světě.

Sedm základních článků Deklarace:

- Mentálně postižení mají v maximální možné míře stejná práva jako ostatní lidé.
- Mentálně postižení mají právo na odpovídající lékařskou péči a na léčení, jakož i na takové vzdělání, přípravu, rehabilitaci a výchovu, které jim umožní maximálně rozvinout své schopnosti a kapacitu.
- Mentálně postižení mají právo na ekonomickou jistotu a přiměřenou životní úroveň. Mají právo vykonávat produktivní práci nebo jakékoliv jiné smysluplné zaměstnání v maximální míře svých možností.
- Mentálně postižení mají právo žít ve vlastní rodině nebo u pěstounů a podílet se na různých formách veřejného života. Rodinám, v níž postižení žijí, by měla být poskytována náležitá pomoc. Je-li nezbytná ústavní péče, měla by být poskytována v prostředí a v podmínkách blízcích se normálnímu životu.
- Mentálně postižení mají právo na kvalifikovaného poručníka k ochraně své hmotné i duchovní existence a zájmů.
- Mentálně postižení musí být chráněni před vykořisťováním, ponižováním a zneužíváním všeho druhu.

Mentálně postiženým mohou být některá či všechna práva omezena či odebrána, pokud nejsou schopni vzhledem k závažnosti postižení svá práva využívat smysluplným způsobem. V našem právu se tento institut nazývá zbavení způsobilosti k právním úkonům. Řízení o tom musí obsahovat patřičné právní záruky

proti všem formám porušení zákona. Dále se musí zakládat na zhodnocení ze strany kvalifikovaných odborníků, musí být předmětem periodické revize, což v naší právní úpravě zakotveno není, i práva na odvolání k vyšším orgánům.

4.3. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, která byla v roce 2002 iniciována Mexikem, byla přijata 30. března 2007. První den ji podepsal rekordní počet zemí - 82, což je čtyřikrát více, než je stanovená hranice pro okamžitou platnost úmluvy. Doplňkový protokol podepsalo 44 zemí. Povoluje jednotlivcům a skupinám podávat petice v případě porušení práv výboru OSN, když byly vyčerpány všechny možnosti na národní úrovni. Před podpisem úmluvy Evropská komise ustoupila od svého plánu podepsat doplňkový protokol, který zavádí proceduru podávání stížnosti v případě porušení práv upravených úmluvou. Prozatím tedy není platná v zemích Evropské unie.

Dokument obsahuje princip, že 650 milionů lidí na světě, kteří trpí zdravotním postižením, by mělo požívat stejných práv jako normální lidé. Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.

Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

Pro účely této úmluvy:

„komunikace“ zahrnuje řeč, zobrazení textu, Braillovo písmo, dotekovou komunikaci, velké písmo, přístupná

multimediální zařízení, jakož i psaný jazyk, zvukové systémy, jednoduchou formu řeči, digitalizovaný hlas a augmentativní a alternativní způsoby, prostředky a formáty komunikace, včetně dostupných informačních a komunikačních technologií;

„jazyk“ zahrnuje mluvenou a znakovou řeč a další formy nonverbální komunikace;

„diskriminace na základě zdravotního postižení“ znamená jakékoli činění rozdílu, vyloučení nebo omezení provedené na základě zdravotního postižení, jehož cílem nebo důsledkem je narušit nebo zrušit uznání, užívání nebo uplatnění, na rovnoprávném základě s ostatními, všech lidských práv a základních svobod v politické, hospodářské, sociální, kulturní, občanské nebo jiné oblasti. Zahrnuje všechny formy diskriminace, včetně odepření přiměřené úpravy; „přiměřená úprava“ znamená nezbytné a odpovídající změny a úpravy, které nepředstavují nepřiměřené nebo nadměrné zatížení, a jsou prováděné, pokud to konkrétní případ vyžaduje, s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními.

Úmluva je založena na následujících zásadách:

- respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob
- nediskriminace
- plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti
- respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součástí lidské různorodosti a přirozenosti
- rovnost příležitostí

- přístupnost
- rovnoprávnost mužů a žen
- respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity

Článek 5

Rovnost a nediskriminace

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, se zavazují zajistit a podporovat plnou realizaci všech lidských práv a základních svobod všem osobám se zdravotním postižením bez jakékoli diskriminace na základě zdravotního postižení. Za tímto účelem se státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zavazují:

- přijmout veškerá odpovídající legislativní, administrativní a jiná opatření pro provádění práv uznaných v této úmluvě
- přijmout veškerá odpovídající opatření, včetně opatření legislativních, s cílem změnit nebo zrušit existující zákony, předpisy, zvyklosti a praktiky, které jsou zdrojem diskriminace vůči osobám se zdravotním postižením
- zohlednit ochranu a podporu lidských práv osob se zdravotním postižením ve všech politikách a programech
- zdržet se jakéhokoli jednání nebo postupu, jež je v rozporu s touto úmluvou a zajistit, aby veřejné orgány a instituce jednaly v souladu s touto úmluvou
- přijmout veškerá odpovídající opatření k odstranění diskriminace na základě zdravotního

postižení ze strany jakékoli osoby, organizace nebo soukromé firmy

- provádět nebo podporovat výzkum a vývoj univerzálně navrhovaných výrobků, služeb, vybavení a zařízení podle definice v článku 2 této úmluvy tak, aby vyžadovaly minimální přizpůsobení a náklady při uspokojování specifických potřeb osob se zdravotním postižením, podporovat jejich dostupnost a využití a podporovat zařazení univerzálního designu do vytvářených norem a směrnic
- provádět nebo podporovat výzkum a vývoj a podporovat dostupnost a využití nových technologií, včetně informačních a komunikačních technologií, kompenzačních pomůcek, zařízení a podpůrných technologií vhodných pro osoby se zdravotním postižením a upřednostňovat technologie za dostupnou cenu
- poskytovat osobám se zdravotním postižením přístupné informace o kompenzačních pomůckách, zařízeních a podpůrných technologiích, včetně nových technologií, jakož i o jiných formách pomoci, podpůrných službách a zařízeních
- podporovat školení odborníků a zaměstnanců, kteří pracují s osobami se zdravotním postižením, o právech uznaných v této úmluvě, s cílem zlepšit poskytování pomoci a služeb zaručených těmito právy
- Při vytváření a uplatňování legislativy a politik za účelem provádění této úmluvy, stejně jako při rozhodování o dalších otázkách týkajících se osob se zdravotním postižením, budou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, konzultovat osoby se zdravotním postižením, i děti se zdravotním

postižením, a budou s nimi aktivně spolupracovat prostřednictvím jejich reprezentativních organizací

Nic co je řečeno v této úmluvě nemá dopad na ustanovení, která ve větší míře napomáhají realizaci práv osob se zdravotním postižením a která mohou být obsažena v právním řádu státu, který je smluvní stranou této úmluvy, nebo v mezinárodním právu, jenž je pro takový stát závazné. V žádném státě, který je smluvní stranou této úmluvy, nelze omezovat nebo porušovat kterékoli ze základních lidských práv a svobod uznaných nebo existujících v tomto státě na základě zákona, úmluv, předpisů nebo zvyklosti pod záminkou, že tato úmluva uvedená práva nebo svobody neuznává, nebo je uznává v menším rozsahu.

Článek 6

Ženy se zdravotním postižením

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že ženy a dívky se zdravotním postižením jsou vystaveny mnohonásobným formám diskriminace, a přijmou vhodná opatření, aby jim zajistily plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod. Přijmou veškerá příslušná opatření k zajištění plného rozvoje, pokroku a posilování postavení žen, aby jim zaručily uplatnění a užívání lidských práv a základních svobod stanovených touto úmluvou.

Článek 7

Děti se zdravotním postižením

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá nezbytná opatření, aby dětem se zdravotním postižením zaručily plné užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními dětmi. Při jakékoliv činnosti týkající se dětí se zdravotním postižením musí být předním hlediskem

nejlepší zájem dítěte. Dětem se zdravotním postižením, je na rovnoprávném základě s ostatními dětmi, zaručeno právo svobodně vyjadřovat své vlastní názory ve všech záležitostech, které se jich dotýkají, přičemž se jejich názorům musí věnovat náležitá pozornost odpovídající jejich věku a zralosti, a při realizaci tohoto práva jim poskytují pomoc přiměřenou jejich postižení a věku.

Článek 8

Zvyšování povědomí

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, se zavazují přijmout okamžitá, účinná a odpovídající opatření s cílem:

- zvýšit povědomí v celé společnosti, i na úrovni rodiny, o situaci osob se zdravotním postižením, a podporovat respektování práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením
- odstranit stereotypy, předsudky a škodlivé praktiky ve vztahu k osobám se zdravotním postižením, včetně těch, které se týkají pohlaví nebo věku, ve všech oblastech života
- podporovat povědomí o schopnostech a přínosu osob se zdravotním postižením

Článek 10

Právo na život

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, znovu potvrzují, že každá lidská bytost má přirozené právo na život, a přijmou veškerá nezbytná opatření k zajištění účinného užívání tohoto práva osobami se zdravotním postižením na rovnoprávném základě s ostatními.

Článek 12

Rovnost před zákonem

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, znovu potvrzují, že osoby se zdravotním postižením mají kdekoli právo na uznání jejich osoby jako subjektu práva. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají, na rovnoprávném základě s ostatními, právní způsobilost ve všech oblastech života.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou odpovídající opatření, aby umožnily osobám se zdravotním postižením přístup k asistenci, kterou mohou pro uplatnění této právní způsobilosti potřebovat.

S výhradou ustanovení tohoto článku, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá odpovídající a účinná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily rovné právo vlastnit nebo dědit majetek, spravovat své finanční záležitosti a mít rovný přístup k bankovním půjčkám, hypotékám a dalším formám finančních úvěrů, a zajistí, aby osoby se zdravotním postižením nebyly svévolně zbavovány svého majetku.

Článek 19

Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění a zapojení do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí, aby:

- osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními,

místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí

- osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci
- komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby

Článek 22

Respektování soukromí

Žádná osoba se zdravotním postižením, bez ohledu na místo svého pobytu nebo prostředí, ve kterém žije, nesmí být vystavena svévolnému nebo nezákonnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, či jiných typů komunikace, ani nezákonným útokům na svou čest a pověst. Osoby se zdravotním postižením mají právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.

Článek 24

Respektování obydlí a rodiny

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou účinná a odpovídající opatření k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů a k dosažení rovných podmínek s ostatními, s cílem zajistit:

- uznání práva všech osob se zdravotním postižením, které dosáhnou věku pro uzavření manželství, uzavřít sňatek a založit rodinu na základě svobodného a plného souhlasu budoucích manželů

- uznání práva osob se zdravotním postižením svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu svých dětí a jejich věkovém odstupu, stejně jako práva na přístup k věku odpovídajícím informacím, sexuální výchově a výchově k plánovanému rodičovství, a na poskytnutí nezbytných prostředků, které by jim umožnily uvedená práva realizovat
- zachování fertility osob se zdravotním postižením, včetně dětí, na rovnoprávném základě s ostatními

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zaručí práva a povinnosti osob se zdravotním postižením pokud jde o opatrovnictví, poručnictví, svěření a adopci dětí nebo obdobné instituty, jestliže existují ve vnitrostátní legislativě; ve všech případech musí být předním hlediskem nejlepší zájem dítěte. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, poskytují osobám se zdravotním postižením při plnění jejich rodičovských povinností odpovídající podporu.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí, aby děti se zdravotním postižením měly rovná práva na život v rodinném prostředí. S cílem realizovat tato práva a předcházet ukrytí, opuštění, zanedbávání a segregaci dětí se zdravotním postižením se státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zavazují poskytovat dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám včasné a komplexní informace, služby a podporu.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí, aby dítě nebylo odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, vyjma případů, kdy příslušné úřady

na základě soudního rozhodnutí a v souladu s platným právem a v příslušném řízení rozhodnou, že takové oddělení je potřebné v zájmu dítěte. Dítě nesmí být za žádných okolností odděleno od rodičů z důvodu jeho zdravotního postižení nebo zdravotního postižení jednoho či obou rodičů.

Pokud nejsou nejbližší příbuzní schopni pečovat o dítě se zdravotním postižením, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, vyvinou veškeré úsilí k zajištění náhradní péče v rámci širší rodiny, a pokud to není možné, v rámci společenství v rodinném prostředí.

