Masarykova univerzita

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Sexualita jedinců s tělesným a kombinovaným postižením

Diplomová práce

Brno 2008

Vedoucí práce:
MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Autor práce:
Bc. Petra Siklenková

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Brně dne 1. června 2008 ……...

Petra Siklenková

Děkuji MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za ochotu, trpělivost, informace a podnětné připomínky.

Obsah

Úvod 6
1 Teoretická východiska 8
1.1 Vymezení osob s tělesným postižením 8
1.2 Obrny centrální a periferní 9
1.3 Deformace 12
1.4 Amputace a malformace 14
1.5 Kombinované vady 15
1.6 Přehled zdravotního postižení u klientů sociálních služeb v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka 18
2 Tělesně pohlavní vývoj 19
2.1 Vznik pohlaví 19
2.2 Pohlavní ústrojí muže 20
2.3 Pohlavní ústrojí ženy 22
2.4 Anomálie pohlavních chromozomů 24
3 Sexualita a její vývoj 26
3.1 Vývoj sexuality v dětství 27
3.2 Vývoj sexuality v období dospívání 29
3.3 Možné odchylky ve vývoji sexuality jedinců s tělesným a kombinovaným postižením 31
3.4 Aspekty sexuální výchovy jedinců s tělesným a kombinovaným postižením 35
3.5 Partnerství a rodičovství 38
4 Výzkum 42
4.1 Cíl diplomové práce, hypotézy, popis metod a technik výzkumné práce 42
4.2 Místo šetření a charakteristika zkoumaného souboru 43
4.3 Vlastní výzkumné šetření 44
4.4 Vyhodnocení hypotéz 72
4.5 Shrnutí 74
Závěr 77
Resumé 79
Summary 80
Seznam použité literatury 81

Seznam obrázků 86
Seznam tabulek 87
Seznam příloh 90

Úvod

Všichni lidé jsou sexuální bytosti a sexuální projevy jsou přirozenou a důležitou součástí jejich života. Sexualita a sexuální osvěta lidí s tělesným a kombinovaným postižením byla až donedávna zanedbávanou a tabuizovanou oblastí. Širokou veřejností, ale i mnohými pedagogy a vychovateli, byli lidé s postižením považováni za asexuální, případně docházelo k potlačování jejich probouzené sexuality. Přitom ke kvalitnímu životu člověka bezesporu patří i plnohodnotný sexuální život. I lidé s nějakým postižením mají právo na prožití a vyjádření vlastní sexuality.

Pracuji jako vychovatelka v ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně. Při individuálních pohovorech s klienty sociálních služeb se často dostáváme k otázkám sexuality a partnerských vztahů. Tito lidé mají spoustu intimních problémů, se kterými si nevědí rady. Neúspěch v oblasti partnerství a sexuality většinou vyvolává frustraci, která se odráží jejich v každodenním životě.

Z dosavadních šetření jsem zjistila, že problematice sexuality v životě jedinců s tělesným a kombinovaným postižením není v literatuře věnována patřičná pozornost, tato oblast je popsána poměrně okrajově.

Cílem předkládané diplomové práce je zmapovat oblast sexuality u mladých lidí s tělesným a kombinovaným postižením. Bude nás zajímat zejména jejich zkušenost se sexualitou, postoj k partnerským vztahům, i to, jak si svého partnera představují. Rovněž se zaměříme na to, zda vědí o možnosti přenosu pohlavních chorob a kdo jim poskytl informace z oblasti sexuality.

Diplomová práce je členěna do čtyř kapitol. V první kapitole je uveden okruh osob s tělesným a kombinovaným postižením s důrazem na nejčastější výskyt postižení v Ústavu sociální péče Kociánka, Brno (ÚSP pro TPM Kociánka).

Ve druhé kapitole je zpracováno téma tělesně pohlavního vývoje člověka. Pozornost je věnována vlivu chromozómů a hormonů na utváření pohlaví a pohlavním orgánům muže a ženy. Také se zde zabýváme nejčastějšími anomáliemi, které postihují pohlavní chromozómy.

Třetí kapitola pojednává o sexualitě a jejím vývoji. Pozornost je zde zaměřena na vývoj sexuality v období dětství a dospívání u intaktní populace, i na možné odchylky ve vývoji sexuality u jedinců s tělesným a kombinovaným postižením.

Kapitola se také zabývá aspekty sexuální výchovy u handicapovaných lidí. Rovněž je zde nastíněna problematika partnerství a rodičovství.

Čtvrtou kapitolu tvoří výzkumná část, kde se zaměřujeme na zjišťování skutečností z oblasti sexuálního života lidí s tělesným a kombinovaným postižením. Kapitola rovněž obsahuje výsledky šetření.

1 Teoretická východiska

1.1 Vymezení osob s tělesným postižením

„Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení pohybu.“ (Vítková in Pipeková, 2006, s. 168)

Omezené schopnosti pohybu jsou důsledkem organického postižení centrální nervové soustavy nebo poškození podpůrného či pohybového aparátu. Může se jednat o omezení hybnosti prvotní nebo druhotné, částečné či úplné.

Termín „tělesné postižení“ je značně široký, proto je důležité vymezení následujících pojmů (Vítková, 1999, s. 14):

- *„**Vada** (poškození) – vady podpůrného a pohybového aparátu, poškození jiných orgánových systémů, podstatné somatické změny, deformace.*
- ***Omezení/snížení výkonu** – kvantitativní omezení a kvalitativní změny pohybového výkonu, měřeno vzhledem k normální výkonnosti v závislosti na věku a vzhledem k životnímu prostředí.*
- ***Postižení** – trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztížená sociální interakce, neúplné nebo chybějící přebírání společenských rolí, které odpovídají věku a pohlaví.“*

Monatová (1994) rozděluje pohybové (ortopedické) vady do dvou základních skupin, k nimž patří skupina vad vrozených, které mohou být i dědičné, a skupina vad získaných. Vrozené postižení ovlivňuje vývoj osobnosti jedince ve větší míře než postižení získané ve vyšším věku.

V případě, že vada vznikla v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním, hovoříme o vadě vrozené. V prenatálním období může vadu zapříčinit např. onemocnění matky v průběhu těhotenství, působení toxických látek, RTG záření či nesprávná výživa matky. V perinatálním období jsou rizikovým faktorem zejména abnormální porody a novorozenecká asfyxie. V postnatálním období mohou nervovou soustavu dítěte poškodit např. různé infekce, vrozené vady metabolismu nebo úrazy hlavy.

V případě vzniku pohybové vady v dalším období lidského života hovoříme o vadě získané. Pohybové ústrojí může být poškozeno v důsledku úrazů nebo různých

chorob. Podle Monatové (1994) mohou získané vady vzniknou v kterémkoli věkovém období a mohou být různě závažné.

„Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace“ (Vítková in Pipeková, 2006, s. 169).

1.2 Obrny centrální a periferní

Monatová (1994) uvádí, že obrny mohou postihnout centrální i periferní část nervové soustavy. Do centrální části nervové soustavy náleží mozek a mícha, periferní část zahrnuje periferní obvodové nervstvo. Obrny mívají různý stupeň i rozsah závažnosti. Pokud je obrna úplná, hovoříme o plégii, částečné ochrnutí nazýváme parézou. Podle Mrklase (2006) je centrální obrna důsledkem poškození centrálního motoneuronu a kromě poruchy hybnosti je pro ni typické zvýšené svalové napětí (hypertonie), spasticita, a zvýšené reflexy. Následkem postižení druhého motoneuronu vzniká obrna periferní, charakterizovaná výrazně sníženým svalovým tonusem (hypotonií), nedostatkem reflexů a častým výskytem svalové atrofie.

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) představuje nejčastější centrální obrnu v dětském věku. *„Dětská mozková obrna je především porucha hybnosti i vývoje hybnosti na základě poškození mozku v době před porodem, při porodu nebo do určité doby po něm. Tato doba je nyní vymezena od narození do 1 roku věku dítěte“* (Kraus, Šandera, 1975, s. 37).

DMO je neprogresivní postižení, ale s vývojem a zráním dítěte se může její klinický obraz měnit. Následkem poškození motorických oblastí raně se vyvíjejícího nezralého mozku je možný jakýkoli stupeň pohybového postižení, tedy od téměř nepatrného postižení po plnou bezmocnost. *“V průběhu prvního roku se klinický obraz DMO teprve utváří a neurology se diagnostikuje jako centrální koordinační porucha (CKP) a centrální tonusová porucha (CTP)“* (Vítková in Pipeková, 2006, s. 171). Pro DMO jsou charakteristické různorodé poruchy koordinace a síly svalové činnosti a nerovnoměrný vývoj. Podle Monatové (1994) se u jedinců s DMO projevují nedostatky v oblasti vnímání, soustředění a představivosti. Časté je rovněž střídání nálad, výkyvy duševní činnosti nebo překotné a impulzivní reakce.

Vítková (1998) uvádí, že DMO může být také kombinovaná s dalšími postiženími, jako jsou poruchy duševního vývoje a snížený intelekt, narušená komunikační schopnost, poruchy chování, epilepsie, poruchy sluchu či zraku.

Etiologie DMO je rozmanitá, ne vždy prokazatelná, často dochází ke kombinaci různých příčin. Podle časového hlediska, ve kterém se etiologičtí činitelé uplatňují, rozlišujeme období prenatální, perinatální a postnatální.