Článek 25

Zdraví

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají právo na dosažení nejvýše možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám, i léčebné rehabilitaci, které jsou genderově senzitivní. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, především:

- poskytují osobám se zdravotním postižením stejnou nabídku, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním, včetně péče v oblasti sexuální a reprodukční medicíny a obecných programů v oblasti veřejného zdraví
- poskytují zdravotní služby, které osoby se zdravotním postižením, i děti a starší osoby, potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení, a to včetně včasné detekce a

intervence, pokud je vhodná, a dále služby určené k minimalizaci nebo prevenci dalšího zdravotního postižení

- poskytují zdravotní služby pokud možno co nejbližší místu bydliště dané osoby, a to včetně venkovských oblastí
- vyžadují, aby pracovníci ve zdravotnictví poskytovali osobám se zdravotním postižením péči stejné kvality jako ostatním a na základě svobodného a poučeného souhlasu; za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, mimo jiné, zvyšují povědomí o lidských právech, důstojnosti, nezávislosti a potřebách osob se zdravotním postižením prostřednictvím vzdělávacích aktivit a zveřejňováním etických norem pro státní i soukromou zdravotní péči
- zakazují diskriminaci osob se zdravotním postižením v přístupu ke zdravotnímu pojištění a životnímu pojištění, pokud toto pojištění umožňuje vnitrostátní legislativa; uvedená pojištění budou poskytována regulérním a přiměřeným způsobem
- zamezují diskriminačnímu odepření poskytnutí zdravotní péče nebo služeb nebo potravy a tekutin na základě zdravotního postižení

Článek 28

Přiměřená životní úroveň a sociální ochrana

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením na přiměřenou životní úroveň pro ně a jejich rodiny, zahrnující v to dostatečnou výživu, ošacení a bydlení, a na neustálé zlepšování životních podmínek, a podniknou odpovídající kroky, aby zabezpečily a

podpořily realizaci tohoto práva bez diskriminace na základě zdravotního postižení.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením na sociální ochranu a na užívání tohoto práva bez diskriminace na základě zdravotního postižení, a podniknou odpovídající kroky, aby zabezpečily a podpořily realizaci tohoto práva, včetně opatření:

- na zajištění rovného přístupu osob se zdravotním postižením k nezávadné vodě a vhodným a dostupným službám, kompenzačním pomůckám a další pomoci související s uspokojováním potřeb vztahujících se ke zdravotnímu postižení
- na zajištění přístupu osob se zdravotním postižením, a zejména žen, dívek a starších osob se zdravotním postižením, k programům sociální ochrany a snížení chudoby
- na zajištění přístupu osob se zdravotním postižením a jejich rodin žijících v podmínkách chudoby k pomoci od státu s úhradou výdajů souvisejících se zdravotním postižením, včetně odpovídajícího proškolení, poradenství, finanční pomoci a respitní péče
- na zajištění přístupu osob se zdravotním postižením k programům sociálního bydlení
- na zajištění rovného přístupu osob se zdravotním postižením k důchodovým dávkám a programům

5. Právní problematika sexuality osob s mentálním postižením v České republice

V předchozí kapitole byly zmíněny mezinárodní dokumenty, deklarace a úmluvy, kterými není Česká republika právně vázána. Jejich dodržování je tedy spíše otázkou morální a řada neziskových organizací tyto dokumenty v přístupu ke svým klientům využívá jako příklad dobré praxe a řídí se jimi. V této kapitole se zaměřím na platné zákony v naší zemi, které se týkají sexuality a rodinného života osob s mentálním postižením.

5.1. Listina základních práv a svobod

Listina základních práv a svobod byla přijata dne 1993 a je součástí ústavního pořádku České republiky.

V článku 1 je uvedeno, že lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. (Listina práv a svobod, 1993)

Článek 3 hovoří o zaručení práv a svobod všem bez rozdílu. Zaručuje tedy práva a svobody všem, bez ohledu na to zda se jedná o člověka s postižením či bez něj. Ale položme si otázku zda by vznikaly diskuze na téma práv osob s mentálním postižením, pokud by byl aplikován na všechny osoby bez rozdílu?

Oddíl první listiny lidských práv a svobod vymezuje základní lidská práva a svobody, mezi ta nejdůležitější týkající osob s mentálním postižením patří zejména **článek 5**, který přiznává všem způsobilost k právům. **Článek 7** zaručuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí. Omezení je možné jen v případech stanovených zákonem. Je toto právo zaručeno například v domovech pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou klienti často postaveni před nutností dodržování a přizpůsobení se podmínkám toho kterého domova a jeho domovnímu řádu? Přičemž domovy vysvětlují tuto nutnost velikostí svého zařízení a

nemožností přizpůsobovat se individuálním potřebám toho kterého klienta? Nabízí se zde otázka zda poskytovatelé pobytových sociálních služeb jsou ochotni zabývat se tímto právem a snažit se jej aplikovat do své praxe. Protože chceme-li hovořit s klienty o jejich sexualitě a možnostech sexuálního a rodinného života, musíme také hovořit o právu na soukromí a být připraveni toto právo respektovat a v poskytované sociální službě jej klientům s mentálním postižením také zajistit.

Při aplikaci dobré praxe přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením musíme rovněž respektovat **článek 10** „Každý má právo aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněné jeho jméno“ Tento článek a jeho význam nám říká mnoho o tom, jak bychom měli přistupovat ke klientovi s mentálním postižením při rozhovorech nad tématikou týkající se sexuality. Článek dále toto právo rozšiřuje na právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.

Článek 12 hovoří o nedotknutelnosti obydlí a vstupování do obydlí bez souhlasu toho, kdo v něm bydlí. Každý poskytovatel pobytových sociálních služeb si měl být vědom toho, že jeho klienti s mentálním postižením často v tomto zařízení stráví celý svůj život, bez možnosti změnit sociální službu či žít život srovnatelný se svými vrstevníky. Toto právo by tedy mělo být respektováno i u pokojů uživatelů, které jsou pro klienty takovýchto služeb jejich domovem a aby se ve svém domově mohli cítit dobře, musí vědět a mít podíl na rozhodování, kdo a za jakých podmínek smí do jejich domova vstupovat a jaká pravidla musí dodržovat. Zvláště pak platí tento fakt pro realizaci nerušeného sexuálního a partnerského života.

Řada klientů zařízení poskytující sociální služby touží mít partnera, přičemž intenzita partnerského vztahu je individuální - od korespondence s osobou opačného pohlaví, žijící například v jiném nekoedukovaném zařízení až po zahájení sexuálního a partnerského života. Zejména u klientů, kteří udržují písemný, telefonický či emailový kontakt s osobami stejného či opačného pohlaví je nutné respektovat listovní tajemství, tak jak je upravuje

článek 13. Opět nestačí toto právo jen respektovat ale také vytvořit v zařízeních poskytujících sociální služby takové podmínky a prostředí toto právo zaručující. Velmi citlivé je naplnění tohoto práva u osob, které z nejrůznějších důvodů potřebují asistenci třetí osoby při kontaktu se svým partnerem - ať se jedná od přečtení dopisu či emailu, odpovídání na dopis atd. Zde je nutný velice citlivý a etický přístup pracovníků zařízení a bylo by dobré, aby každé takového zařízení o této problematice hovořilo a věnovalo dostatečnou pozornost individuálním potřebám tohoto kterého klienta.

Hlava čtvrtá upravuje vymezuje hospodářská, sociální a kulturní práva. **Článek 32** uvádí, že rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona, také přiznává dětem a mladistvím zvláštní ochranu. Ženě v těhotenství je zaručena zvláštní péče, ochrana v pracovních vztazích a odpovídající pracovní podmínky. Velice důležitý pro přístup k rodičovství osob s mentálním postižením je **odstavec 4** tohoto článku, „Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů, děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.“ Pokud budeme k sexualitě osob s mentálním postižením přistupovat bez předsudků, musíme usilovat o to aby byli lidé s mentálním postižením informováni o všech oblastech sexuálního a

rodinného života, a to takovým způsobem a do takové hloubky, aby se mohli o svém budoucím životě rozhodovat na základě všech dostupných informací zodpovědně sami. Pokud tento fakt přijmeme, musíme být schopni respektovat, že pokud se člověk s mentálním postižením rozhodne pro to mít se svým partnerem děti, je to jen jeho svobodná volba. A naší hlavní povinností a zodpovědností je klientům s mentálním postižením záměrně nezatajovat informace ale naopak vytvářet klientům takovou atmosféru důvěry a respektu, aby se mohli na nás se svými starostmi kdykoliv obracet.

5.2. Zákon o rodině

V oblasti rodinného práva platí, jak již bylo zmíněno výše, že i lidé s mentálním postižením mají stejná práva.

Klienti s mentálním postižením často zajímá, zda i oni by mohli uzavřít sňatek a mít děti. Velice obvyklé je jejich přesvědčení o tom, že oni takovou možnost nemají. Často je toto přesvědčení podpořeno odmítavým postojem rodičů a také pracovníků zařízení, které poskytuje služby osobám s mentálním postižením. Je ovšem velice důležité aby klienti s mentálním postižením byli dostatečně a srozumitelně informováni zejména o těchto oblastech zákona o rodině:

Uzavření manželství - §1 zákona o rodině hovoří o účelu manželství jímž je založení rodiny a řádná výchova dětí. § 2 požaduje, aby snoubenci, kteří spolu chtějí uzavřít manželství, poznali před uzavřením své charakterové vlastnosti a svůj zdravotní stav, aby mohli založit manželství, které splňuje svůj účel. Osobně se domnívám, že řada manželů neuzavírá manželství jen a pouze za účelem založení rodiny. Stejně tak osoby s mentálním postižením, pokud hodlají uzavřít sňatek, by měli být rozhodně informováni o tom co je účelem

manželství, do naplnění tohoto účelu však nemohou být v žádném případě nuceni. S osobami s mentálním postižením bychom určitě měli hovořit o důkladném poznání jejich budoucího manžela či manželky, zejména se lidé s mentálním postižením mohou v průběhu manželství dostávat do situace, kdy jejich partner bude potřebovat jejich pomoc v důsledku např. kombinace tělesného a mentálního postižení. Lidé s mentálním postižením by také, stejně jako kdokoliv z nás měli se svým partnerem hovořit o plánování rodiny.

§14 Zákona o rodině uvádí, že manželství nemůže uzavřít osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům, osoba jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena může uzavřít manželství jen s povolením soudu dále manželství nemůže uzavřít osoba stížená duševní poruchou, která by měla za následek omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům. Soud však může osobě, která je stížena duševní poruchou, která by měla za následek omezení způsobilosti k právním úkonům, uzavření manželství povolit, je-li zdravotní stav osoby slučitelný s účelem manželství.

Uzavře-li manželství osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba, která trpí duševní poruchou, která by měla za následek zbavení způsobilosti k právním úkonům, vysloví soud neplatnost manželství i bez návrhu.

Před rokem 1989 bylo považováno za téměř automatické, že osoby s mentálním postižením byly zbavovány způsobilosti k právním úkonům, méně pak ve způsobilosti k právním úkonům omezování. Při podávání informací klientům s mentálním postižením, kteří jsou zbaveni či omezeni ve způsobilosti k právním úkonům bude dozajista nutné informovat klienty o možnostech navrácení způsobilosti k právním úkonům či omezení způsobilosti

k právním úkonům. Problematice způsobilosti k právním úkonům se budu podrobněji věnovat v následující kapitole.

Rodičovská zodpovědnost - §31 říká, že: "rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový a rozumový a mravní vývoj. Při zastupování nezletilého dítěte, při správě jeho jmění".

§ 32 hovoří o rozhodující úloze rodičů při výchově dětí, rodiče mají být svým osobním životem a chováním příkladem svým dětem.

§ 34 „rodičovská zodpovědnost náleží oběma rodičům. Jestliže jeden z rodičů nežije nebo nemá způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, náleží rodičovská zodpovědnost druhému rodiči“

§45 „do výchovy jen jednoho manžela je možno dítě svěřit pouze se souhlasem druhého manžela. Tohoto souhlasu není třeba, jestliže druhý z manželů pozbyl způsobilosti k právním úkonům“.

Osvojení - i lidé s mentálním postižením mají právo požádat o adopci čili osvojení dítěte a je jedině na rozhodnutí soudu, zda o osvojení rozhodne či nikoliv.

§ 64 hovoří o tom, kdo se může stát osvojitelem dítěte. Osvojiteli se mohou stát pouze fyzické osoby, které svým způsobem života zaručují, že osvojení bude pro dítě prospěšné. Osvojitelem nemůže být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům.

§ 70 „soud je povinen zjistit na základě lékařského vyšetření a dalších potřebných vyšetření zdravotní stav osvojitelů, jejich osobnostní dispozice a motivaci k osvojení a posoudit, zda se nepřičí účelům osvojení a s výsledky svého šetření seznámit osvojitele i zákonného zástupce osvojenice. Je povinen zjistit zdravotní stav osvojenice a s jeho výsledky seznámit osvojitele i zákonného zástupce osvojenice“.

Osoby s mentálním postižením, žijící v manželství či v partnerském vztahu, bez uzavření manželství, se mohou dostávat do krizových situací, kdy si nebudou vědět rady s jejich řešením. Vždy by proto měly být seznámeny s možnostmi využít služeb poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Pokud jsou však neshody mezi manželi závažné a s jejich řešením nepomohou ani odborní pracovníci, je na místě informovat klienty o možnosti rozvodu manželství. § 24 říká, že soud může rozvést manželství na návrh některého z manželů, jestliže je manželství tak hluboce a trvale rozvráceno, že nelze očekávat obnovení manželského soužití. Bere přitom v úvahu i příčiny rozvratu manželství.

Ať už se rozhodnou lidé s mentálním postižením pro život v manželství nebo pouze v nesezdaném soužití, jejich rozhodování je důležité podepřít dostatečným množstvím informací, tak aby se mohli rozhodnout na základě všech dostupných faktů a byli také konfrontováni s právy ale i s povinnostmi, které z jejich rozhodnutí vyplývají. Lidem s mentálním postižením by měla být k dispozici dostatečná podpora jak ze strany jejich rodin, tak od pracovníků v pomáhajících profesích.

5.3. Občanský zákoník a občanský soudní řád

Občanský zákoník a občanský soudní řád upravuje problematiku zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům.

Před rokem 1989, kdy jiná než ústavní péče pro lidi s mentálním postižením prakticky neexistovala, bylo zbavení způsobilosti k právním úkonům prakticky automatickým krokem. Zbavení způsobilosti k právním úkonům bylo dokonce leckde podmínkou přijetí do ústavu sociální péče.

Rybová (2007) na konferenci o lidských právech osob s mentálním postižením uvedla .., v současné době žije

v domovech pro osoby se zdravotním postižením (před účinností zákona o sociálních službách ústavech sociální péče), dle vyjádření Lucie Rybové z odboru zmocněnce vlády pro lidská práva asi 15.000 mentálně postižených. Právní způsobilosti bylo úplně nebo částečně zbaveno asi 80 procent z nich. Také řada poskytovatelů služeb sociální prevence se každý den potýká s řešením praktických dopadů zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům u svých klientů, ve vztahu k realizaci jejich práv a povinností a integraci do běžného života.

Ke zbavení způsobilosti k právním úkonům se vztahují zejména tato ustanovení občanského zákoníku a občanského soudního řádu:

§ 10 občanského zákoníku říká: „*jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí. Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změní nebo zruší, změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly*”.

Řízení o způsobilosti k právním úkonům upravuje občanský soudní řád v § 186 - 192

§ 186 „*Návrh na zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům (zbavení, omezení nebo vrácení způsobilosti k právním úkonům) může podat též zdravotnické zařízení, které je v takovém případě účastníkem řízení. Nepodal-li návrh na zahájení řízení státní orgán nebo zdravotnické zařízení, může soud uložit navrhovateli, aby do přiměřené lhůty předložil lékařské vysvědčení o duševním stavu vyšetřovaného; není-li v této*

lhůtě lékařské vysvědčení předloženo, soud zastaví řízení.

Návrh na vrácení způsobilosti k právním úkonům může podat i ten, kdo byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. Jestliže však soud jeho návrh zamítl a nelze-li očekávat zlepšení jeho stavu, může soud rozhodnout, že mu toto právo po přiměřenou dobu, nejdéle však po dobu tří let, nepřísluší" Vzhledem k tomu, že návrh k soudu může podat kdokoliv je podání návrhu lehce zneužitelné. Aby nebylo možné podávat neopodstatněné návrhy, například za účelem osobní pomsty, soud může nařídít, aby ten kdo návrh podává, doložil svůj návrh lékařskou zprávou o duševním stavu osoby. Což v praxi není možné vůbec získat. Toto ustanovení vlastně slouží k zamezení nesmyslných podání na zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům.

§ 187 „Tomu, o jehož způsobilost k právním úkonům jde, ustanoví předseda senátu opatrovníka pro řízení“. Jde o poměrně novou úpravu, ten o jehož právní způsobilost jde má právo na to, aby byl soudem poučen o tom, že si má právo zvolit zástupce, jakého uzná za vhodného. Náklady na řízení hradí stát, stejně tak náklady soudem stanoveného opatrovníka. Náklady na zastupování zvoleným advokátem si hradí klient sám. Z mě známých případů v řízení o způsobilosti k právním úkonům, vyplývá, že soudem ustanovení opatrovníci velice často klienta neosloví ke společné schůzce a vycházejí jen ze znaleckých posudků znalců v oborou psychiatrie.

Od výsledku vyšetřovaného může soud upustit, nelze-li tento výslech provést vůbec nebo bez újmy pro zdravotní stav vyšetřovaného.

„O zdravotním stavu vyšetřovaného vyslechně soud vždy znalce. Na návrh znalce může soud nařídít, aby vyšetřovaný byl po dobu nejvýše tří měsíců vyšetřován ve

zdravotnickém zařízení, jestliže je to nezbytně třeba k vyšetření zdravotního stavu". V souladu s listinou základních práv a svobod má být každý člověk, který je zbavovaný způsobilosti k právním úkonům vidět a také vyslechnut soudem. Soud by se neměl odkazovat jen na znalecké posouzení a není povinen se znaleckým posudkem řídit a to ani v případech, kdy znalec v posudku uvede, že osoba nemá být vyslechnuta, protože toho není schopna. Pokud však osoba o jejíž způsobilost se jedná není schopna vůbec komunikovat, lze od výslechu upustit, soud by měl mít důkazy o jeho zdravotním stavu.

Soud může rozhodnout, že upustí od doručení rozhodnutí o způsobilosti k právním úkonům, jestliže doručení by na adresáta mohlo, pro jeho duševní poruchu působit nepříznivě nebo jestliže adresát není s to význam rozhodnutí pochopit.

Od té doby co pracuji jako sociální pracovnice, jsem měla možnost číst řadu znaleckých posudků v řízení o způsobilosti. Všechny tyto posudky ve svém závěru uváděly, že není nutné rozhodnutí klientovi doručovat protože jej není schopen pochopit. To, že osoba s mentálním postižením je schopna pochopit jednak řízení o způsobilosti k právním úkonům a také dopady na svou osobnost, jsem si u řady klientů ověřila. Dle mého názoru je toto ustanovení usnadněním práce jak soudu tak opatrovníků z řad ustanovených soudem. Klientovi je tak vlastně znemožněno právo se proti takovému rozhodnutí odvolat, třeba s dopomocí sociálního pracovníka, protože o něm neví a také nemá možnost se k němu vůbec vyjádřit.

§ 190 „Vydaný rozsudek soud zruší, jestliže se později ukáže, že pro zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům nebyly podmínky". Může zrušit i bez návrhu, rozsudek následně zruší nebo vydá nový.

§ 191 „Náklady řízení platí stát. Lze-li to spravedlivě žádat, přizná soud státu jejich náhradu proti tomu, o jehož způsobilost k právním úkonům v řízení šlo. Ten, kdo podá zjevně bezdůvodný návrh na zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, je povinen nahradit újmy, které vyšetřovanému, jeho zástupci a státu řízením vznikly“.

§ 192 „Předseda senátu je povinen postarat se o to, aby byl ustanoven opatrovník osobám, které ho podle zákona musí mít“.

„V usnesení, kterým soud ustanovuje opatrovníka, uvede i rozsah opatrovnických práv a povinností“. Opatrovníkem osobám ve většině případů bývá ustanoven jeden z jeho rodičů. Někdy se stane, že opatrovníkem je ustanoveno zařízení, které o klienta pečuje. Toto považuji za velmi problematické a vyvolávající v řadě případů střet zájmů mezi klientem a zařízením. Dostí často se ve své praxi také setkávám s tím, že rodiče našich klientů neplní své opatrovnické povinnosti tak, jak by měli.

§ 193 „Soud dohlíží na správu majetku vykonávanou opatrovníkem a činí nutná a vhodná opatření ke zjištění a zajištění tohoto majetku“.

„Opatrovník předloží soudu po skončení zastupování závěrečný účet ze správy majetku; soud mu může též uložit, aby mu během zastupování podával pravidelné zprávy o své činnosti“.

Opatrovník se musí chovat rozumně, poctivě, hospodárně, musí předsedovi senátu složit slib, že bude dbát pokynů soudu, po složení slibu obdrží listinu - pověření k zastupování opatrovance, která slouží k prokazování.

Často se může stát, a s těmito případy jsem se již ve své praxi setkala, že od doby podání návrhu na zbavení způsobilosti k právním úkonům do zahájení řízení uplynulo

i pět let. Řada rodičů podává návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonů na základě doporučení např. úředníků sociálních odborů, okresních správ sociálního zabezpečení či psychologů a psychiatrů. Nikdo však není schopen věnovat rodičům dostatečné množství času, aby rodiče seznámil se všemi důsledky, které z tohoto institutu vyplývají. Část z rodičů, kterým se dostatečné informace dostanou již po podání návrhu, se rozhodne vzít jej zpět. V Teplicích, kde žiji a pracuji, jsem se s těmito případy již několikrát setkala. Soud v našem městě pracuje opravdu pomalu, pro některé rodiče je to však dobře - zvyšuje se jejich šance, že se k nim podrobné informace o této problematice dostanou. I proto jsem v našem občanském sdružení zorganizovala již dvě setkání pro rodiče našich klientů s právníky. Rodiče mají o toto téma veliký zájem.

Vzhledem k tomu, že do rozhodnutí soudu o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonů, je člověk, jehož způsobilost je posuzována, plně způsobilý k právům a povinnostem, existuje v případě, kdy dojde k zneužití takového člověka při vzniku právního úkonu s negativními právními následky, možnost obrátit se k soudu s odkazem na ustanovení § 38 občanského zákoníku. § 38 *„Neplatný je právní úkon osoby jednající v duševní poruše, která ji činí k tomuto právnímu úkonu neschopnou“*.

Rovněž se domnívám, že tohoto ustanovení lze použít u osob s mentálním postižením vždy, i v případě, že je tato osoba plně způsobilá, bez nutnosti použít institut zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům.

Osoby s mentálním postižením není, dle mého názoru nutné zbavovat způsobilosti k právním úkonům. Více by se současným integračním trendem korespondovalo navrácení způsobilosti k právním úkonům a hledání alternativy, jak tyto osoby chránit a přitom jim ponechat způsobilost.

Pokud mají osoby s mentálním postižením plně využívat všech svých práv a povinností, je nutné ponechat jim jejich způsobilost a poskytnout jim dostatečnou podporu při jejich samostatném rozhodování ve všech oblastech jejich života.

Zbavení způsobilosti k právním úkonům by mělo být využíváno až při vyčerpání všech možností asistence člověku s mentálním postižením v jeho běžném, s vrstevníky srovnatelném prostředí a v případech, kdy je to nezbytně nutné, usilovat, při současně platné právní úpravě, pouze o omezení způsobilosti k právním úkonům v co nejmenší možné míře.

5.4. Trestní zákoník

Oblasti sexuality osob s mentálním postižením se přímo týkají tyto trestné činy:

Omezování osobní svobody §231

Zbavení osobní svobody § 232

Vydírání § 235

Útisk § 237

Znásilnění §241

Pohlavní zneužívání § 242

Omezování osobní svobody - objektem svoboda lidského jedince ve smyslu volného pohybu. Je nerozhodné, jedná-li se o osobu dospělou, dítě či o osobu s mentálním postižením.

Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel jinému brání užívat osobní svobodu ve smyslu volného pohybu a o tomto pohybu rozhodovat. Nerozhoduje délka trvání omezení.

Zbavení osobní svobody - Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel jinému brání užívat osobní svobodu ve smyslu volného pohybu a o tomto pohybu rozhodovat. Musí jít o trvalý, nebo delší dobu trvajících, stav. Způsob provedení je nerozhodný, od fyzického násilí až po lest.

Trestný čin **vydírání** dopadá mimo jiného na jednání sexuálně motivovaná, při jehož realizaci nedochází k uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředním násilím nebo zneužití bezbrannosti. Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel jiného nutí, aby něco konal, opomenul nebo strpěl.

Útisk - objektem je svoboda rozhodování. Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel bez použití násilí využívá vztahu tísně nebo závislosti oběti. Jde o méně intenzivní zásah do svobodného rozhodování než u vydírání. Závislost je stav, n němž je oběť v určitém směru odkázána na pachatele.

Znásilnění - jde o nejzávažnější trestný čin, k jehož naplnění se vyžaduje uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředního násilí či zneužití bezbrannosti jiného. Objektem trestného činu je právo svobodného rozhodování o vlastním pohlavním životě. Obětí může být jak muž tak žena, také manželka a pachatelem její manžel. Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel buďto násilím či pohrůžkou násilí donutí jiného k souloži nebo jinému obdobnému pohlavnímu styku. Nebo k takovému činu zneužije její bezbrannosti.

Pohlavní zneužívání - objektem je v právní řadě mravní vývoj mládeže. Objektivní stránka spočívá ve vykonání soulože nebo jiným způsobu pohlavního zneužití.

Předmětem útoku je osoba mladší patnácti let bez pohledu na pohlaví může být spáchán jak v heterosexuálním tak homosexuálním vztahu. Čin je spáchán i tehdy pokud i přes snahu pachatele nedojde k jeho uspokojení.

6. Domáci násilí a osoby s mentálním postižením

6.1. Domáci násilí

Pojem domácí násilí není v našem právní řádu doposud definován a stejně tak není obsažen v žádné platné právní normě.

(Mitlöhner, 2005) „Domáci násilí je označováno jako násilné jednání, kterým dochází k nebezpečnému útoku proti životu, zdraví, svobodě nebo lidské důstojnosti, a to v bytě nebo domě společně obývaném násilnou osobou i osobou proti níž takový útok směřuje. Domácím násilím se rozumí opakované násilné jednání nebo opakované vyhrožování násilným jednáním, v důsledku kterého dochází nebo hrozí, že dojde k nebezpečnému útoku proti životu, zdraví, svobodě nebo lidské důstojnosti mezi osobami, které jsou či byli spolu v intimním, rodinném či jiném obdobném vztahu a žijí ve společně obývaném bytě nebo domě. V rámci domácího násilí lze jednoznačně identifikovat osobu násilnou i osobu ohroženou, proti níž takové útoky nebo výhrůžky směřují. Domáci násilí se především odehrává mezi blízkými lidmi, mezi lidmi, se kterými se dělíme o soukromí, kteří k sobě mají důvěru. Násilník a jeho pozdější oběť na počátku vstoupili dobrovolně do intimního vztahu, milovali se, měli k sobě velmi blízko, jsou nebo byli na sobě citově, sociálně a ekonomicky vzájemně závislí“.