Kraus, Šandera (1975) uvádějí, že v prenatálním období jsou význačným etiologickým činitelem např. různé infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství, krvácení během těhotenství, Rh inkompabilita, toxické látky, RTG záření, úrazy v těhotenství či psychická traumata. Rizikovým faktorem v perinatálním období je např. nedonošenost či přenošenost dítěte, abnormální porody, asfyxie novorozence nebo novorozenecká žloutenka. V postnatálním období mohou být příčinou vzniku DMO např. zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému a jeho plen, průjmová onemocnění či záněty plic.

Podle klinického obrazu DMO rozlišujeme formy spastické a nespastické.

Spastické formy:

- Diparetická – jsou postiženy zejména obě dolní končetiny. Kognitivní vývoj má dobrou prognózu (Vítková in Pipeková, 2006).
- Hemiparetická – obrna postihující pravou nebo levou polovinu těla. Obrnou je postižena horní končetina a stejnostranná končetina dolní, přičemž větší postižení bývá na horní končetině. U této formy bývá asi u poloviny případů snížena inteligence (Kraus, Šandera,1975).
- Kvadruparetická – obrna všech končetin, která může vzniknout zdvojením diparetické či hemiparetické formy. Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je ze spastických forem nejméně příznivá (Vítková in Pipeková, 2006).

Nespastické formy:

- Hypotonická – obrna charakterizovaná nízkým svalovým tonusem. Vítková (in Pipeková, 2006) uvádí, že okolo třetího roku dítěte se tato forma mění ve spastickou nebo dyskinetickou. Pokud ovšem přetrvá, bývá provázena těžkou mentální retardací.
- Dyskinetická – obrna vyznačující se bezděčnými, nepotlačitelnými pohyby, které se mohou projevovat jako atetóza, chorea, balismus, myoklonie a

lordotická dystonie. Rozumové schopnosti jsou u této formy v normě. (Kraus, Šandera, 1975)

- Mozečková forma – je podle Vítkové (in Pipeková, 1998) obrna charakterizovaná sníženým svalovým tonusem a postižením intelektu. Lesný, Špitz (1989) neřadí mozečkovou formu do forem DMO, ale považují ji za samostatný syndrom – syndrom mozečkový. Autoři se rovněž zmiňují o vzácné formě rigidně akinetické, kterou řadí mezi nespastické formy DMO. Jedná se o tzv. parkinsonský syndrom. Klinický obraz je obdobný jako u Parkinsonovy nemoci, ale bez klidového třesu.

Traumatická obrna vzniká v důsledku úrazů (např. při sportu, dopravní nehodě, pádu z výšky), které způsobují poranění hlavy. Může se jednat o poranění otevřené nebo uzavřené. Nejméně závažný je otřes mozku (komoce). Kraus, Šandera (1975) uvádějí, že pro otřes mozku je příznačná ztráta vědomí, která trvá různě dlouhou dobu. Při lehkém otřesu mozku je ztráta vědomí jen několik minut, středně těžký otřes mozku charakterizuje až hodinová ztráta vědomí a při těžkém otřes mozku trvá bezvědomí více než hodinu. Po nabytí vědomí nastává retrográdní amnézie, kdy si postižený nemůže vzpomenout na dobu před úrazem, ani na to, jak k úrazu došlo. Závažnějším stupněm je stlačení mozku (komprese) a nejtěžším stupněm je zhmoždění mozku (kontuze). Při zhmoždění mozku zůstávají vždy trvalé následky, a to v závislosti na oblasti mozku, která byla postižena. Monatová (1994) uvádí, že z hybných poruch se objeví nejčastěji spastická hemiparéza popřípadě spastická paraparéza. K dalším důsledkům zhmoždění mozku patří okohybné poruchy, duševní poruchy, narušení fatických funkcí či poúrazová epilepsie. Ta se podle Lesného (1982) vyskytuje jako důsledek kontuze častěji v dětství než v dospělosti.

Obrna míchy je dalším závažným postižením, které v různé míře omezuje hybnost. Vítková (in Pipeková, 2006) uvádí, že příčinou vzniku jsou různá onemocnění a úrazy páteře s následným poškozením míchy. Stav postiženého i další prognóza závisí na místě, ve kterém byla mícha poškozena, a na stupni poškození (částečné či úplné). Pokud je léze v bederní nebo křížové míše, dochází k postižení dolních končetin (paraparéza či paraplégie), kde je také narušena citlivost.

„Při poškození horní části krční míchy v segmentech C1 – C4 vznikne spastická kvadruparéza až kvadruplégie a porucha cítivosti, která sahá až ke krku“ (Monatová, 1994, s. 59).

Monatová (1994) dále zmiňuje, že vzápětí po poranění míchy nastává spinální šok, který způsobuje dočasné vymizení reflexů. Toto období trvá tři až šest týdnů, vzácně několik měsíců. Traumatická obrna představuje pro postiženého vždy náhlou a závažnou změnu, protože z úplně zdravého člověka se v okamžiku stává člověk s komplikovanou vadou, který bude vyžadovat dlouhodobou pomoc mnoha odborníků.

Rozštěp páteře (spina bifida) je vrozeným postižením, které vzniká podle Monatové (1994) nesprávným uzavřením páteřního kanálu. *„V nejtěžších případech je páteř rozštěpena po celé délce a mícha vyhřezává ven. Tito jedinci nejsou schopni života. Obyčejně však bývá výhřez částečný, který se nejčastěji vyskytuje v bederní krajině jako různě velký nádorovitý útvar, krytý ztenčenou kůží. Do tohoto vaku může vyhřezávat s plenami mícha – meningomyelokéla – nebo pouze míšní pleny – meningokéla“* (Kraus, Šandera , 1975, s. 110).

Vítková (in Pipeková, 2006) uvádí, že se velmi brzy provádí neurochirurgická operace, ale prognóza je u meningomyelokély a meningokély nepříznivá. Vada způsobuje různý stupeň obrny dolních končetin a svěračů.

1.3 Deformace

Deformací rozumíme obsáhlou skupinu vrozených či získaných vad, která je charakteristická abnormálním tvarem některé části těla. Vrozené deformace, podle Monatové (1994), zahrnují v nitroděložním vývoji vzniklé anomálie kloubů, svalů, končetin a lebky. Získané deformace jsou důsledkem různorodých chorob, těžkých úrazů a popálenin nebo vadného držení těla.

Nesprávný vývoj kyčelních kloubů tvoří podle Vítkové (in Pipeková, 2006) četnou skupinu pohybových vad. Nesprávný vývoj může být jednostranný či oboustranný. Pokud je hlavice kloubu vykloubená úplně, hovoříme o luxaci, částečné vykloubení hlavice kloubu nazýváme subluxací.

Perthesovu chorobu řadíme rovněž k deformacím. Monatová (1994) uvádí, že tato choroba je charakterizována postižením hlavice stehenní kosti. Příčina vzniku není

plně objasněna. K postižení dochází nejspíše z důvodu poškození cév, které hlavici vyživují. Z důvodu snížení přívodu krve do hlavice stehenní kosti dochází k nedostatečnému prokrvení, což vede k nekróze. Vítková (in Pipeková, 2006) je toho názoru, že choroba postihuje děti převážně ve věku od pěti do sedmi let. V případě včasné léčby je prognóza velmi příznivá.

Vadné držení těla náleží k nejčastějším deformacím. Kubát (1992) uvádí, že na správné držení těla má vliv správný tvar páteře, funkce svalstva a psychický stav člověka. Mezi příčiny vadného držení těla řadí vrozený tvar páteře, dědičný typ držení těla, ale i duševní a tělesný stav. Vadnému držení těla lze předcházet přiměřenou pohybovou výchovou a aktivitou již od kojeneckého věku. Velmi důležité je správné sezení a vhodná velikost nábytku. Negativní důsledky může mít jednostranný sport a cvičení.

K vadnému držení těla náleží zejména kyfóza, hyperlordóza a skolióza (Kubát, 1992).

- **Kyfóza** (tzv. kulatá záda) je označení pro zvětšené vyklenutí hrudní páteře. Kyfózy můžeme rozdělit na vrozené, vznikající na základě vrozené deformity obratlů, a získané. Nejčastější formou kyfózy je tzv. **Scheuermannova nemoc**, která je dědičná a vzniká mezi osmým a osmnáctým rokem života.
- **Hyperlordóza** se vyskytuje v menší míře a je charakteristická zvětšeným prohnutím v oblasti bederní páteř.
- **Skolióza** se vyznačuje vybočením páteře. Jedná se o vadu, která se může vyskytnout ihned po narození. V tomto případě se jedná o tzv. polohovou skoliózu. Vzniká v průběhu těhotenství a není u ní přítomna tvarová odchylka obratlů. Dalším typem je vrozená skolióza, která vzniká na základě tvarových odchylek na obratlích. Jedná se o velmi obtížně léčitelnou skoliózu, která se v průběhu vývoje dítěte zhoršuje. Nejčastěji se vyskytuje skolióza idiopatická, jejíž etiologie není cela jasná. Podle toho, ve které části páteře se skolióza nachází, rozlišujeme skoliózu hrudní, bederní a smíšenou.

Nervosvalová onemocnění (myopatie) řadíme také mezi deformace. Myopatie představují heterogenní skupinu chorob, která je charakteristická dysfunkcí příčně pruhovaného svalstva. Dochází k degeneraci svalových vláken, která postupně atrofují a

ztrácejí svoji funkci. Svalová tkáň je nahrazovaná funkčně bezvýznamným vazivem a tukem. Onemocnění může být vrozené (primární) nebo získané (sekundární) (Havlová [online], 2002).

Mezi časté nervosvalové onemocnění patří **progresivní svalová dystrofie**, která má několik forem. Jednou z nich je i je **Duchenova forma**, která postihuje jen chlapce. Lesný, Špitz (1989) uvádějí, že se jedná o dědičné onemocnění.

„Patří incidencí (1:3500 chlapců), rychlostí progrese a prognózou k nejzávažnějším svalovým chorobám. Postihuje chlapce, začíná mezi 1.- 5.rokem. Typické pro ni jsou pseudohypertrofie lýtek, kolébavá chůze v hyperlordose a pro kontraktury Achillových šlach po špičkách. Asi u 3O% dětí je mentální retardace. Schopnost samostatného pohybu mizí mezi 8.- 13.rokem. Na vozíku se obvykle rychle rozvíjí skoliosa, později i kardiomyopatie. Mezi 2O.- 3O. rokem se objevují ventilační obtíže, často pak s letálním koncem“ (Havlová [online], 2002).

Kraus, Šandera (1975) uvádějí, že příznakem tohoto onemocnění je v jejím počátku snížená svalová síla. Později je narušena i hybnost, a to v závislosti na tom, které svaly jsou postiženy. Děti nejsou postupem času schopny samostatné chůze do schodů nebo rychlého běhu. Ze země i ze židle vstávají velice obtížně, tzv. myopatickým šplhem - opřou se o kolena a střídáním rukou postupují po stehnech vzhůru. Mění se způsob chůze i držení těla, typická je kolébavá chůze a prohnutý postoj s vystrčeným břichem. Později přestávají chodit úplně a jsou odkázány na invalidní vozík. Prognóza Duchenovy formy svalové dystrofie je velice nepříznivá.

1.4 Amputace a malformace

***„Amputací** se rozumí oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu“* (Kraus, Šandera, 1975, s. 96). Příčinou amputací jsou většinou úrazy (např. při dopravních nehodách, při poranění elektrickým proudem či výbušninou), dále cévní, metabolická či nádorová onemocnění způsobující chorobné změny na končetinách.

Malformací rozumíme abnormální vývoj různých částí těla, nejčastěji končetin. *„Částečné chybění končetiny označujeme jako amélie, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, nazýváme fokomelie“* (Vítková in Pipeková, 2006, s. 177).

1.5 Kombinované vady

„Kombinované neboli sdružené vady zahrnují velmi širokou škálu nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí k podprůměrným a dalšímu zhoršování určitých projevů až k závažným potížím“ (Monatová, 1994, s. 168).

Kombinované vady mohou být vrozené nebo získané. Stoklasová (in Ludíková, 2005) považuje za získanou kombinovanou vadu další postižení, které se k jedné vrozené vadě přidruží v průběhu života jedince.

Ludíková (in Ludíková, 2005) uvádí jako možné etiologické činitele kombinovaných vad např. genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy, mechanická poškození či vliv sociálního a materiálního prostředí. Kombinované vady mají multifaktoriální příčinu.

Podle Věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (č. 8/1997, č.j. 25602/97-22) se za postiženého více vadami považuje dítě, respektive žák, který trpí souběžně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Speciálně pedagogickou diagnostiku provádí a zodpovídá za ni speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko-psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.

Pro potřebu resortu školství jsou žáci s více vadami rozčleněni do tří skupin. V první skupině je společným znakem mentální retardace, která je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Při rozhodování o způsobu vzdělávání je proto pokládána za vadu dominantní. Druhá skupina obsahuje kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu zde tvoří děti a žáci hluchoslepí. Třetí, samostatnou skupinu, tvoří děti a žáci s diagnózou autismus a s autistickými rysy (Klenková, 2006).

Kombinace hybného a mentálního postižení je poměrně častá. Za mentálně postižené se podle Švarcové (2000) považují takoví jedinci, u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností. Rovněž je příznačný odchylný vývoj některých psychických vlastností a poruchy v adaptačním chování. Rozeznáváme

lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci (F70 - F73). Pokud není možné stanovit (z důvodu přidruženého senzorického či tělesného postižení) stupeň retardace, hovoříme o jiné mentální retardaci (F78). Nespecifikovanou mentální retardaci (F79) diagnostikujeme v případech prokázané mentální retardace, kde jsou nedostatečné informace k zařazení do výše uvedené klasifikace.

Kozáková (in Ludíková, 2005) uvádí, že s hloubkou mentálního postižení roste i pravděpodobnost přítomnosti tělesného postižení. Mentální postižení se vyskytuje přibližně u 2/3 dětí s DMO, přičemž asi 1/3 je má v pásmu lehké mentální retardace, další třetina pak v pásmu středně těžké a těžké mentální retardace.

Kombinace hybného a mentálního postižení může být také získaná, a to zejména v důsledku úrazů.

Hybné postižení může být také kombinováno s epilepsií, tj. se záchvatovitým onemocněním mozku.

„Epilepsie (jedná se o velké množství značně odlišných záchvatů a syndromů nikoli nozologickou jednotku) sice nemají jednotnou etiologii, jsou však jednoznačně charakterizovány svou patogenezí, tj. procesem epileptogeneze.

Symptomatické (sekundární) jsou podmíněny mozkovým ložiskovým nebo difúzním postižením traumatickým (včetně perinatálních traumat v širokém slova smyslu), nádorovým, cévním, metabolickým, degenerativním či toxickým.

Idiopatické (primární) jsou ty, jejichž příčinu nelze na základě dosavadních možností stanovit.“ (Šlapal, 2002, s. 30)

Při záchvatu je běžná mozková aktivita přerušena nekontrolovanými abnormálními výboji neuronů. Generalizované záchvaty prochází celým mozkem, jsou provázeny bezvědomím a většinou i křečemi. Příčinou parciálních záchvatů jsou patologické výboje v určité ohraničené oblasti mozku. Lesný, Špitz (1989) uvádějí, že generalizované epilepsie bývají dědičné, začínají téměř vždy v dětském věku a jsou závislé na stupni zralosti mozku. Parciální epilepsie jsou většinou získaná onemocnění jako důsledky např. úrazů či porodních traumat, nebo provázejí jiná onemocnění. Jejich klinické příznaky jsou závislé na umístění ložiska.

Parciální nebo generalizované epileptické záchvaty jsou diagnostikovány asi u poloviny dětí s DMO (Kozáková in Ludíková, 2005).

Kombinace tělesného postižení a epilepsie může být také získaná, a to v důsledku úrazů, které způsobují poškození centrální nervové soustavy.

Kombinace hybného postižení a postižení zraku vzniká zejména v důsledku vrozených nedostatků v celkové osobnosti jedince (Stoklasová in Ludíková, 2005). Nejčastěji se postižení zraku kombinuje s DMO a epilepsií.

Bendová (in Ludíková, 2005) uvádí u DMO výskyt strabismu a hemianopsie. Strabismus je poruchou rovnovážného postavení očí, hemianopsií označujeme výpadek postihující polovinu zorného pole očí.

„Opět se mohou vyskytnout také formy získané, kdy se k jednomu z postižení přidruží postižení jiné. K těmto případům dochází často následkem automobilových úrazů, úrazů oka (poleptání, popálení) nebo ztráty zraku v důsledku nádorů či diabetické retinopatie“ (Stoklasová in Ludíková, 2005, s. 78).

Kombinace hybného a sluchového postižení představuje pro postiženého většinou značné omezení. Záleží na době vzniku i rozsahu postižení. U dětí s touto kombinovanou vadou dochází k opoždění ve vývoji motoriky i sociálních dovedností, včetně komunikace. Pokud sluchová vada vznikla před vytvořením řeči, ovlivňuje negativně vývoj jazyka i myšlení. Postižení sluchu může být kombinováno např. s dětskou mozkovou obrnou. Bendová (in Ludíková, 2005) uvádí nejčastější výskyt sluchových vad u dyskinetické formy DMO. Příčinou poruch sluchu je poškození sluchové dráhy nebo mozkové kůry spánkového laloku. Poměr výskytu poruch sluchu u dětí s dětskou mozkovou obrnou je 1 : 14 až 1 : 31.

Hybné postižení může provázet i narušená komunikační schopnost. U jedinců s hybným postižením, způsobeným zejména poškozením centrální nervové soustavy, se často setkáváme s narušenou komunikační schopností, s tzv. symptomatickou poruchou řeči. *“Symptomatické poruchy řeči definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění“* (Lechta, 2002, s. 52).

Narušená komunikační schopnost je často patrná u lidí s dětskou mozkovou obrnou. Vývoj řeči bývá opožděný, v případě přítomnosti mentální retardace až omezený. Narušeny mohou být všechny jazykové roviny, přičemž největší nápadnosti jsou v rovině foneticko-fonologické. Typickou poruchou řeči u DMO je dysartrie, při níž jsou narušeny všechny složky řeči – artikulace, fonace, respirace, prozodie. Klenková (2006) uvádí další symptomatické poruchy řeči u dětí s DMO, jako jsou

koktavost, breptavost, otevřená huhňavost, narušené koverbální chování, mutismus, poruchy řeči, způsobené přidruženými orgánovými odchylkami řečového efektoru a poruchy polykání.