6.2. Aspekty domácího násilí

(Spilková, 2005) typickým znakem domácího násilí je opakování, dlouhodobost, téměř každodenní přítomnost a postupný nárůst intenzity jednotlivých incidentů. Domáci násilí je zneužívání moci, síly a postavení. Projevuje se v různých formách ubližování, týrání a fyzického, psychického nebo sexuálního nátlaku. Násilí

může páchat muž na ženě, žena na muži, rodič na dítěti a také dítě na rodičích.

Kořeny domácího násilí lze spatřovat zejména v socializaci dítěte - dítě si vytváří názor, že násilím je možno řešit problémy a účinně prosazovat své názory, zastrašovat a trestat druhé. Dále v agresivitě - zdrojem agresivity mohou být partnerské vztahy, nemoc agresora, trvalé osobnostní založení. Toto téma je společností značně tabuizované - ve společnosti se objevují mýty např. o tom, že násilí se vyskytuje jen v problémových rodinách, násilí v rodině je soukromá věc, nikdo by se do něj proto neměl tzv. míchat, a v neposlední řadě domněnky, že ženy se pravděpodobně chtějí nechat týrat, jinak by již agresora opustily.

Příčinou mužského násilí vůči ženě je alkoholismus, „škoda každé rány, která padne vedle“ - názor, že násilí k soužití partnerů dokonce patří. Kořeny domácího násilí můžeme hledat i v nedostatečné prevenci a malé spolupráci mezi legislativou, zdravotnictvím, sociální službou, policií a dalšími složky.

Domácí násilí může mít různé projevy - fyzické násilí (facky, údery pěstí, kopance, pořezání nožem, pálení cigaretou, tahání za vlasy apod.), psychické násilí (je obtížněji identifikovatelné, oběti často vypovídají, že je takové jednání zraňuje a ponižuje. Jedná na např. o nadávky, kritizování vzhledu, ponižování doma i na veřejnosti, omezování peněz, ničení osobních věcí, sexuální násilí (zahrnuje v sobě aspekt tělesného psychického týrání, nucení k pohlavnímu styku proti vůli, i když je oběť nemocná případně menstruuje, nezájem o citové prožívání oběti). Veřejnost často nechápe, jak může oběť tak dlouho domácí násilí vydržet. Je nutné si však uvědomit, že oběť zažívá často každodenní ohrožení života, je často přesvědčena o tom, že není možné

uniknout a agresor jí také ujišťuje v tom, že se změní a násilí se již nebude opakovat.

Typickým znakem domácího násilí je jeho cykličnost. To znamená že násilí se cyklicky opakuje. Má čtyři fáze:

1. Budování napětí - v domácnosti roste pocit napětí, oběť tuší, že se něco stane a je neustále ve střehu.
2. Výbuch nebo bití - výbuch může být mírný anebo silný a může trvat několik minut i dní. Projevy jsou od bouchání dveřmi, ničení majetku, strkání, nadávání, kopání i použití zbraně.
3. Medové týdny - násilník se chová tzv. kajícně, snaží se napravit co způsobil, omlouvá se za své chování a slibuje, že se změní.
4. Popření - agresor i oběť podceňují vzniklý stav, jeden popírá jakýkoliv problém, druhý předstírá, že se nic nestalo a minimalizuje důsledky chování agresora.

Násilní příhody se opakují stále častěji a jsou stále závažnější. Postupně se nevyskytuje fáze medových týdnů. Oběť žijící v tomto neustále opakujícím se kruhu se postupně začne cítit vyčerpaná a bezmocná. Zaměřuje se na své bezpečí popřípadě svých dětí. Nezůstává jí tak dost energie na sebe a své potřeby. Oběti pak nabývají pocitu, že „ztratili samy sebe“ a přestávají být „normální“ Nevidí východisko ze svého stavu, stávají se rezignovanými a apatickými.

Oběť vyhledává dle statistických údajů pomoc až po šesti letech strádání. K tomuto kroku se rozhodne zpravidla až tehdy, když jí jde o život.

6.3. Zdravotně postižený člověk jako oběť domácího násilí.

(Venglářová, 2005) „Původcem domácího násilí na osobách s mentálním postižením může být prakticky kdokoliv z jejich okolí – členové rodiny, partneři, profesionální pečovatelé v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústavy sociální péče), kde lidé s mentálním postižením leckdy stráví celý svůj život. Jedním z faktorů, které se podílejí na vzniku násilí je extrémní zátěž pečovatelů. Na počátku péče o osobu s mentálním postižením je obtížné odhadnout míru zátěže, u některých osob s mentálním postižením dochází také v průběhu jejich života ke zhoršení zdravotního stavu. Přepřacování, sociální či zdravotní problémy zvyšují stres často až do neúnosné meze. Tím co bylo řečeno samozřejmě nelze omlouvat chování pečovatelů, ale tento fakt přispívá k pochopení mechanismu jeho vzniku.

Člověk s mentálním postižením, který se stane obětí domácího násilí prožívá velmi náročné životní situace a má velmi těžkou volbu. Oběť je na pachatele odkázána, obává se že snaha o zlepšení situace bude mít negativní dopad – pachatel se jí bude mstít. Odhalení týrání znamená změnu pečovatele – což pro řadu osob s mentálním postižením může znamenat nutnost odchodu do domova pro osoby se zdravotním postižením, nevidí možnosti lepší, nerozumí tomu, co se děje, má zhoršenou orientaci v realitě, vyjadřovat své obavy a přání“.

„Špatné zacházení“ s osobami s mentálním postižením zahrnuje:

Tělesné týrání- je vědomé způsobování fyzické bolesti, zraňování nebo fyzické omezování. Jaké mohou být varovné signály tělesného týrání? – zlomeniny, otoky, škrábance, stopy po bodnutí, popáleniny od cigarety, žehličky, kamen, kousnutí, podlitiny, stopy po opasku nebo prstech.

Emocionální, psychické týrání - je závažné svou latencí, je obtížně odhalitelné, chybí přímé důkazy. Probíhá formou výroků, sekýrování, hrozeb, odloučení od rodiny, služeb, přátel či využívané sociální služby.

Sexuální týrání - roztrhané, potřísněné nebo zkrvavené prádlo, obtíže při chůzi, sedání, infekce, bolest, svědění pohlavních orgánů.

Materiální zneužívání - nepřesné, zmatené informace o vlastních financích, nevysvětlitelná neschopnost platit účty, nerovnost mezi příjmy a výdaji, obava při rozhovoru o penězích, převádění majetku, neochota vydávat prostředky za péči, mimořádný zájem členů rodiny o majetek osoby s mentálním postižením.

Další aspekty „špatného zacházení“ jsou - opakovaná „náhodná“ zranění, postižený dochází více k lékařům, užívá léky, má pocity izolace, stěžuje si na osamělost, objevují se stížnosti, které se netýkají přesného důvodu nespokojenosti.

Psychicky či fyzicky týraný člověk vykazuje příznaky traumatu, vyskytuje se u něj:

- Zmatenost
- Strach
- Poruchy spánku
- Změna chuti k jídlu
- Nezájem o sebe, okolí
- Rezignace
- Agitovanost, úzkostné stav
- Suicidální myšlenky

Obtížně odhalitelné je zanedbávání druhou osobou, protože se nejedná o přímé poškozování tělesné či psychické integrity jedince. Při podezření na nedostatečnou péči o svěřenou osobu sledujeme zejména stav výživy, dostatek kvalitní stravy a tekutin. Péči o

zevnějšek, čistotu a kvalitu šatů a prádla, zda je vhodné pro konkrétní osobu a účel, z hlediska věku osoby či ročního období a počasí. Při takovémto podezření se osoby s mentálním postižením ptáme na její spokojenost, na trávení volného času, pravidelné využívání některé ze sociálních služeb. Všimáme si, jak dlouho bývá osoba o samotě a také v sociální izolaci.

Při kontaktu s osobou s mentálním postižením používáme citlivé a taktní dotazy ke zmapování stavu.

Nepřímé otázky:

Jaké jsou Vaše vztahy s partnerem, manželem, dětmi v rodině, popřípadě jinými pečovateli, žijícími s osobou ve společné domácnosti či s pečovateli v domovech pro osoby se zdravotním postižením?

Co dělají tito lidé, když se rozzlobí?

Říkáte, že se někdy nedovedou ovládat, jak to vypadá?

Zdá se, že se něčeho obáváte. Můžete mi o tom říci více?

Stýkáte se často se svými přáteli?

Přímé otázky:

Bojíte se manžela, syna?

Stalo se Vám, že Vás někdo bil, kopal..?

Musel(a) jste dělat věci, které jste dělat nechtěl(a)?

Pokud odpoví ano, můžeme se dále ptát zda k tomu došlo v poslední době. Řekněte mi více? Můžete se ubránit?

Cítíte se v bezpečí?

Pokud odpoví ne, reagujeme - když se Vám to někdy přihodí, můžeme vám poskytnout...

Může se stát, že klient si svou situaci přeje řešit a využije nabídky anebo si situaci řešit nepřeje a využití nabídky odmítá. Důvody pro neřešení domácího násilí jsou jednak objektivní - omezené možnosti žít samostatně a obavy z ústavní péče. Subjektivní důvody zahrnují vztah k pachateli, strach ze msty, bezmocnost oběti. Osoba s mentálním postižením má velmi nevýhodné

postavení v trestním řízení. Může působit nevěrohodně kvůli sníženým komunikačním dovednostem a nedostatečnému svědectví. Proto je velmi důležité aby všichni, kteří se podílejí na péči o člověka s mentálním postižením věnovali velkou pozornost všemu, co se kolem něj odehrává a nesoustředili se jen na kvalitní poskytnutí své služby bez ohledu na okolí klienta.

7. Sexuální zneužívání u osob s mentálním postižením

(Novosad, 2002) hovoří o tom, dosavadní zkušenosti dokládají, že osoby s postižením jsou z mnoha důvodů atraktivní pro sexuální útočníky, kteří mívají osobnostní i vztahové problémy. Někteří z nich „pouze“ využívají příležitost (zdravotní postižení oběti hraje až sekundární roli) a jiné útočníky zdravotní postižení již primárně přitahuje.

Pachatelem sexuálního zneužívání osob se zdravotním postižením jsou většinou blízké osoby tohoto člověka. Tedy někdo, kdo byl na oběť hodný, komu důvěřovala a cítila se s ním dobře, případně byla závislá na jeho péči a asistenci. K dalším specifickým rizikovým faktorům patří u osob se zdravotním postižením typ postižení či zdravotního problému. U mentálního postižení se jedná především o důvěřivost a nezkušenost v mezilidských vztazích (kdo je na mne hodný=má mne rád, odkázanost na asistenci či dohled druhé osoby, rozpor mezi vývojem pohlavních znaků a rozumovou úrovní, menší svědecká věrohodnost a snadná ovlivnitelnost, ztížené porozumění i dorozumění, fixace na známé prostředí a dezorientovanost v běžném životě).

Sexuální zneužití, napadení a jeho důsledky se v zásadě neliší u lidí s postižením a bez postižení. Liší se jen v příležitostech, motivaci průběhu činu, objektech útoku a některých osobnostních rysech pachatelů.

7.1. Specifika sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením.

(Kozáková, 2005) Rizikové aspekty spojené se sexuálním zneužíváním osob s mentálním postižením jsou zejména snížená schopnost úsudku a omezené komunikační a mentální

schopnosti jedince. Bez dostatečné sexuální výchovy nedokáže osoba s mentálním postižením posoudit míru nebezpečí, situaci mnohdy nerozumí, neuvědomuje si, že to co se jí stalo, je nepatřičné či nezákonné. Neví jak reagovat, jak se bránit, na koho se obrátit. Často si myslí, že nemá právo odmítnout zacházení, při němž je sexuálně zneužívána nebo je nucena se podvolit ze strachu, z potřeby být přijata tím, kdo ji zneužívá, nebo proto, že je na této osobě závislá.

(Kozáková, 2005) "výzkumy předpokládají, že 97-99% těch, kteří zneužívají, jsou lidé, které oběť zná a kterým důvěřuje". Například členové rodiny, známí, domácí ošetřovatelé, zajišťovatelé dopravy, osobní asistenti, pracovníci v zařízeních, které člověk s mentálním postižením navštěvuje. Lidé s mentálním postižením často pochybují o nepatřičnosti jednání rodiče, vychovatele či jiné blízké osoby, nebývají však zvyklí pochybovat o těch, kteří jim pomáhají či kteří o nich dokonce rozhodují (v případě zbavení způsobilosti k právním úkonům)

Ještě specifičtější riziko ohrožení bývá u osob s mentálním postižením vyrůstajících v kolektivních zařízeních. Zde se k výše uvedenému faktoru přidává i to, že mnozí z nich bývají zvyklí podřizovat se autoritě, režimu, potřebám druhých, zejména vzhledem k tomu, že v ústavních zařízeních bývá poslušnost a přizpůsobení se bez výhrad vnímáno kladně.