Ke kombinaci hybného postižení a narušené komunikační schopnosti může docházet v jakémkoliv období lidského života, a to např. v důsledku cévních mozkových příhod či úrazů mozku.

1.6 Přehled zdravotního postižení u klientů sociálních služeb v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka

Ve školním roce 2006/2007 je v ÚSP pro TPM Kociánka celkem 446 klientů sociálních služeb se zdravotním postižením. Z celkového počtu klientů sociálních služeb navštěvuje 23 mateřskou školu, 140 školu základní a 203 jich navštěvuje střední školy.

Tabulka č. 1 - Přehled zdravotního postižení

Zdravotní postižení	Počet	% z celkového počtu
Neurologická diagnóza (DMO, LMD, svalová onemocnění, degenerativní smyslové vady)	365	81,84
Ortopedická diagnóza (skoliózy, amputační a VVV končetin, kloubní choroby)	44	9,87
Poúrazová postižení mozku nebo míchy	20	4,48
Ostatní (M. Down, VVV srdce, alergie, metabolické onemocnění)	17	3,81
Přidružené mentální postižení	253	56,73
Epilepsie v kombinaci s DMO a stavech po úrazu	56	12,56
Francouzské hole užívá	18	4,04
Vozík užívá	131	29,37

(Zemanová, 2007)

Kapitola vymezuje okruh osob s tělesným a kombinovaným postižením s důrazem na postižení, která se nejčastěji vyskytují v Ústavu sociální péče Kociánka. Okruh osob je heterogenní skupinou, u níž je společným znakem vrozené či získané omezení hybnosti.

Kombinované vady jsou multifaktoriálně zapříčiněné a představují sdružení dvou i více několika vad u jednoho jedince.

2 Tělesně pohlavní vývoj

Jednou z charakteristik člověka, jako biologického druhu, je sexuální dimorfismus, tedy rozdílnost mezi mužem a ženou. Tělesně pohlavní vývoj tvoří základní předpoklad k sexuální diferenciaci kognitivní, emotivní i konativní složky člověka (Zvěřina, 2003).

Pohlavní vývoj člověka začíná okamžikem vzniku života splynutím zárodečných buněk (Zvěřina, 1987).

2.1 Vznik pohlaví

Jelínek et al. (2000) uvádí, že vznik nového jedince a přenos genetických informací zajišťuje rozmnožovací soustava, která se vyvíjí souběžně s močovým ústrojím. Je tvořena pohlavními žlázami a cestami. *„Obě soustavy – pohlavní i močová – se zakládají jako párové mezodermální lišty v embryonálním období“* (Machová et al., 1998, s. 19).

Geneticky je pohlaví dítěte dané už při oplodnění, ale pohlavní žlázy jsou v počátečních stádiích vývoje morfologicky a sexuálně nediferencované. Člověk má 23 párů chromozómů, z toho 44 autochromozómů a dva chromozomy pohlavní, tzv. heterochromozómy. Genotyp 46, XY je příznačný pro mužské pohlaví, genotyp 46, XX pro ženské pohlaví. Zvěřina (2003) uvádí, že rozhodující úlohu na utváření původně nediferencované primární gonády, tedy zda se z původně nerozlišeného základu budou vyvíjet vaječníky nebo varlata, mají pohlavní chromozómy. Vývoj varlat určuje chromozóm Y, pokud chybí, vyvíjí se pohlavní žláza ženským směrem. Sexuálně dimorfní diferenciace vnitřních a vnějších pohlavních orgánů je závislá již na hormonální regulaci. Raboch (1988) uvádí, že v období těhotenství vytvářejí pohlavní žlázy mužského zárodku hormonální látky, fetální varletní androgeny, které ovlivňují tělesně pohlavní vývoj a formují určité oblasti centrálního nervového systému. U ženského plodu nejsou fetální varletní androgeny přítomny.

Vývoj vnitřních i vnějších pohlavních orgánů (podle Drobného, Drobné, 2004), začíná ve 4. týdnu těhotenství a v průběhu prvního trimestru se orgány diferencují. Jejich vývoj je ukončen až v období puberty. Machová (1993) je toho názoru, že z mezodermální lišty se ve čtvrtém týdnu začíná odlišovat základ varlat, v 10. týdnu pak základ vaječníků. Pohlavní žlázy vznikají v dutině břišní. V průběhu nitroděložního vývoje sestoupí vaječníky do malé pánve. Varlata začínají sestupovat koncem sedmého

měsíce a procházejí tříselným kanálem do šourku. U donošeného novorozeného chlapce je sestup varlat dokončen. Pohlavní žlázy jsou v dětství v růstovém i funkčním klidu a až v pubertě nastává jejich rychlý růst a vstup do funkce. Na konci puberty nastupuje u člověka období pohlavní zralosti. Období je charakteristické tvorbou pohlavních buněk a hormonů.

Pohlavní hormony se tvoří pod vlivem gonádotropních hormonů podvěsku mozkového (hypofýzy). Gonádotropní hormony se tvoří v předním laloku hypofýzy (adenohypofýza) a působí na růst a činnost pohlavních žláz, řídí jejich hormonální sekreci a ovlivňují tvorbu pohlavních buněk. Gonádotropní hormony se dělí na folikulostimulační hormon (FHS) a lutenizační hormon (LH). FSH podporuje u žen růst folikulů ve vaječnících a produkci ženských pohlavních hormonů (estrogenů), u mužů ovlivňuje tvorbu a dozrávání spermií. LH podporuje u žen činnost žlutého tělíska (menstruačního či těhotenského) a produkci progesteronu, u mužů působí na produkci mužského pohlavního hormonu (testosteronu).

(Srovnej Machová, 1993, Jelínek et al., 2000, Drobný, Drobná, 2004)

Machová (1993) uvádí, že u žen okolo 45. roku dochází k pozvolnému ustávání činnosti pohlavních žláz. Také se snižuje hladina pohlavních hormonů, mizí ovulace a menstruace. U mužů dochází s věkem rovněž ke snižování hormonální činnosti a tvorby spermií, ale tyto funkce nikdy plně nezaniknou.

2.2 Pohlavní ústrojí muže

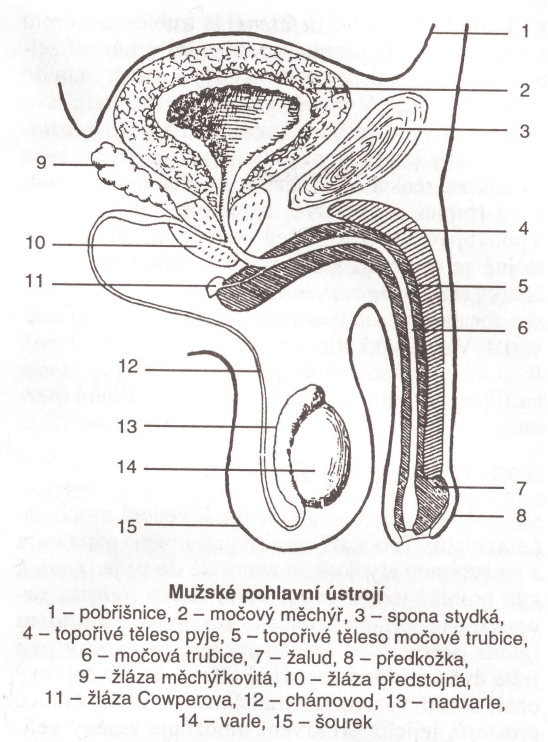
Pohlavní orgány muže lze rozdělit podle umístění na vnitřní a zevní.

K vnitřním pohlavním orgánům muže náleží varle, nadvarle, chámovod, měchýřové žlázy a předstojná žláza.

Varle (testis) je párovou mužskou pohlavní žlázou. Má vejčitý tvar a je uložená v šourku, tedy mimo břišní dutinu. Povrch tvoří vazivový obal, ze kterého vstupují do varlete přepážky, které dělí vnitřní prostor varlete na několik oddílů. Jednotlivé oddíly jsou vyplněny mnohonásobně stočenými semenotvornými kanálky vystlanými zárodečným epitelem, ve kterém se od puberty tvoří pohlavní buňky (spermie). Ve vazivu mezi semenotvornými kanálky jsou umístěny Leydigovy buňky, produkující mužský pohlavní hormon testosteron. Dozrávání spermií trvá asi 74 dní. Tento proces je řízený folikulostimulačním hormonem a testosteronem. Zralé spermie se ze stěny

semenotvorných kanálků uvolňují a odcházejí jimi k zadní stěně varlete a poté se vývodnými kanálky dostávají do nadvarlete, kde se shromažďují.
(Srovnej Jelínek et al., 2000, Dylevský, 2000)

Obrázek 1 Mužské pohlavní ústrojí



Mužské pohlavní ústrojí
1 – pobřišnice, 2 – močový měchýř, 3 – spona stydká, 4 – topořivé těleso pyje, 5 – topořivé těleso močové trubice, 6 – močová trubice, 7 – žalud, 8 – předkožka, 9 – žláza měchýřkovitá, 10 – žláza předstojná, 11 – žláza Cowperova, 12 – chámovod, 13 – nadvarle, 14 – varle, 15 – šourek

Převzato z Jelínek, Zicháček et al. (2000)

*„**Nadvarle** (epididymis) leží na horní a zadní ploše varlete. Dozrávající pohlavní buňky se v kanálku nadvarlete mísí s hlenovitým sekretem buněk vystýlajících kanálek. Spermie jsou v nadvarleti nejen shromažďovány, ale získávají zde i schopnost samostatného pohybu a sekret nadvarlete má význam pro jejich látkovou výměnu“* (Dylevský, 2000, s. 353).

Chámovod (ductus deferens) je podle popisu Machové (1993) trubice dlouhá asi 40 cm, která vystupuje z nadvarlete a probíhá vzhůru tříselným kanálem k močovému měchýři, prostupuje předstojnou žlázou a ústí do močové trubice. Před vstupem do předstojné žlázy se k pravému a levému chámovodu připojují **měchýřkovité žlázy** (glandulae vesiculosae), jejíž sekret přispívá k životnosti spermií.

Pod močovým měchýřem obemyká močovou trubici nepárová **předstojná žláza** (prostata). Její obsah spolu s tekutými výměšky nadvarlete, měchýřovitých žláz a spermiemi tvoří ejakulát (chám, sperma) (Machová, 1993).

Zevními pohlavními orgány muže jsou pyj a šourek.

Pyj (penis) je kopulační orgán, kterým prochází močová trubice. Močová trubice slouží k vedení moči a ejakulátu. V pyji jsou umístěny jedno nepárové a jedno párové topořivé těleso, jejichž prokrvení umožňuje při sexuálních podnětech erekci. Erekce je výsledkem reflexu, který je řízen erekčním centrem v bederní míše. Penis je ukončen žaludem, který kryje volná kožní řasa, předkožka (Dylevský, 2000).

Šourek (scrotum) se nachází pod pyjem. Jedná se o kožní vak s párovou dutinou, v níž je uloženo varle, nadvarle a začátek chámovodu (Machová, 1993).

2.3 Pohlavní ústrojí ženy

Pohlavní ústrojí ženy rovněž rozdělujeme podle umístění na orgány vnitřní a zevní.

K vnitřním pohlavním orgánům náleží vaječník, vejcovod, děloha a pochva.

Vaječník (ovarium) je podle popisu Machové (1993) párovou ženskou pohlavní žlázou, pokrytou jednovrstevným epitelem. Pod ním se nachází korová vrstva, v jejímž zárodečném epitelu dozrávají vajíčka v Graafových folikulech, a vnitřní vrstva dřeňová. Graafův folikul obsahuje tekutinu s ženským pohlavním hormonem - estrogenem. Vrstva dřeňová je dobře prokrvená a zajišťuje výživu vaječníku. U novorozeného děvčete obsahuje vaječník asi 400 tisíc nezralých vajíček, jejichž počet se v dětství snižuje a v pubertě je jejich jen okolo čtyř tisíc. V průběhu celého plodného období ženy dozraje v Graafových folikulech asi 400 vajíček. Dylevský (2000) uvádí, že v období puberty začíná u ženy ovulační cyklus a končí mezi 50 až 60 lety. V pravidelně se opakujících ovulačních cyklech, které trvají zhruba 28 dní, dozrává většinou jeden Graafův folikul, tvořený dutinkou, obaly a vajíčkem. Graafův folikul praskne (ovulace) a folikulární tekutina vyplaví vajíčko (ovum), které se poté dostává do vejcovodu. Prasklý folikul se uzavírá a v buňkách, které tvoří obaly, se ukládá tuk a žluté barvivo, vzniká žluté tělísko (corpus luteum). Buňky, které tvoří stěnu Graafova folikulu, jsou endokrinní tkání vaječníku produkující estrogeny. Po prasknutí folikulu a vzniku žlutého tělíska produkují progesteron. Estrogeny ovlivňují chování a cítění ženského typu a zasahují do vývoje sekundárních pohlavních znaků. Progesteron má vliv na děložní sliznici a na buňky mléčné žlázy, jde o tzv. těhotenský hormon. Pokud dojde k oplození, žluté tělísko si uchovává svoji funkci a produkuje do šestého měsíce těhotenství progesteron. Poté zaniká a jeho činnost přebírá placenta. Machová (1993) uvádí, že pokud není vajíčko oplozeno, hormonální produkce žlutého tělíska rychle klesá a okolo 24. dne tělísko zaniká.

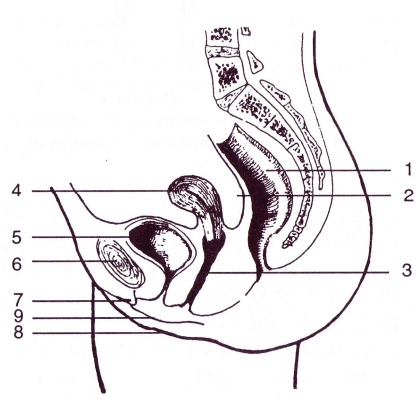
Vejcovod (tuba uterina) je párovým orgánem. Jedná se o trubici, jejíž stěna je tvořena hladkou svalovinou. Uvnitř se nachází sliznice pokrytá řasinkovým epitelem. Rozšířený začátek vejcovodu je obrácený k vaječníku, konec ústí do dělohy. Vajíčko je vejcovodem posunováno do dělohy prostřednictvím stahů svaloviny vejcovodu a pohybem řasinek (Jelínek et al., 2000).

Děloha (uterus) je, podle popisu Machové (1993), nepárový orgán tvořený hladkou svalovinou, jehož sliznice je pokryta jednovrstevným řasinkovým epitelem. Horní část

dělohy nazýváme dnem děložním, uvnitř je dutina děložní a dole zúžené děložní hrdlo. Ve spodní části děložního hrdla se nachází děložní čípek. Děloha má schopnost v těhotenství mnohonásobně zvětšit svůj objem. Jelínek et al. (2000) uvádí, že děložní sliznice prodělává pravidelně se opakující změny, které jsou spojeny s ovulačním cyklem a jsou označované jako menstruační cyklus. Jeho funkcí je příprava na případné přijetí oplozeného vajíčka. Menstruační cyklus rozdělujeme do fáze menstruační, proliferační, sekreční a ischemické. Při menstruační fázi dochází k odumírání povrchové vrstvy děložní sliznice, která se odlučuje a současně s krví porušených cév a neoplozeným vajíčkem odchází pochvou z těla ven. Menstruační fáze trvá asi čtyři dny. Proliferační fáze navazuje na předcházející a dochází v ní k růstu nové děložní sliznice a ke zrání Graafova folikulu. Toto růstové období probíhá mezi 5. až 12. dnem cyklu. Následuje fáze sekreční, ve které nadále probíhá růst děložní sliznice. Rostou i žlázky, obsažené ve sliznici, které produkují množství hlenu. Mezi 12. až 14. dnem dochází k ovulaci. Pokud nedojde k oplození vajíčka, zaniká postupně žluté tělísko, hladina progesteronu klesá, děložní sliznice se začíná snižovat a mezi 24. až 27. dnem se rozpadá. Navazuje nejkratší fáze, fáze ischemická, která trvá asi 24 hodin. Dochází k prudkému poklesu hladiny progesteronu a uvolnění hormonu oxytocinu, který je produkován neurohypofýzou. Pokles hladiny hormonů způsobí stažení cév, které zásobují děložní sliznici. Nedostatečným zásobováním sliznice dochází k jejímu odumírání. Po obnovení průtoku krve nastává odlučování sliznice, začíná nový cyklus.

(Srovnej Machová, 1993, Jelínek et al., 2000, Dylevský, 2000)

Obrázek 2 Ženské pohlavní ústrojí



Ženské pohlavní ústrojí
1 – konečník, 2 – pobřišnice,
3 – pochva, 4 – děloha,
5 – močový měchýř, 6 – spona stydká,
7 – poštěváček,
8 – velký pysk, 9 – malý pysk

Převzato z Jelínek, Zicháček et al. (2000)

Pochva (vagina) spojuje dělohu se zevními pohlavními orgány. Stěnu pochvy tvoří hladké svalstvo, sliznici pokrývá dlaždicový epitel. Vchod do pochvy bývá před prvním pohlavním stykem uzavřen slizniční řasou, panenskou blánou (hymen). Při

prvním pohlavním styku se blána trhá a po prvním porodu zpravidla úplně mizí (Dylevský, 2000).

K zevním pohlavním orgánům ženy patří velké a malé stydké pysky, poštěváček a poševní předsíň.

Velké stydké pysky (labia majora) jsou párovou kožní řasou, která obsahuje vazivo, tukové buňky a hladkou svalovinu. Mezi velkými stydkými pysky jsou umístěny **malé stydké pysky** (labia minora). Nahoře se sbíhají v kožní řasu, kryjící topořivé tělísko, **poštěváček** (clitoris). Jejich vnitřní okraj ohraničuje poševní předsíň. V přední části **poševní předsíně** ústí močová trubice, za ní je vchod poševní. Po stranách poševního vchodu ústí vývody Bartoliho žláz, které produkují sekret a zvlhčují poševní vchod (Dylevský, 2000).

2.4 Anomálie pohlavních chromozomů

Anomálie pohlavních chromozomů se dle Zvěřiny (2003) vyskytují u 1,16% novorozených dětí. Nejčastěji se jedná o Turnerův syndrom, polysomie X chromozomu u žen, polysomie Y chromozomu a Klinefelterův syndrom.

Turnerův syndrom postihuje jen ženy. Hartl, Hartlová (2000) uvádějí poměr výskytu 1 : 3000 žen. Žena má místo dvou chromozomů X jen jeden (45, X). Syndrom je charakteristický zpomaleným vývojem, nízkým vzrůstem a většinou i psychickou nezralostí těchto žen. Tyto ženy zpravidla nemají vaječníky a nejsou u nich přítomné druhotné pohlavní znaky. Ženy s tímto syndromem jsou neplodné.