Čím hlubší je postižení, tím obtížnější je odhalení zneužívání i pachatele, stejně tak jako i dodatečná pomoc. Obtížným úkolem rovněž je nalézt kvalifikovaného terapeuta, který se orientuje jak v problematice zneužívání, tak i v mentálním postižení a sexualitě. Přínos psychoterapie pro osoby s mentálním postižením

bývá často zpochybňován stejně jako bývá bagatelizován i dopad zneužívání.

Přes všechny okolnosti, které se vztahují k sexuálnímu zneužívání (například délka zneužívání, kdy se objevilo, osoba toho, kdo zneužívá, věk oběti), jsou všechny formy sexuálního zneužívání vážné a život oběti velmi vážně ovlivňují. Proto je potřeba se tímto tématem zabývat a prakticky jej řešit.

7.2. Prevence sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením

(Kozáková, 2005) V poskytování podpory lidem s mentálním postižením dochází v posledních letech k řadě změn. Od péče o základní potřeby osob s mentálním postižením došlo k přesunu k podpoře samostatnosti ve snaže minimalizovat závislost těchto osob na druhých. S tímto přesunem je spojena řada diskuzí na téma sociální vztahy, integrace do společnosti a možnosti co nejběžnějšího způsobu života jedince s postižením. Jednou z nich je i zvýšené riziko neúžitelnosti osob s mentálním postižením. Postoje veřejnosti k milování a partnerství mezi lidmi s postižením, podobně jako sexualita seniorů do značné míry reflektují dosavadní přetrvávající tabu, výchovné styly, zkušenosti a sebepojetí každého z nás - to znamená, že jen člověk vyrovnaný s vlastní sexualitou a akceptující sexualitu i sexuální orientaci druhých může adekvátně porozumět sexuálně - emocionálním potřebám druhých.

V této oblasti je potřeba působit na veřejné mínění tím, že otevřená demokratická společnost přiznává všem lidem nezczitelná lidská práva a veřejnost seznamovat s tím, že mezi lidmi existují samozřejmé individuální odlišnosti, která však patří k přirozené různorodosti a osobitosti lidského bytí a nikomu neubírají na

člověčenství či právoplatnosti a srozumitelnosti jeho lidských potřeb.

Díky dnešnímu rozkrývání problémů lidí s mentálním postižením a rovněž díky humanizaci i otevírání ústavní péče vůči otevřené občanské společnosti dochází k akcentování otázek spojených s připraveností lidí s mentálním postižením na sexuální a partnerský život. Taková připravenost v sobě zahrnuje vědomosti, návyky i dovednosti, které utvářejí schopnost žít a orientovat se v otevřené společnosti, přiměřeně se emancipovat a přitom si nenechat ublížit a ani neubližovat druhým.

Problematiku sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením lze rozložit do několika spojených tématických okruhů. Základním východiskem však musí být uvědomění si zákonitostí osobnostního i sexuálního vývoje jedince a didakticko-pedagogických principů vzdělávání - tedy i sexuální výchovy jako základu všech dalších opatření.

(Kozáková, 2005) Hlavními body řešení dané problematiky jsou:

Rozpoznání velikosti a závažnosti problému - prvním krokem je uvědomění si ohroženosti osob s mentálním postižením a přiznání, že sexuální zneužívání není jen možné, ale že se skutečně děje.

Dostatečná sexuální výchova, informovanost nejširší veřejnosti - aby byla sexuální výchova úspěšná, je třeba ji realizovat nejen u jedince s mentálním postižením, ale i u rodičů, vychovatelů, budoucích profesionálů, učitelů a profesí, přicházejících do styku s lidmi s postižením (aby byli schopni působit preventivně, zneužívání odhalit a poskytnout případné oběti adekvátní podporu). Velice důležitá je vzájemná spolupráce odborníků, výměna informací a praktických zkušeností. Lidé s mentálním postižením nedokáží bez dostatečné osvěty a sexuální výchovy prosazovat svá práva a zájmy.

Hlášení případů sexuálního zneužívání - nedostatečné hlášení bývá hlavní překážkou v prevenci sexuálního zneužívání, neboť podporuje podmínky vhodné pro jeho další realizaci. Počet oznámení může být zvýšen vzděláváním lidí s postižením a těch kdo zajišťují podporu a pomoc. Vylepšením vyšetřování a prokuratury, vytvářením bezpečného prostředí, které obětem dovolí prozradit, co se stalo. Pro zvýšení bezpečnosti je rovněž třeba změnit postupy zaměstnavatelů (např. kontrolovat minulost zaměstnanců, při podezření na sexuální zneužívání nahlásit na policii spíše než rozvázat pracovní poměr s takovýmto zaměstnancem)

Školení terapeutů - Je důležité si uvědomit, že všechny oběti sexuálního zneužívání mohou služby psychoterapeutů využívat, i přestože jsou jejich projevy např. pouze neverbální.

Zaměření se na podmínky, ve kterých osoby s mentálním postižením žijí - nemám zde na mysli materiální podmínky, ale především to, zda jsou lidem s mentálním postižením nabízeny stejné možnosti žít běžným způsobem života, srovnatelným s jeho vrstevníky bez postižení. V zařízeních, které poskytují služby lidem s mentálním postižením je důležité ošetřit základní pravidla pro sexuální osvětu, poradenství, ochranu před sexuálním zneužitím, která budou pro zaměstnance závazná. (například protokol o sexualitě a sexuálním zneužitím, směrnice či pokyny pro personál). Tento dokument by měl obsahovat všechny důležité postoje a zásady řešení této problematiky daným zařízením. Tento souhrn by měl umožnit personálu rychle a správně jednat v různých složitých situacích. Směrnice jsou pro všechny zaměstnance závazné a to i v případě, že se neshodují s jejich vlastním přesvědčením, představami a hodnotami. Sexuální osvětu by měli realizovat v širším smyslu všichni pracovníci

zařízení, z nichž někteří by se měli zaměřit na sexuální výchovu důkladněji. Včetně prohlubování odbornosti. Je možné tak určit osobu důvěrníka, na kterou je možné se obracet se svými problémy.

8. Praktická část - Výsledky šetření mezi pracovníky, klienty a jejich rodiči v o.s. Arkadie

8.1. Motivy k výzkumu

Zcela první motivace k zabývání se sexualitou osob s mentálním postižením, byla situace, kdy se na mne obrátila asistentka sociálně terapeutické dílny s prosbou o radu v oblasti sexuality klienta.

Tehdy jsme rozhodly případ konzultovat se sexuologem a ten nám pomohl situaci vyřešit, sám však připustil, že se touto problematikou příliš nezabývá. Uvědomila jsem si, že o této problematice nic nevím a stejně tak na tom zřejmě budou i moji kolegové. Druhým motivem k výzkumu byl fakt, že při zavádění Standardů sociálních služeb do praxe o.s. Arkadie jsme vypracovávali řadu metodik a směrnic, ani jedna se však netýkala přístupu k sexualitě našich klientů. Proto jsem se rozhodla se tomuto tématu věnovat nejen po stránce teoretické ale také praktické a to vypracováním návrhu metodiky přístupu k sexualitě našich klientů.

Abych se dozvěděla více informací od pracovníků sociálních služeb, o jejich postojích k sexualitě osob s mentálním postižením a také zjistila jejich potřeby v této oblasti, rozhodla jsem se pro uskutečnění výzkumu. Pro potvrzení aktuálnosti tohoto tématu jsem se rozhodla oslovit také rodiče našich klientů a samotné klienty.

8.2. Popis organizace

Občanské sdružení Arkadie poskytuje v teplickém regionu od roku 1991 sociální služby a služby zaměstnanosti celkem 100 dospělým osobám převážně s mentálním a kombinovaným postižením. Sociální služby využívají i pracovníci v chráněných dílnách.

o.s. Arkadie Vzniklo jako společné úsilí rodičů mentálně postižených dětí, kteří pro ně hledali jinou

alternativu než umístění do péče ústavního zařízení. Postupně se Arkadie rozšiřovala a vnikaly nové sociální služby a chráněné dílny. V současné době poskytuje o.s. Arkadie tyto sociální služby - denní stacionář, chráněné bydlení, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny a sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením. Dále zaměstnává osoby s mentálním postižením ve čtyřech chráněných dílnách - dvě keramické dílny, jedna technická dílna a jedna dílna na výrobu svíček, mýdla a ručního papíru. Také pro své klienty zajišťuje pravidelnou dopravu mikrobusem z domova do služeb či chráněných dílen.

Postupně docházelo k profesionalizaci personálu a vedení společnosti. V minulém roce bylo o.s. Arkadie registrováno jako poskytovatel sociálních služeb a byly vypracovány standardy kvality sociálních služeb. Úspěšně pokračuje rozvoj služeb o.s. Arkadie. Vzhledem k tomu, že je tato organizace svou velikostí a množstvím poskytovaných služeb v regionu Teplice výjimečná, usiluje v současné době také o vznik dalších občanských sdružení, která by pokryla poptávku zájemců o služby a vytvořila případně služby nové, které by vedly ke komplexnímu zajištění podpory osobám s mentálním postižením.

V současné době pracuje v sociálních službách Arkadie celkem 19 pracovníků, všichni splňují zákonem o sociálních službách dané kvalifikační požadavky.

8.3. Účel výzkumu a očekávané výstupy.

Cílem výzkumu je ověření potřeby vzniku metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením, a to jak u pracovníků v sociálních službách, tak u klientů a jejich rodičů.

Prostřednictvím šetření mezi pracovníky sociálních služeb o.s. Arkadie bude zjištěn jejich přístup k sexualitě klientů o.s. Arkadie a jejich potřeby

vzdělávání v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, z čeho logicky vyplyne potřeba vzniku jednotného přístupu. Co se týče postojů pracovníků k sexualitě, osobně se domnívám, že pracovníci přistupují k sexualitě svých klientů bez předsudků.

Rozhovory s rodiči klientů o.s.Arkadie zřejmě potvrdí, že i rodiče uvítají vznik této metodiky.

Pravidelnou přítomností v denním stacionáři a v sociálně terapeutické dílně, budou vysledována nejčastější témata vzájemných rozhovorů klientů. Tento způsob zjištění aktuálních témat týkající se sexuality klientů jsem zvolila na doporučení mých kolegyň, které mi sdělily, že klienti se o sexualitě a partnerství baví mezi sebou velice často. Tato témata budou zařazena do návrhu metodiky. Dá se předpokládat, že tato nejčastější témata by měla být srovnatelná s těmi, která budou uvádět pracovníci v sociálních službách v dotazníkovém šetření.

8.4. Použité metody

Při šetření potřeby vzniku metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením jsem použila dotazník, rozhovor a přímé zúčastněné pozorování.

Dotazník:

S prosbou vyplnění dotazníku jsem se obrátila na všechny pracovníky v sociálních službách, celkem 19. Vysvětlila jsem, čeho se dotazník týká, k čemu bude využit a zároveň jsem pracovníky ujistila, že je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Vrátilo se 10 vyplněných dotazníků.

Rozhovor:

Oslovila jsem 20 rodičů našich klientů a poprosila je o rozhovor na téma sexuality jejich dětí. Podrobně jsem rodiče seznámila s cílem rozhovorů. Samozřejmě jsem je také ujistila, že se nikde neobjeví jejich jméno a vše

co mi při rozhovoru sdělí nad rámec otázek je věcí důvěrnou. Nakonec s rozhovorem souhlasilo 5 rodičů.

Přímé pozorování:

Pozorování jsem prováděla v denním stacionáři, kde je 15 klientů převážně se středním stupněm mentálního postižení a v sociálně terapeutické dílně, kterou navštěvuje 6 klientů, převážně s lehkým stupněm mentálního postižení. Aby byla témata rozhovorů co nejvíce autentická, informovala jsem klienty jen o tom, že v o.s. Arkadie se připravuje metodika pro to, abychom mohli klientům poskytnout co největší podporu v oblasti jejich sexuality. Také jsem klientům sdělila, že k nim do zařízení budu docházet jednou týdně po dobu jednoho měsíce a budu se s nimi účastnit všech aktivit. Očekávala jsem, protože jsem s většinou z nich již dlouhodoběji spolupracovala, že se budou sami více zajímat o to, co to vlastně znamená a že se budou se svými tématy svěřovat i mě.

8.5. Výsledky a zjištění v rámci šetření

8.5.1 Dotazníkové šetření mezi pracovníky v sociálních službách.

Dotazník vyplnilo, jak bylo zmíněno výše 10 pracovníků o.s. Arkadie, z toho všechny jsou ženy, průměrný věk dotazovaných je 27 let.

Výsledky:

- Všechny pracovnice vidí problém sexuality jako naléhavý. Osm z deseti pracovníků se setkává s problematikou sexuality klientů o.s. Arkadie často, dvě pracovnice odpověděly, že ojediněle. Všechny kolegyně uvedly, že se necítí být dostatečně připraveny, pro řešení sexuality svých klientů, žádná z nich neprodělala specifickou průpravu v této oblasti. Všechny by uvítaly možnost zvýšení kvalifikace v této problematice. Jako vhodnou formu

zvýšení kvalifikace uvedla většina kombinaci semináře, možnosti konzultovat problematické situace s odborníkem a přednášku.