Polysomie chromozomu X u žen postihuje podle Zvěřiny (2003) 1% populace. Nejčastěji se vyskytuje karyotyp 47, XXX. Plodnost žen je zachována, ale k menopauze může docházet v nižším věku. Poměrně často bývá přítomna lehká mentální retardace a poruchy vývoje řeči.

Polysomie chromozomu Y se nejčastěji, podle Zvěřiny (2003), vyskytuje ve formě 47, XYY syndromu („super-male syndrom“), s incidencí asi 1,02%. Tento syndrom zapříčiňuje u muže nadprůměrný vzrůst. Charakteristická je snížená plodnost, podprůměrný intelekt a vyšší dispozice k poruchám chování.

Klinefelterův syndrom postihuje jen muže. Zvěřina (2003) uvádí, že tito muži mají většinou karyotyp 47, XXY. V dětství je vzhled a jejich vývoj nenápadný. Diagnózu lze provést až v pubertě. Klinefelterův syndrom je charakterizován malými

varlaty a zvětšením prsních žláz. Dochází k porušení či k neschopnosti tvorby spermií, a proto jsou tito muži zpravidla vždy sterilní. Hartl, Hartlová (2000) poukazují na zřetelně ženský vzhled těchto mužů.

Kapitola se zabývá tělesně pohlavním vývojem člověka. Pohlaví dítěte je geneticky dané už při oplodnění. Chromozómy mají vliv na utváření původně nediferencované primární gonády mužským či ženským směrem. Sexuálně dimorfní diferenciace vnitřních a vnějších pohlavních orgánů je závislá na hormonální regulaci. Vývoj vnitřních i vnějších pohlavních orgánů začíná v intrauterinním životě dítěte a končí až v období puberty. Pohlavní orgány muže i ženy lze rozdělit podle umístění na vnitřní a zevní. Pohlavní chromozómy mohou postihnout různé anomálie. Nejvýznamnějšími jsou Turnerův syndrom, polysomie X chromozomu u žen, polysomie Y chromozomu u mužů a Klinefelterův syndrom.

3 Sexualita a její vývoj

Sexualitu lze podle Hartla, Hartlové (2000) charakterizovat jako souhrn projevů lidského chování a prožívání, který vyplývá z tělesných i psychických rozdílů mezi pohlavími. Jedná se o rozdíly anatomické, hormonální a reprodukční. Rozdílné jsou i sociální role získané učením. Sexualitu je možno také chápat jako fyziologické uspokojení a psychickou slast spojenou se sexuálními aktivitami sbližování, vzrušení a spojení.

„Sexualita je podstatnou součástí lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý z nás je sexuální bytost a každý z nás má právo na prožití vlastní sexuality. Obecně jsou přijímány níže uvedené 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“*

(Vykydalová [online], 2006).

Pohlaví definuje Kracík (1987) jako souhrn tělesných a funkčních znaků, které mají přímý či nepřímý vztah k rozmnožování. Pohlavní pud označuje jako výběrový a sbližovací reflexní děj, který je ovlivněný funkcí hormonů a slouží k zachování druhu. Dítě má vrozenou určitou dispozici k sexuálnímu chování, ale to, zda bude v dospělosti schopno párového chování a pohlavního styku, závisí na učení.

„Sexuální vývoj v dětství a v době dospívání je výrazně ovlivňován oficiálními postoji společnosti, ve které člověk žije“ (Raboch, 1988, s. 33).

3.1 Vývoj sexuality v dětství

„Sexuální vývoj probíhá u většiny lidí hladce a nerušeně jak po stránce tělesné, tak po stránce psychické. Předpoklady, získané v těle matky, jsou doplňovány nepostradatelnými vlivy prostředí. Tyto vlivy jsou zvlášť významné v prvních letech života dítěte. Nedostatky, kterými zde dítě trpí, je provázejí celým dalším životem“ (Zvěřina, 1987, s. 2).

Naprosto nepostradatelný je **intimní kontakt novorozence s matkou**, protože jen tak se novorozenec naučí vnímat doteky a reagovat na ně, což má podle Zvěřiny (1987) zásadní význam ve vývoji párové erotiky v dospělosti.

Dítěti je ihned po narození připsáno matriční pohlaví a rodiče i okolí k němu začínají přistupovat jako k chlapci nebo k dívce. To se odráží mimo jiné ve výběru příslušného oblečení a hraček. Postupně se vytvářejí prvky chování typické pro jedno či druhé pohlaví, dochází k procesu **identifikace s pohlavím**, který je ukončen vytvořením pohlavní identity (gender identity). ***„Pohlavní identita*** *představuje vnitřní pohled či pocit, uvědomění a přijetí příslušnosti k jednomu z pohlaví. K jejímu plnému pochopení patří rozpoznání pohlaví, uvědomění si její neměnnosti v čase a její nezávislosti na vnějších znacích“* (Šilerová, 2003, s. 52).

Baštecká (2000) uvádí, že k vytvoření zdravé pohlavní identity je důležité, aby se dítě naučilo rozeznávat mezi sexuálními a nesexuálními částmi těla a mezi pocity, které jim přísluší. Dále je nutné, aby se naučilo přijímat a odmítat erotické projevy a dokázalo dobře přijmout projevy rozvíjející se pohlavnosti v době dospívání. Také musí mít alespoň z části ujasněno, co je to být mužem a co ženou. Lidská sexualita, obdobně jako celé lidské zrání, prochází vývojem od identity k intimitě.

V některých případech může dojít k poruše identifikace s pohlavím, k tzv. **transsexualitě**. *„Základním projevem je nespokojenost s vlastním anatomickým pohlavím, člověk si přeje zbavit se vlastního genitálu a sekundárních pohlavních znaků, získat pohlaví opačné a rovněž opačné sekundární pohlavní znaky“* (Zvolský, 2001, s. 149).

Období dětství bylo dlouhou dobu mylně chápáno jako období bez jakýchkoliv projevů sexuality. První projevy sexuality byly řazeny až do období puberty. Tento

názor vyvrátil Sigmund Freud, který rozdělil **dětskou sexualitu do tří fází**. Brzek (1993) uvádí, že se jedná o fázi orální, anální a falickou. V orální fázi jsou erotogenní zónou ústa. U dítěte vyvolává slastný pocit sání mateřského mléka či dumlání dudlíku, palce nebo různých hraček. V anální fázi je erotogenní zónou oblast konečníku, dítě zažívá slastný pocit při vyprazdňování či zadržování stolice, popřípadě i moči. Pro falickou fázi je příznačné seznamování se a experimentování s vlastním tělem. Dítě zjišťuje, že dráždění v oblasti genitálií může být zdrojem slasti, a proto se v tomto období objevuje tzv. **dětská onanie**. V této fázi mohou děti prožívat platonický erotický vztah ke svým rodičům. U chlapců se může objevit oidipovský komplex, kdy chlapci na otce žárlí a považují ho za sexuálního soupeře. U dívek se obdobná krize ve vztahu k matce nazývá Elektřin komplex. Tyto tři fáze vývoje sexuality končí okolo pátého roku věku dítěte. Nastupuje období latence, ve kterém jsou sexuální projevy dítěte velmi nenápadné. Období trvá asi pět let. Vývoj dětské sexuality je završen obdobím genitálním, ve kterém se pozvolna začínají objevovat prvky dospělé sexuality. Rovněž Čačka (2000) uvádí, že dítě mezi druhým a pátým rokem objevuje své sexuální orgány, jejichž stimulace u něj vyvolává libé pocity.

*„**Děti jsou schopny základních sexuálních emocí** – sexuálního vzrušení, orgasmu i erotické fascinace jiným jedincem. Také proto některé děti poměrně často onanují. Proti této dětské onanii není třeba nijak bojovat. Zpravidla odezní spontánně, není-li nepřiměřenými tresty negativně posilována. Důležité je, že dětské sexuální projevy nemají erotický charakter v dospělém smyslu slova“* (Zvěřina, 2003, s. 54).

Mnozí rodiče jsou sexuální aktivitou svých dětí znepokojeni, považují ji za abnormální a často ji nevhodným způsobem potlačují nebo dokonce trestají. Raboch (1988) uvádí, že děti nemají být za svou sexuální aktivitu trestány, neboť může docházet k rozvoji úzkosti, k pocitům viny a nakonec až k neurotickým postojům k vlastní sexualitě. Spíše doporučuje věnovat pozornost rodičům, poskytnout jim informace a usměrnit jejich chování vůči dětem.

V předškolním období děti začínají také odlišovat **mužské a ženské role**, učí se přejímat mužské a ženské způsoby chování. Jejich vzorem je zejména rodič stejného pohlaví. Děti jsou v tomto období velmi zvídavé a jejich častou aktivitou je hra, která se tématicky nevyhýbá ani sexuální oblasti. Děti napodobují sexuální chování dospělých a prozkoumávají intimní tělesné partie své i ostatních dětí. Zvěřina (2003) uvádí, že se

nejedná o nebezpečný fenomén, ale klade důraz na přiměřené poučení dětí o tom, které hranice nesmí jejich hravost překročit. V tomto období se děti rovněž začínají zajímat o to, jak přišly na svět.

„Před vstupem do školy by dítě mělo vědět, jestli je chlapec nebo dívka, že jednou bude maminkou či tatínkem, a jak přišlo na svět. Zároveň by mělo znát i správné názvy pohlavních orgánů a mělo by vědět, že se nikdo nesmí dotýkat jeho pohlavních orgánů. Také by mělo vědět, že když se lidé mají rádi, dávají si to najevo i tělesnými doteky“ (Šilerová, 2003, s. 51).

Ve školním věku dochází vlivem nových zkušeností k dalšímu upevňování sexuálních rolí, k prohloubení pohlavní identity. Rovněž roste zájem o sexuální téma. Dítě, jehož jednání bylo doposud formováno zejména rodiči, je v tomto období ovlivňováno spíše skupinou vrstevníků (Šilerová, 2003).

3.2 Vývoj sexuality v období dospívání

Období dospívání je kritickou vývojovou etapou člověka, která představuje pro dospívající a jejich okolí značnou zátěž. Většina dospívajících vykazuje časté změny nálad, přecitlivělost, výbušnost, impulzivní jednání, nepředvídatelné a neadekvátní reakce. Dochází k plnému vytvoření mužské a ženské identity. Dospívající si postupně utvářejí rodičovské postoje, které mohou v budoucnu ovlivnit chování k jejich vlastním dětem. Mladí lidé se snaží navázat kontakt s objekty svého zájmu, chodí na své první schůzky a prožívají první pevnější citové vztahy. Stále více času tráví mimo domov se svými kamarády a stávají se nezávislejšími na rodině. Názory a postoje dospívajícího významně ovlivňují kamarádi a skupiny vrstevníků.

Langmeier, Krejčířová (1998) rozdělili dospívání na dvě období. Prvním obdobím je **pubescence** (asi od 11 do 15 let), které obsahuje fázi prepuberty a fázi vlastní puberty. **Prepuberta** začíná prvními známkami pohlavního dospívání a obvykle urychlením v růstové křivce. U dívek končí nástupem menarché, u chlapců první emisí semene – noční polucí. V našich podmínkách trvá tato fáze u dívek od 11 do 13 let, u chlapců probíhá fyzický vývoj asi o 1 až 2 roky později. **Fáze vlastní puberty** (asi od 13 do 15 let) nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. Druhým obdobím je **adolescence** (od 15 do 20 – 22 let)**.** Postupně

se dokončuje tělesný růst člověka a je dosažena plná reprodukční zralost. Mění se postavení jedince ve společnosti, začínají četnější a hlubší erotické vztahy, význačně se mění sebepojetí.

„Jako zcela nová kvalita se objevuje schopnost se zamilovat. Doba prvního zamilování je ovlivněna „biologickými hodinami“, které ve většině případů jsou koordinovány s hormonální pubertou“ (Raboch, 1988, s. 27).

Podle Baštecké (2000) začínají mít v pubertě významnou roli **partneři**. Představy o nich však zpočátku slouží k budování vlastní identity. Nejprve se jedná o partnera vysněného a statusového. Partnerem vysněným je například idol, jehož plakáty má dívka vylepeny v pokoji (od 10 let dívky výše). Partner statusový slouží k porovnávání s vrstevníky. Toto partnerství odpovídá věkovému rozmezí mezi střední a vysokou školou. Teprve později člověk usiluje o partnera intimního.

Zvěřina (2003) uvádí, že puberta u chlapců představuje vysokou erotizaci, sexuální aktivitu a prožitky pocitového vyvrcholení. Erotizace, sexualita a pocitové vyvrcholení u dívek v tomto období není tak intenzivní. U mnohých žen je sexualita ve všech jejich složkách plně rozvinuta až okolo třicátého roku věku. Erotické a partnerské vztahy úzce souvisejí s uvědoměním si vlastní sexuality. U chlapců je toto uvědomění obvykle spojeno s potřebou uspokojení pohlavního pudu, u dívek není tato potřeba tak jasná.

Podle výzkumu Weisse, Zvěřiny (2001) chlapci začínají s masturbačními aktivitami dříve a s vyšší frekvencí než dívky. Z jejich šetření v roce 1998 vyplynulo, že chlapci začínají masturbovat v průměru ve věku necelých 14 let a dívky ve věku 17 let. 28% dívek uvedlo, že první zkušenosti s masturbací nabylo až po 18. roce.

Macek (2003) uvádí **odlišný sociální kontext sexuálního chování** u chlapců a dívek. U chlapců je sexualita častým tématem ve vrstevnické skupině. Prezentace vlastních sexuálních zkušeností zvyšuje sociální status. U dívek je případná komunikace na toto téma spojována spíše s hodnocením své sexuální atraktivity pro druhé pohlaví než s vlastním sexuálním chováním či prožíváním. Sexualitu u dívek podněcuje spíše jejich partner, nikoliv vrstevnická skupina. Významnou roli sehrává zvědavost a potřeba ujistit se o vlastní přitažlivosti pro muže. Partnerské vztahy jsou zpočátku obvykle

krátkodobé, spojené spíše s návštěvou kulturních nebo sportovních zařízení. Později jsou schůzky zaměřené na sdělování vzájemných pocitů či prožitků a na intimní kontakt.

*„**Sexuální aktivity** začínají obvykle lehkým pettingem, který se časem stupňuje (směrem ke genitálním kontaktům)*“ (Macek, 2003, s. 61).

Koitální zkušenosti mají podle Rabocha (1998) dříve dospívající u nichž je snížený dozor rodičů a jejich nedostatečná přísnost. *„Dospívající s koitálními zkušenostmi mají častěji jen základní vzdělání, zatímco žáci středních a později vysokých škol se sexuálně vyvíjejí pomaleji. Pokud se školního prospěchu týče, bývají na tom sexuálně zkušení hůře. Jsou častěji výdělečně činní a mají sklon ke změně pracoviště. Jsou u nich známky impulzivity a menší ctižádosti“* (Raboch, 1998, s. 31). Obdobný názor má i Macek (2003), který uvádí, že nižší věk prvního pohlavního styku souvisí s celkovým životním stylem. Adolescenti, kteří konzumují alkohol, kouří nebo užívají drogy, začínají s pohlavním životem dříve a jsou více promiskuitní.

V průběhu vývoje adolescentů se partnerské vztahy stávají stabilnější a dlouhodobější. Významnou roli zde hrají morální hodnoty, jako jsou zodpovědnost a věrnost. V tomto období se zpravidla naplno projeví sexuální orientace a sexuální identita (Macek, 2003).

Šilerová (2003) uvádí, že **lidská sexualita prochází různými fázemi** v závislosti na životních obdobích, ve kterých se rovněž mění kvalita prožívání sexuality. Sexualita je podle Baštecké (2000) odlišná před vstupem do manželství, na počátku manželství, po porodu dítěte či ve stáří, a v podobě intimity se vyvíjí po celý život.

3.3 Možné odchylky ve vývoji sexuality jedinců s tělesným a kombinovaným postižením

Kracík (1987) zastává názor, že sexualita a sexuální život postižených osob je oblastí, ve které panuje řada předsudků a nejasností. Sexuální život jedinců s postižením

je mnohdy rodiči i vychovateli těchto osob považován za nežádoucí. Od handicapovaných lidí je očekávána asexuálnost. To koresponduje i s názory široké veřejnosti, která se mylně domnívá, že postižení jedinci jsou neschopni sexuality a sexuálního života.

Sexualitu osob s tělesným a s kombinovaným postižením je vždy nutno chápat v souvislosti s dalšími individuálními projevy každého jedince a ve vztahu k sociálnímu prostředí, ve kterém žijí. Intaktní populace si většinou vůbec neuvědomuje, že existuje celá řada překážek a omezení, které musí handicapovaní lidé překonávat. Tyto bariéry se nevyhýbají ani sexuálnímu životu a jeho prožitku (Kubíčková in Jůva, 1996).

Již v rodině bývají postoje rodičů k sexualitě jejich dítěte často rozpačité. Většina z nich si nedokáže nebo nechce připustit, že by jejich dítě mohlo mít sexuální potřeby, které se snaží nějakým způsobem uspokojit. Proto v rozporu s biologickým a psychickým procesem přirozeného dozrávání uměle prodlužují jeho dětství. Sexualita bývá v rodině tabuizována, k dítěti se nedostávají potřebné informace a vzorce chování, což výrazně omezuje jeho životní zkušenosti. Potřeba sexuality se ovšem v průběhu času dostaví a jedinec s postižením si nedokáže v důsledku rodinné výchovy s tímto „problémem“ poradit. Neumí adekvátně reagovat a považuje svou sexualitu za nežádoucí, což může vést k poruchám vědomí vlastní identity, sebedůvěry a k hlubokým pocitům viny a studu. Mnoho rodičů se rovněž zabývá otázkou dědičnosti a sexualitu ztotožňují s plozením dětí. Proto vychovávají své postižené děti k životu bez manželství a rodičovství. Neuvědomují si, že i postižené dítě je třeba od raného dětství připravovat na takovou sexuální roli, která je pro něj vzhledem k jeho handicapu reálná (Kracík, 1987).

Vývoj sexuality může být podle Spilkové (2000) postižen na různých úrovních. Vrozené vady, ale i vady získané následkem různých nemocí či úrazů, mohou omezit nebo komplikovat sexuální život.

Psychický vývoj tělesně postiženého člověka probíhá v podstatě podle stejných zákonitostí jako u zdravého člověka“ (Kracík, 1987, s. 8).