- Se sexualitou klientů o.s. Arkadie pracuje 7 pracovníc. K této otázce však tyto pracovníce dopsaly poznámku, že se sexualitou sice pracují, ale nedomnívají se, že dobře. Nejčastější témata, se kterými se na ně klienti obracejí jsou seznamování, vztahy a masturbace, jako další témata uváděly pracovníce sexuální vztah, péče o zevnějšek a antikoncepce. Jako obtížná témata rozhovoru s klienty nejvíce kolegyně uvádělo, že žádné obtížné téma nemá.
- Co se týče postoje k sexualitě osob s mentálním postižením, většina uváděla, že je důležité poskytovat klientům poučení a kultivovat jejich sexualitu. Všechny pracovníce považují masturbaci za normální jev, čtyři doplnily své mínění o to, že je masturbace prospěšná. Všechny pracovníce uváděly, že lidé s mentálním postižením mají právo na sexuální život a na soužití s partnerem. Právo na manželství potvrdilo osm pracovníc, dvě uvedly, že nevědí. Pět pracovníc uvedlo, že lidé s mentálním postižením nemají právo na rodičovství, čtyři odpověděly, že nevědí a jen jedna pracovníce uvedla, že jim toto právo náleží.

Vyhodnocení :

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina pracovníc vnímá problém sexuality jako závažný a jeho řešení považuje za velice nutné. Se sexualitou svých klientů kolegyně pracují, necítí se však být dostatečně kvalifikovány. Potvrzuje se tedy potřeba specifického vzdělávání pracovníků Arkadie v této oblasti a logicky i vznik jednotného přístupu k sexualitě klientů o.s.

Arkadie. Co se týče postojů pracovníc k sexualitě osob s mentálním postižením, neobjevily se výrazné předsudky, až na oblast rodičovství klientů o.s. Arkadie.

8.5.2 Rozhovory s rodiči klientů o.s. Arkadie

Jak bylo uvedeno výše, s rozhovory souhlasilo 5 rodičů z původně 20 oslovených. Tak malý počet rodičů příkládám buď k ostychu rodičů o tomto tématu hovořit a nebo k tomu, že rodiče nepřikládají sexualitě svých dětí důležitost.

Výsledky:

- Rozhovoru se zúčastnil pouze jeden rodič, jehož dítě navštěvuje denní stacionář, děti zbytku rodičů využívají služeb sociálně terapeutické dílny Arkadie.
- Co se týče postojů rodičů k sexualitě osob s mentálním postižením většina z rodičů se domnívá, že jejich dospělé děti nemají právo na sexuální život, partnerský život, manželství ani na rodičovství. Všichni potvrdili, že sexuální zneužívání se osob s mentálním postižením vůbec netýká. Masturbaci považuje většina rodičů za zbytečně stimulující sexualitu jejich dospělých dětí.
- Sexualitu svých dospělých dětí považují za věc okrajovou, všichni potvrdili, že sexualitou by se mělo zabývat zařízení, které jejich dítě navštěvuje. Stejně tak by tomuto zařízení svěřili řešení sexuálních problémů svého dítěte. Dva rodiče z pěti by uvítali, kdyby existoval vzdělávací kurz zabývající se problematikou sexuality osob s mentálním postižením. Tito dva rodiče potvrdili

svůj zájem na další spolupráci s o.s. Arkadie v oblasti sexuality jejich dospělých dětí.

Vyhodnocení:

Co se týče postojů rodičů k tématice sexuality osob s mentálním postižením, všichni rodiče reagují se značnými předsudky. Tyto předsudky jsou natolik závažné a rozsáhlé, že omezují realizaci základních lidských práv. Tyto předsudky také klienty s mentálním postižením ohrožují a nedovolují jim plně rozvinout jejich osobnosti a možnost žít běžným způsobem života srovnatelně s jejich vrstevníky bez postižení.

Jak vyplývá z reakce rodičů na otázku sexuální výchovy svých dospělých dětí, vnímají tento problém jako okrajový a dá se usoudit, že se jím nikdy v rodině nezabývali. Očekávají že tuto roli za ně zcela převezme zařízení, které jejich dítě navštěvuje, stejně jako řešení problematických oblastí. Pouze dva rodiče měli zájem o možnost navštívení speciálního kurzu pro rodiče a také o další spolupráci. Potvrzuje se zde moje domněnka, potřeba vzniku metodiky přístupu k sexualitě, vzhledem k tomu, že rodiče očekávají, že sexuální výchovu převezme zařízení, které jejich dospělé dítě navštěvuje. Ačkoliv, musím vzít v úvahu malé množství rodičů, se kterými byl rozhovor veden.

8.5.3 Pozorování klientů denního stacionáře a sociálně terapeutické dílny a vyhodnocení nejčastějších témat rozhovorů mezi nimi.

Jak jsem zmínila výše, do obou těchto zařízení jsem docházela vždy jeden den v týdnu po dobu jednoho měsíce. Přičemž jsem volila pokaždé jiný den v týdnu, protože klienti mívají každý den jiné aktivity, a to jak v denním stacionáři tak v sociálně terapeutické dílně. Chtěla jsem být přítomna všem různým situacím, ke kterým může při

těchto aktivitách dojít. Klientům obou zařízení je mezi 20 - 30 lety, někteří žijí ve své rodině od narození, jiní pobývali řadu let v ústavu sociální péče.

Výsledky šetření:

Téměř každý den během mých návštěv v obou zařízeních, hovořili klienti mezi sebou nejčastěji na tato témata:

Jak se seznámit s partnerem - klienti a klientky nevěděli, kde by mohli partnera najít, často hovořili o tom, že o tomto tématu s rodiči doma mluvit nemohou, rodiče jim zakazují najít si partnera. Jedinou příležitost jak by se mohli seznámit vidí v účasti na různých volnočasových aktivitách a prázdninových pobytech. Řada z nich už se takovým to způsobem seznámila. Problém je ale v tom, že po skončení rekreace se už se svým partnerem neviděli, většinou si pak jen telefonovali či psali dopisy, což brzy přestalo. Někteří však mají takto poznané partnery i několik let a setkávají se jen na společné prázdninové akci. Muži by se nejraději seznámili s krásnou ženou s blondatými vlasy, bez postižení. Rozdíl byl ve zkušenostech s hledáním partnerky, někteří muži uváděli, že vědí, že by je zdravá krásná dívka asi nechtěla, někteří o tom vůbec nepřemýšlejí. Ale faktem je, že všichni muži se shodovali na tom, že by chtěli mít partnerský vztah se zdravou ženou. Dívky vůbec nemluvily o tom, jak by měl jejich partner vypadat po fyzické stránce, ale hlavně by je měl mít rád a povídat si s nimi.

Péče o zevnějšek - jak se co nejvíce líbit opačnému pohlaví, ženy hovořily nečastěji o tom, že by se chtěly malovat, hezky oblékat, vyjadřovaly touhu jít samy ven s kamarádem, často však uváděly, že jim to matka nedovolí. Muži často hovořili o tom, že nevědí co dělat, aby se ženám líbili.

Během mého pozorování se klienti ani jednou mezi sebou nebavili o tématech masturbace, sexuální vztah či antikoncepce.

Jak mi sdělily pracovnice obou zařízení, tato témata jsou pro klienty a klientky rovněž aktuální, ale mezi sebou o nich nehovoří, obracejí se s nimi na ně. Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, pracovníci se snaží o těchto tématech s klienty hovořit, nejsou si však jistí, zda je to dostačující.

8.6. Souhrn a doporučení

Z provedeného dotazníkového šetření mezi pracovníky v sociálních službách vyplývá potřeba vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Toto vzdělávání by mělo být zaměřeno nejen na sexuální výchovu klientů o.s. Arkadie ale také na orientaci v právní problematice osob s mentálním postižením. Mělo by probíhat dlouhodobě a měli by jím projít všichni stávající ale i nově přijatí zaměstnanci v o.s. Arkadie, kteří pracují nejen v sociálních službách ale také jako asistenti v chráněných dílnách. Věk pracovnic, které odpovídaly na dotazník se většinou pohyboval okolo 25 let, jen jedna pracovnice byla starší 40 let. Ostatní pracovníci, kteří na dotazník neodpovídali, jsou převážně starší 40. Pokud by na otázky odpovídali i starší pracovníci, domnívám se, že by se některé odpovědi velice lišili, zejména v oblasti předsudků a postojů k sexualitě klientů o.s. Arkadie. Fakt, že tito pracovníci odmítli odpovídat svědčí o tom, že je pro ně téma sexuality lidí s mentálním postižením problematickou oblastí a že toto téma zřejmě necítí při své práci naléhavé. Možná je to i tím, že klienti se raději obracejí na pracovníky, kteří jsou přibližně stejně staří jako oni a ke kterým mají větší důvěru.

Vzděláváním v této oblasti by měli rozhodně projít všichni pracovníci, a zejména daleko naléhavěji a dříve pracovníci starší, jejíž postoje mohou negativně působit na sexualitu klientů o.s. Arkadie.

Poté co pracovníci projdou speciálním vzděláváním v oblasti sexuality osob s mentálním postižením bude společně prodiskutován návrh přístupu k sexualitě a po schválení pracovníky o.s. Arkadie následně tento návrh zpracován do podoby metodiky se kterou budou souhlasit všichni zaměstnanci. Tato metodika bude následně schválena správní radou sdružení a stane se závazným dokumentem pro všechny pracovníky v o.s. Arkadie, kteří pracují s klienty či zaměstnanci s mentálním postižením.

Průběh a vyhodnocení výsledků rozhovorů s rodiči našich klientů byl pro mě opravdu nepříjemně překvapující. Fakt, že rodiče jsou ve většině případů přesvědčeni, že jejich dospělé dítě, byť s různým stupněm mentálního postižení, nemá stejná práva jako kterýkoliv jiný dospělý člověk mě překvapil. Stejně jako postoj rodičů k sexuální výchově svých dospělých dětí. Na druhou stranu je stále lepší svěřit sexuální osvětu zařízení, které člověk s mentálním postižením navštěvuje, než aby se mu žádné osvěty nedostalo. Samozřejmě se závěry těchto rozhovorů nedají zobecnit na všechny rodiče našich klientů. Jde spíše jen o takovou sondu. Vzhledem k tomu, že s rozhovorem souhlasilo tak málo oslovených rodičů, lze usoudit, že toto téma pro rodiče je velice citlivé a uvádí je do rozpaků anebo je toto téma vůbec nezajímá, protože ho považují u svého dítěte za okrajové. Je také pravděpodobné, že vzhledem k době ve které naši klienti vyrůstali, nebyla problematice jejich sexuality věnována dostatečná pozornost a rodiče tak nebyli poučeni a zřejmě ani nemohli získat dostatečné množství informací.

Vzhledem k potřebě vytvořit metodiku přístupu k sexualitě klientů o.s. Arkadie, bude rovněž nutné tuto metodiku rodičům představit a vysvětlit. Zároveň považují za nezbytné uspořádat pro rodiče semináře týkající se nejen sexuality jejich dospělých dětí ale také jejich práv. A opakovaně s nimi na toto téma hovořit.

Jak potvrdilo moje pozorování mezi klienty o.s. Arkadie, témata o kterých hovoří mezi sebou odpovídají tématům, která uváděli pracovníci v dotazníkovém šetření jako nejčastější. Ačkoliv s většinou těchto témat se obracejí přímo na pracovníky zařízení, které navštěvují. To znamená, že klienti mají důvěru v pracovníky a že je žádoucí věnovat se problematice sexuality osob s mentálním postižením podrobněji tak, aby se klienti setkali s profesionálním přístupem svých „důvěrníků“

Do návrhu metodiky by rozhodně měla být zařazena tato témata: masturbace, seznamování a vztahy, sexuální vztah, péče o zevnějšek a antikoncepce.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo vytvoření návrhu metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v o.s. Arkadie. V teoretické části práce jsem se zaměřila na dle mého názoru nejdůležitější oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Tyto oblasti jsou zohledněny v návrhu metodiky.

Praktická část diplomové práce potvrdila můj předpoklad, že vznik této metodiky uvítají pracovníci v o.s. Arkadie. Ten samý předpoklad jsem vyslovila také u rodičů našich klientů. Ačkoliv byly rozhovory uskutečněny pouze s malým množstvím rodičů, potvrdilo se, že rodiče chtějí aby se sexualitou jejich dospělých dětí zabývalo o.s. Arkadie, z vyhodnocených rozhovorů vyplynulo, že oslovení rodiče se sexualitou svých dětí téměř nezabývají a považují ji za okrajový problém. Právě rodiče jsou pro své děti ti nejdůležitější v jejich životě, oni budou se svým dítětem i když přestane využívat služby o.s. Arkadie. Proto považují za naprosto nezbytné vyvinout veškeré úsilí pro to, aby se rodiče stali pro nás pracovníky v sociálních službách rovnocennými partnery. Některé rodiče bude velmi těžké pro spolupráci zainteresovat, je však potřeba se o to znovu a znovu pokoušet a nabízet rodičům semináře a přednášky na různá témata týkající se sexuality jejich dospělých dětí, stejně jako možnosti spolupráce s odborníky na toto téma.

Nepřímo se potřeba vzniku metodiky potvrdila také u klientů. Klienti se na pracovníky obracejí se svými sexuálními problémy často, jak však uvedli v dotazníkovém šetření pracovníci, nejsou si většinou jistí v tom, zda poskytnou kvalifikované a dostatečně srozumitelné informace. Tudíž by se zavedením metodiky mělo dojít ke zkvalitnění práce v oblasti sexuality a vůbec poskytování

služeb o.s. Arkadie jako takových a klienti by tak měli pocítit pozitivní dopad na ně samé.

Při sběru materiálů a psaní jednotlivých kapitol teoretické části této diplomové práce, jsem si čím dál více uvědomovala, jak široké a zatím v praxi ne příliš známé téma sexualita osob s mentálním postižením je.

Každá kapitola je sama o sobě tak vyčerpávající téma, že by si zasloužila samostatné zpracování do podoby diplomové práce. Nicméně doufám, že obsah jednotlivých kapitol, tak jak jsem ho pojala, je dostatečným základním vhladem do této problematiky. Teoretická část by měla posloužit pracovníkům o.s. Arkadie jako počáteční studijní materiál do doby, než se podaří zajistit finanční prostředky alespoň na vzdělání části pracovníků v sociálních službách. Spojení praktické zkušenosti a teoretického vzdělání je nejlepší formou pro vytvoření „živého“ materiálu, kterým metodika jistě musí být.

Tato diplomová práce bude předložena ředitelce o.s. Arkadie k prostudování a také vlastně jako zdůvodnění potřeby se tomuto tématu v o.s. Arkadie začít intenzivně věnovat. Upřímně doufám, že se mi to podaří a tato práce nezmizí kdesi v zásuvce.

Rovněž doufám, že pracovníci o.s. Arkadie, klienti i rodiče ocení, že ke snaze přiblížit naše klienty běžnému životu srovnatelnému s jejich vrstevníky, budeme díky poskytnutí kvalifikované ale i lidské podpory v oblasti sexuality, zase o něco blíže.

Téma této diplomové práce bylo pro mě zcela nové, o to větší zájem teď o něj mám a uvědomuji si, že je zde tolik neprozkoumaných a nedořešených témat, kterým se chci jako sociální pracovnice podrobně věnovat a hledat možnosti řešení.

Literatura:

BAZALOVÁ, B.: "Zkušenosti se sexualitou klientů ÚSP pro tělesně postiženou mládež Kociánka Brno". In: Sborník z konference Sexualita mentálně postižených. Praha. 2004. Str. 62-68.

DOLEJŠÍ, M.: "K otázkám psychologie mentální retardace". Praha Avicenum. 1973

HAMBURGER, R.: "1X1 des Flirtens". ECON - Taschenbuch. Düsseldorf. 1993.

KOZÁKOVÁ Z. : "Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče". In Sborník z konference Sexualita mentálně postižených. Praha. 2004. Str. 28-31

KOZÁKOVÁ, Z.: "Výchova k bezpečnosti a sexuální výchova osob s mentálním postižením coby účinný prostředek prevence zneužití". In In Sborník s kongresu Domácí násilí a zdravotně postižení. Praha 2005. Str. 55-58

LEČBYCH, M.: "Modely mentální retardace". In Psychologie dnes, ročník 11, číslo 6.

MATOUŠEK, O.: "Slovník sociální práce". Potrál. Praha 2003

MELLAN, J.: "Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob". In: Sborník z konference Sexualita mentálně postižených. Praha. 2004. Str. 10-12.

MITLÖHNER, M.: "Trestní právo jako nástroj boje proti domácímu násilí". In Sborník s kongresu Domáci násilí a zdravotně postižení. Praha 2005. Str 9-13

MÜLLER, O., VALENTA M: "*Psychopedie*". Parta. 2003.

NOVOSAD, L.: "Kapitoly ze základů speciální pedagogiky-somatopedie". Technická univerzita v Liberci. 2002

NOVOSAD, L.: "*Základy speciálního poradenství*". Praha. Portál 2000

PLECITÝ, V., KOCOUREK, J.: "*Občanský zákoník, výklad, judikatura*". EUROUNION Praha. 2007.

RABOCH, J.: "Očima sexuologa". Praha. Avicenum. 1988

ŘÍČAN, P.: "*Dětská klinická psychologie*". Praha. Grada. 1997

SPILKOVÁ, J.: "*Aspekty problematiky domácího násilí z pohledu oběti, pachatele a okolí*".

STOČESOVÁ-LINHARTOVÁ, J.: "*Sexualita s sexuální výchova osob s mentálním postižením ve společnosti DUHA*". In Sborník z konference Sexualita mentálně postižených. Praha. 2004. Str. 75-78.

ŠTĚRBOVÁ, D.: "Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením - aktuální stav, potřeba, požadavky". In Sborník z kongresu k sexuální výchově. Pardubice. 2006.

ŠVARCOVÁ, I.: "*Mentální retardace*". Portál. 2006.

VÁGNEROVÁ, M.: "Psychopatologie pro pomáhající profese"
Praha. Portál 2004.

VENGLÁŘOVÁ, M.: "Zdravotně postižený člověk jako oběť
domácího násilí". In Sborník s kongresu Domácí násilí a
zdravotně postižení. Praha 2005. Str 44-46

VYKYDALOVÁ, H.: "Sexuální identita osob s mentálním
postižením". In: Sborník z kongresu k sexuální
výchově. Pardubice. 2006.

WEIS P., ZVĚŘINA, J.: „Sexuální chování v ČR – situace a
trendy“. Praha. Portál 2001

Webové stránky:

American Association on intellectual and developmental disabilities od 1.1.2007, dříve American Association on Mental Retardation - AAMR).

<http://www.aamr.org>

Huang W., Rubin E.S.: "Equal access to employment opportunities for people with mental retardation: an obligation of society.". Journal of Rehabilitation. 1997.

http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_n1_v63

International Planned Parenthood Federation - Mezinárodní federace pro plánované rodičovství - Charta sexuálních práv

<http://www.ippf.org/en/>

článek M. Jakubův - Mluvme o sexualitě

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=368>

Kennedy, C. H., Niederbuhl, J. Establishing criteria for sexual consent capacity. American Journal on Mental Retardation 106.2001. Str.503-510.

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu

<http://www.planovanirodiny.cz/index.php>

Dr. Steven J. Tailor

<http://www.aaid.org/About AAIDD/MR name change.htm>

What is the Supports Intensity Scale (SIS)

<http://www.siswebsite.org/>

World Health Organization - definice sexuálního zdraví
<http://www.euro.who.int/>

Zákony:

Zákon č. 108/2006 Sb o sociálních službách

Zákon č.94/1963 o rodině ve znění pozdějších předpisů.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního
zákona č. 162/1998 Sb Listina základních práv a svobod

Zákon č. 140/1961Sb. Trestní zákon ve znění pozdějších
předpisů

Přednášky:

RYBOVÁ, L.: "Mezinárodní aspekty práv lidí s mentálním
postižením" v rámci konference "Právo být sám sebou"
organizovanou o.s. Portus Praha ve dnech 5.-.6.6.2007

MARŠÍK, J.: přednáška pro rodiče klientů o.s. Arkadie
"Způsobilost k právním úkonům" ze dne 27.11.2007

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky v sociálních službách o.s. Arkadie

Příloha č. 2 Otázky pro rozhovor s rodiči klientů o.s. Arkadie

Příloha č.3

Návrh metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v o.s. Arkadie

Příloha č. 1

Dotazník pro pracovníky v sociálních službách o.s.

Arkadie

(výsledky dotazníkového šetření budou použity jako podklad pro vypracování metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením)

Pohlaví:

Věk:

Rodinný stav:

1. Problém sexuality osob s mentálním postižením vidíte jako:

- a. Naléhavý
- b. Pozoruhodný
- c. Není to žádný problém
- d. Je to problém okrajový

2. Setkáváte se při své práci s problematikou sexuality osob s mentálním postižením?

- a. Často
- b. Ojediněle
- c. Neseťkávám

3. Jak se cítíte připraven(a) k řešení této problematiky s vašimi klienty?

- a. Dobře
- b. Někdy si nejsem jistý
- c. Jsem bezradný
- d. Nejsem dostatečně připravený

4. Prodělal(a) jste specifickou přípravu v otázkách sexuality osob s mentálním postižením?
- a. Ano
 - b. Ne
5. Pokud ne, měl(a) byste o takovou přípravu zájem?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
6. Jakou formu přípravy považujete za vhodnou?
- a. Seminář
 - b. Možnost konzultací s odborníkem na tuto problematiku
 - c. Přednášku
 - d. Literaturu
 - e. Jiné
7. Se sexualitou svých klientů
- a. Pracuji
 - b. Nepracuji
8. Jaká jsou podle Vás nejčastější témata, se kterými se na Vás klienti obracejí?
- a. Masturbace
 - b. Seznamování - vztahy
 - c. Sexuální vztah
 - d. Péče o zevnějšek
 - e. Sebeuvědomování
 - f. Mužství - ženství
 - g. Antikoncepce
 - h. Zneužívání
9. Jaká jsou pro Vás obtížná témata pro rozhovor s klientem?
- a. Netradiční sex
 - b. Rodičovství
 - c. Antikoncepce

d. Žádná

10. Jaký je Váš postoj k sexualitě osob s mentálním postižením?

- a. Poskytovat jim poučení
- b. Kultivovat jejich sexualitu
- c. Vykazovat ji do neškodných mezí

11. Masturbace osob s mentálním postižením je podle vašeho názoru:

- a. Normální jev
- b. Prospěšná
- c. Zlovyk
- d. Zbytečně klienta stimuluje

12. Mají osoby s mentální postižením dle vašeho názoru právo na sex?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

13. mají osoby s mentálním postižením právo na soužití s partnerem?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

14. Mají osob s mentálním postižením právo na manželství?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

15. Mají osoby s mentálním postižením právo na rodičovství?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

Příloha č. 2

Otázky pro rozhovor s rodiči klientů o.s. Arkadie

1. Vaše dítě využívá služeb
 - a. Denní stacionář Arkadie
 - b. Sociálně terapeutické dílny Arkadie
2. Myslíte si, že lidé s mentálním postižením mají právo na svůj sexuální život ?
 - a. Ano
 - b. Ne
3. Myslíte, že vaše dítě by mělo mít možnost žít v partnerském vztahu?
 - a. Ano
 - b. Ne
4. Myslíte si že by vaše dítě mohlo žít v manželství?
 - a. Ano
 - b. Ne
5. Myslíte si že by vaše dítě mělo mít dítě?
 - a. Ano
 - b. Ne
6. Lidé s mentálním postižením jsou vystaveni:
 - a. vyššímu riziku sexuálního zneužívání než ostatní populace
 - b. stejnému riziku sexuálního zneužívání jako ostatní populace
 - c. nižšímu riziku zneužívání než ostatní populace
 - d. nejsou vystavováni riziku zneužívání
 - e. tento jev se jich vůbec netýká
7. Jaký je váš postoj k masturbaci osob s mentálním postižením?:
 - a. je škodlivá
 - b. zbytečně stimuluje jejich sexualitu
 - c. je to zlovyk

- d. je pro ně prospěšná
 - e. je to jeden z projevů normální sexuality
 - f. je užitečným ventilem sexuálního napětí
8. Problém sexuality u osob s mentálním postižením považujete za problém:
- a. naléhavý (závažný)
 - b. pozoruhodný
 - c. okrajový (bezvýznamný)
 - d. žádný
 - e. nevím
9. Sexuální výchova osob s mentálním postižením:
- a. je zcela věcí rodiny
 - b. mělo by jí zajistit zařízení, které mé dítě navštěvuje (škola, ÚSP, chráněné dílny)
 - c. měla by být vedena ve spolupráci rodiny i zařízení
 - d. měl by se jí věnovat někdo jiný, kdo?.....
10. Jak byste řešil/ a problém týkající se sexuality vašeho dítěte?
- a. vysvětlením
 - b. rozhovorem
 - c. konzultací s pracovníky v zařízení, které moje dítě navštěvuje
 - d. návštěvou odborníka (sexuologa...)
 - e. nechal/a jste to vyřešit pracovníky zařízení, do kterého váš potomek dochází
 - f. jinou formou - popište jakou
 - g. daný problém jste neřešil/a
11. Myslíte si, že by měl existovat nějaký vzdělávací kurz pro rodiče , kde by se problematika sexuality MP lidí řešila?
- a. Ano
 - b. Ne

Mám - nemám zájem o další spolupráci na tomto tématu.

Příloha č.3

Návrh metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v o.s. Arkadie

1. Postoj pracovníků o.s. Arkadie k sexualitě klientů s mentálním postižením

Pracovníci o.s. Arkadie znají a respektují práva a potřeby osob s mentálním postižením. V oblasti sexuality svých klientů respektují právo na vyjádření své sexuality, na soukromí, na informace týkající se sexuality a na život srovnatelný s vrstevníky bez postižení

o.s. Arkadie poskytuje svým klientům poradenství, podporu a vzdělávání v oblasti sexuality.

Všichni pracovníci o.s. Arkadie získají informace pro přístup a práci s klienty v oblasti sexuality, stejně tak každý nově přijatý pracovník. Uskuteční se formou kurzu základních oblastí sexuality osob s mentálním postižením. Vzhledem k tomu, že sociální služby a služby zaměstnanosti jsou poskytovány v pěti střediscích, bude v každém středisku vyškolen jeden pracovník v základních a speciálních dovednostech v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Tento pracovník bude v každém středisku plnit funkci tzv. „důvěrníka“ na kterého se budou moci klienti obracet se svými konkrétními problémy. Metodickým vedoucím práce se sexualitou klientů o.s. Arkadie je sociální pracovnice.

Kdykoliv si pracovníci nebudou jisti s řešením problematiky svých klientů je jim zajištěna pomoc kvalifikovaného pracovníka mimo o.s. Arkadii.

Pracovníci si vyměňují informace a zkušenosti na pravidelných případových poradách (1 za 14 dní). V případě potřeby je jim zajištěna možnost využít supervize.

Tato metodika je závazná pro všechny pracovníky o.s.Arkadie, a to i v případě, že se neshoduje s vlastními přesvědčeními, představami a hodnotami pracovníků.

2. Cílové skupiny sexuální výchovy

Cílovými skupinami aplikace sexuální výchovy jsou:

- Osoby s mentálním postižením
- Rodiče, jako primární vychovatelé svých dětí
- Pracovníci v sociálních službách, speciální pedagogové, psychologové a ostatní osoby, které pracují s lidmi s mentálním postižením
- Budoucí profesionálové, vychovatelé, pedagogové, sociální pracovníci, pracovníci v přímé péči, kteří chtějí pracovat s lidmi s mentálním postižením
- Nejširší veřejnost - s cílem informovat veřejnost o sexualitě lidí s mentálním postižením, změnit negativní postoje společnosti k sexualitě osob s mentálním postižením.

3. Témata osvěty

3.1. Komunikace

Komunikace je základem úspěšné realizace sexuální výchovy. Komunikaci je třeba rozvíjet a nacvičovat. Nejde jen o komunikaci a řešení problémů v partnerských vztazích, ale rovněž o komunikaci s vrstevníky, v běžné společnosti. Komunikaci rozvíjíme prostřednictvím interaktivních her a cvičení, zaměřených na oční kontakt, dotyky, vyprávění, naslouchání, důvěru a spolupráci. Používáme hraní scének z nejrůznějšího prostředí, komunikace s rodinou, s dítětem, muže se ženou, prodavače se zákazníkem a jiná témata. Cílem je zažití pravidel

komunikace a uvědomění, že s lidmi komunikujeme na různých úrovních. Do této oblasti patří také umění řešit konflikt - nácvik řešení konfliktních situací pomocí hraní scén.

3.2. Sebeúcta

Základní součástí sexuální výchovy je podpoření sebevědomí klienta a pocitu vlastní hodnoty. Lidé s mentálním postižením mívají sklon k nereálnému sebehodnocení, ať už se jedná o neadekvátně vysoké či extrémně snížené sebevědomí. K budování zdravé sebeúcty využíváme skupinová cvičení. Sebeúcta souvisí se soběstačností a nezávislostí. Spočívá v tréninku základních dovedností (hygienické a sebeobslužné návyky), samostatného cestování, nakupování, telefonování a psaní SMS, tyto základní aktivity realizujeme vždy v reálném terénu. Napomáháme tak rozšíření sociálního okolí klienta - klient může koupit dárek pro svého partnera, zavolat mu, jet za svým partnerem atd. Nácvik provádíme s klientem vždy ve stejnou domu s poučením o kritických místech v terénu, dále následuje samostatný nácvik v naší přítomnosti, poté s nenápadným dohledem z povzdálí až do fáze, kdy aktivitu zvládne zcela samostatně. Je také zapotřebí naučit klienta reakcím v neočekávaných situacích (nepřijede autobus, klient nemá drobné mince na MHD atd.)

3.3. Péče o sebe

Je součástí vlastního zdraví a sebeúcty ale i zdraví a pohody jiných. Jde zejména o vštípení hygienických zásad - pravidelná hygiena, rozpoznání hygienických prostředků - šampón, mýdlo, sprchový gel, gel na intimní hygienu, péče o pleť, zuby, vlasy,

používání deodorantů, antiperspirantů). Dále následuje péče zevnějšek - vkusné oblečení, odpovídající věku, situaci a postavě klienta, líčení, holení, účes, manikúra a pedikúra apod.)

3.4. Vzájemné vztahy

Důležité je, naučit klienty adekvátně reagovat v jednotlivých vztazích a připravit je na situace, která mohou nastat při vztazích s ostatními klienty ale také s většinovou společností. Také schopnost rozeznat vztahy kdy je klient využíván či zneužíván. Součástí sexuální výchovy je naučit klienty rozlišovat jednotlivé formy vztahů - a to rozdíl mezi vztahem ke kamarádovi, ke svému partnerovi, k pracovníkovi v chráněných dílnách či v sociální službě. Zde je namístě hovořit s klienty o jejich představách budoucího partnera, o kritériích volby, zamýšlíme se s ním nad tím co je skutečně důležité pro kvalitní partnerský vztah, co naopak důležité není. Analyzujeme jednotlivé problematické situace, které mohou ve vztahu nastat a společně hledáme možnost řešení. Snažíme se klientovi vštípit základy společenského chování, pěstujeme volní vlastnosti a kladné povahové rysy a současně se pokoušíme potlačovat negativní rysy (sobectví, agresivita, nepřátelské postoje vůči ostatním). Opět využíváme nácvik reálních situací, které s klientem následně hodnotíme a získáváme zpětnou vazbu klienta o pochopení probíraného tématu. Rozhodně se vyhýbáme budování klamných očekávání. Vždy vycházíme z reálné situace klienta.

3.5. Vývojové období člověka, dětství, dospělost a stáří.

Realizujeme cvičení zaměřená na změny během dětství, dospívání, dospělosti a stáří a s tím spojené okolnosti, které ovlivňují fyzické, mentální a emocionální zdraví. Důležitým úkolem v této oblasti může být i naučit dívky zvládat menstruaci, některé klienty bývají v této oblasti poučeny jen zcela základně. Půjde například o témata, co dělat případě zašpinění prádla, komu to říci, naučení používání vložek a tampónů - přesně probrat krok za krokem až po likvidaci použité vložky či tampónu. Zdůraznit že se jedná o záležitost, která je soukromá a nepatří tedy na veřejnost. Stejně přistupujeme k poluci u chlapců. Pracujeme s fotografiemi, obrázky kdy rozlišujeme věková období člověka, klient může přinést vlastní fotografie. Vysvětlujeme že s příchodem změny fyzické nastávají také změny psychické.

3.6. Těhotenství a porod

Klienta seznamujeme o otázkami spojenými s antikoncepcí, s početím, těhotenstvím a porodem. Využíváme instruktážní filmy, fotografie, návštěva těhotné ženy, matky v rodině. Hovoříme také o právech, která mají lidé s postižením - na sexuální život, na antikoncepci, na to mít dítě.

3.7. Uvědomování si těla

Vědomí sebe samého, svého těla, pocitů je součástí vlastní sebeúcty a vytváření dobrých vzájemných vztahů. Někteří klienti neumí rozeznat rozdíl mezi mužským a ženským tělem, mezi dospělým a dítětem. Nacvičujeme tedy rozpoznání odlišností mužů a žen nejdříve na první pohled rozpoznatelných - vousy, dlouhé vlasy, ochlupení rukou, nohou. Pokračujeme pojmenováním sekundárních pohlavních znaků, až po

pohlavní ústrojí a jeho fyziologii. Dbáme na správné vyjadřování a opravujeme používání vulgarismů a nevhodné slovní zásoby.

3.8. Sexuální aktivity

Pracovníci o.s.Arkadie respektují, že jeho klienti s mentálním postižením mají stejné sexuální potřeby jako ostatní lidé bez postižení. Existují určitá specifika ohledně samotné realizace sexuálních potřeb, vzhledem k typu a hloubce postižení, věku jedince a dalších osobnostních specifikách.

V oblasti sexuálních aktivit jsou cvičení zaměřena na rozeznávání intimních zón, příjemných a nepříjemných pocitů a osvojování schopnosti odmítnout sexuální aktivitu.

Součástí tohoto tématu je i sexuální pud a hledání optimální možnosti ventilace sexuální energie a způsoby uspokojení sexuální potřeby. Patří sem také jednotlivé formy sexuálních aktivit - masturbace, tělesné sblížování mezi partnery (dotekové poznávají období, necking, petting) a koitus. Důležité je klientovi vysvětlit, že tyto aktivity patří do soukromí a že se klient nesmí dotýkat prsů nebo genitálií jiných osob, pokud s tím nesouhlasí. Nestačí hovořit s klienty pouze o masturbaci. Nejdříve zjišťujeme co si pod těmito pojmy představují klienti, následně vysvětlujeme co si pod těmito pojmy představujeme my a korigujeme tak nesprávné chápání pojmů. Klienty poučíme o jejich právu říci „ne“

Pracovní neaplikuje vlastní měřítko sexuality na klienta. Měřítko plnohodnotného sexuálního života má každý z nás individuální. Na prvním místě je tedy rozhodnutí klienta a respektování jeho potřeb. S klienty vždy hovoříme o jejich prožitcích.

V této souvislosti hovoříme s klienty na téma nechtěné těhotenství, jeho důsledky a možnosti řešení, antikoncepci, hygienických zásadách a také o pohlavně přenosných chorobách a prostituci.

Metody, které můžeme při tomto tématu použít jsou nejen rozhovor, relaxační techniky na uvolňování psychického napětí, muzikoterapie - stimulující dynamiku klienta a umožňující ventilovat psychickou energii, dále psychogymnastická cvičení - imitace přírodních jevů se zapojením bubnů.

3.9. Sexuální zdraví

Klienti s mentálním postižením musí být informováni a musí si osvojit dovednosti, jak být sexuálně zdravý/á ve stejné míře jako ostatní jedinci bez postižení. Lidé s mentálním postižením mají omezenější přístup k informacím než většina z nás.

Zaměřujeme se podrobněji na téma:

Antikoncepce hormonální i nehormonální - vysvětlení rozdílů, nácvik použití kondomu, co je hormonální antikoncepce, jak se používá.

V souvislosti se sexuálním zdravím hovoříme o pravidelných návštěvách gynekologa či urologa.

Hovoříme o tom, jak probíhá prohlídka u lékaře, jak si říci o předepsání antikoncepce. Nacvičujeme komunikaci s lékařem, aby byl klient schopen zeptat se na to co by chtěl vědět, pokud nerozumí lékaři umět požádat o zopakování a znovu vysvětlení informace.

3.10. Sexuální zneužívání

Klient musí být poučen o tom, že jeho tělo patří jemu a má právo říci ne, když je mu něco nepříjemné, nesmí tolerovat žádné nepříjemné dotýkání a manipulace s jeho tělem, které v něm budí obavy a že existuje

intimní zóna (kde se jich smí dotýkat jen lékař či jejich partner). Lze použít techniku Kruhy sociální vzdálenosti, kdy pracovník namaluje na papír pět soustředných kruhů, střed tvoří klient, další kruh je rodina, třetí kruh jsou přátelé, čtvrtý kruh známých a pátý kruh tvoří cizí lidé - s klientem rozlišujeme způsoby chování odpovídající jednotlivým kruhům. Zdůrazňujeme, že v kruhu cizích lidí by neměl být žádný tělesný kontakt.

Klient musí být o sexuálním zneužívání srozumitelně a dostatečně informován. Klienta je třeba naučit jak a komu o sexuálním zneužívání říct, kde najde ve svém okolí osoby, kterým se mohou bez obav svěřit a tím ubližování zastavit. V o.s. Arkadie se klienti mohou svěřit svému důvěrníkovi ve středisku, které navštěvují nebo sociální pracovníci. Zároveň je nezbytný praktický nácvik dovedností, jak v případě nebezpečí zareagovat.

Při nácviku obrany před sexuálním zneužíváním lze využít techniku „Co kdyby“ - klient odpovídá na sérii otázek začínající Co kdyby a má říci jak by v jednotlivých situacích zareagoval. Začínáme jednoduchými otázkami, posupně přecházíme k obtížnějším otázkám. Takto pokračujeme, dokud se nepřesvědčíme, že klient vysvětlovanému porozuměl.

Dalšími diskutovanými tématy jsou pornografie, vliv médií.

4. Faktory ovlivňující sexuální výchovu v o.s. Arkadie
Všichni pracovníci jsou si vědomi toho, že přístup k sexualitě klientů o.s. Arkadie musí být individuální a musejí být zohledněny tyto faktory:

- Hloubka mentálního postižení

- Další specifika mentálního postižení
- Přítomnost dalšího postižení (tělesného, smyslového)
- Pohlaví
- Věk
- Individuální charakteristiky jedince
- Prostředí, ve kterém jedinec s postižením vyrůstá
- Specifické vlivy výchovného prostředí

5. Platnost metodiky

Tento návrh metodiky přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v o.s. Arkadie bude přepracován a doplněn o další techniky práce s klienty o.s. Arkadie a další témata až po prodiskutování se všemi pracovníky o.s. Arkadie, kteří působí v sociálních službách a službách zaměstnanosti. Předtím však pracovníci projdou vzděláváním v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, aby při diskuzi nad návrhem metodiky měli dostatečné znalosti k posouzení všech témat.

Až teprve po schválení všemi pracovníky a po zapracování všech připomínek, vstoupí metodika v platnost.