Rovněž Matějček (2001) je toho názoru, že **dítě s určitým tělesným či smyslovým handicapem** se vyvíjí podle stejných psychologických zákonitostí jako

zdravé dítě. Uvádí ovšem, že dítěti se v důsledku postižení nedostává rovnoměrného přísunu podnětů z prostředí. Některými druhy podnětů je dítě přesycováno, jiné se k němu téměř nedostanou. Časté je také **neuspokojování základních psychických potřeb** dítěte, takže se může stát, že se tyto potřeby v dostatečné míře nevyvinou. Mnohdy zůstávají neuspokojeny potřeby kontaktů s vrstevníky, potřeby uplatnit se ve společnosti či potřeby citových vztahů k druhému pohlaví, které mají svůj počátek v pubertě.

Kracík (1987) uvádí, že z důvodu **sociální deprivace** nemá dítě dostatek životních zkušeností, důležitých mimo jiné pro vývoj pocitu vlastní sexuality a navázání vzájemných vztahů obou pohlaví.

Škutová ([online], 2005) uvádí, že u dítěte se **zrakovou vadou**, které nemá možnost pozorovat nonverbální komunikaci, se projeví deprivace jak v oblasti sociálního, tak sexuálního učení. Výsledkem deprivace může být uzavření se do sebe a hledání uspokojení v **autostimulačním jednání**.

Baštecká (2000) předpokládá, že **u dětí s postižením získaným v raných stádiích vývoje** dochází k největším odchylkám v období zhruba od jednoho roku do pěti let, tedy ve vytváření **identity psychosexuální role**. Postižené děti jsou většinou déle závislé na jiných lidech, více podléhají jejich kontrole a ovládání a mohou se tak stát oběťmi zneužívání. Rovněž zastává názor, že v období mezi pátým a osmým rokem se u dítěte vytváří **tzv. mapa lásky**, tedy určitý neuvědomovaný souhrn představ, zkušeností, očekávání či fantazií, které jsou vázány k sexualitě a k výběru partnera. Na utváření mapy lásky mají vliv zážitky a interakce v rodině, i další zkušenosti, které dítě získává např. v kontaktech s kamarády. S mapou lásky souvisí způsoby, kterými jedinec naplňuje svoje erotické a sexuální potřeby a potřeby něhy. Baštecká zcela hypoteticky uvádí, že u lidí s postižením získaným v raných stádiích vývoje může docházet k různým **odlišnostem ve vývoji mapy lásky**, včetně jiného kontaktu s vrstevníky a odlišné možnosti odmítat dotyky.

Podle Matějčka (2001) se ve školním věku výrazně formuje **identita člověka.** U dítěte se utváří vědomí vlastního „já“, vlastní společenské hodnoty, postoje k sobě, tedy hodnocení sama sebe a sebeúcta. K tomuto postoji patří přibližně od osmi let, i **vědomí tělesné zdatnosti, krásy, soběstačnosti, nezávislosti**. Viditelný handicap může vést k intenzivním úzkostem a stresům, které ohrožují právě zdravé utváření identity.

Okolo osmého roku se dívky, chlapci asi o dva roky později, začínají zajímat o otázky sexuální přitažlivosti a možnosti mít v budoucnu vlastní děti, a to zejména v souvislosti s malformacemi zevních genitálií. Pokud je porucha přítomna v této oblasti, bývá provázena silnými pocity méněcennosti. Tyto pocity jsou bohužel většinou rodinou, vychovateli i lékaři podceňovány.

Určité individuální odchylky ve vývoji sexuality a v sexuálním chování nacházíme u **jedinců s mentálním postižením**, popřípadě **s mentálním a hybným postižením**. Prevendárová ([online], 2005) uvádí, že u jedinců s lehkou mentální retardací se sexuální vývoj může zpožďovat, nebo naopak, pod vlivem prostředí a kulturních zvyklostí, urychlovat. Pokud se u jedince nevyvinou sekundární pohlavní znaky, může být sexuální vývoj dokonce zastavený. Sexuální chování jedinců s mentálním postižením je závislé na pohlaví, věku, stupni postižení a vlivech výchovného prostředí.

Dospívání je obdobím, ve kterém se projeví **sexuální potřeba** převážně u všech jedinců, a to bez ohledu na jejich postižení.

Vágnerová (2000) uvádí, že sexuální potřeba se u všech jedinců s mentálním postižením nemusí vytvářet. Občas se jedná spíše o vyjádření touhy po blízkém člověku. Člověk s mentální retardací uspokojuje svoji sexuální potřebu většinou autostimulací. Prevendárová ([online], 2005) je toho názoru, že někteří jedinci s mentálním postižením, popřípadě s mentálním a hybným postižením, bývají sice tělesně vyspělí, ale jejich sexualita zůstává na úrovni dítěte. Vágnerová (2000) upozorňuje na fakt, že člověk s mentální retardací si obvykle neví se svou sexualitou rady, nemá příležitost sexuální potřebu uspokojit, popřípadě neví, jakým způsobem to má udělat. Tito lidé jsou velice sugestibilní, závislí a neschopní obrany, a proto se lehce mohou stát obětí sexuálního zneužívání.

Kracík (1987) uvádí, že v období dospívání je sexualita v prudkém rozvoji. **U jedinců se získaným postižením** právě v tomto období nastávají potíže v sebepojetí a obavy z nedostatečného výkonu. Tito lidé budou muset hledat nové cesty k uspokojení a používat náhradní sexuální aktivity.

Podle Vágnerové (2000) dochází v dospívání **ke snaze odpoutat se** z těsné vázanosti na rodinu a osamostatnit se. Pro mnoho postižených je odpoutání, z důvodu handicapu nebo nevhodné výchovy, nedostupné. Jedinci s mentální retardací většinou potřebu osamostatnit se nemají.

„Období dospívání je také obdobím hledání vlastní identity. Je zřejmé, že pro postižené jedince je tento proces mnohem obtížnější a riziko selhání větší“ (Vágnerová, 2000, s. 113).

3.4 Aspekty sexuální výchovy jedinců s tělesným a kombinovaným postižením

*„**Otevřená sexuální výchova** je zdrojem zodpovědného a méně impulsivního přístupu mladých lidí k sexualitě. Namísto restriktivního přesvědčování mladých, aby „řekli NE sexu“, je třeba vychovávat lidi k pozitivním postojům. Mladí lidé se musí naučit převzít zodpovědnost a vyhýbat se rizikům“* (Zvěřina, 2003, s. 249).

V životě každého dítěte, postižené nevyjímaje, má **významné postavení jeho rodina**. Trojan (1994) zastává názor, že rodiče jsou obvykle první a nejdůležitější v oblasti sexuální výchovy dítěte, protože mu předávají informace, projevují postoje a hodnoty a pomáhají tak k rozvoji zdravých pocitů vůči sexualitě. Již velmi malé děti vyžadují účelnou sexuální výchovu, která je připraví pro budoucí život a nutnost rozhodování a volby. Hajnová, Kleinová (2002) uvádějí, že v rodině se dítě učí popisovat svoje tělo, vyjadřovat své pocity a měla by to být právě rodina, kdo dítěti do pěti let sdělí základní informace o těle a jeho funkci, pohlavní orgány nevyjímaje. Velice důležitá je ovšem forma, jakou jsou informace dítěti podávány. Trojan (1994) doporučuje rodičům komunikovat o sexuálních hodnotách, které chtějí svým dětem předat, na otázky z oblasti sexuality odpovídat ihned po jejich vyslovení dítětem, nebát se přiznat své rozpaky a odpovídat jednoduše a upřímně.

Na sexuální výchovu v rodině by měla navázat **sexuální výchova ve škole**. Sexuální výchova v obou prostředích by se měla vzájemně doplňovat. *„Škola má silnou informační úlohu. Rodiče by měli být těmi, kdo poskytují dítěti dostatek prostoru pro další povídání“* (Šilerová, 2003, s. 61).

Täubner ([online], 2003) uvádí tři základní roviny, které sledují cíle sexuální výchovy ve školní praxi. Jedná se o rovinu kognitivní a informativní, rovinu postojovou a emocionální a o rovinu dovedností, návyků a chování. **Ideálním cílem sexuální výchovy je kvalitní a zdravý život v partnerství, manželství a rodičovství**. V sexuální výchově by dítě mělo být informováno např. o stavbě a funkci pohlavních orgánů muže a ženy, o hygieně, o menstruaci a poluci, o pohlavních chorobách, o antikoncepci či o těhotenství a narození dítěte. Mělo by se rovněž dozvědět, co to je pohlavní zneužívání a jak se před ním chránit. Neméně významné je osvojení si pravidel sexuálního chování a bezpečného sexu.

Zvěřina (2003) je toho názoru, že lidé, kteří jsou o sexu včas a otevřeně informováni, se v oblasti vlastní sexuality chovají zodpovědněji a racionálněji než lidé nepoučeni.

Štěrbová ([online], 2006) poukazuje na **nutnost kvalitní sexuální výchovy a osvěty lidí s postižením**. Při této činnosti je nezbytné respektovat jejich individuální schopnosti přijímat informace, jakož i eventuelní dopad smyslových či pohybových vad. U jedinců s kombinovanou vadou je třeba v rozvoji a kultivování sexuality využít jako stěžejní další, nepostižené smysly. Obdobný názor vyjadřuje i Šilerová (2003), která uvádí, že při sexuální výchově postižených dětí je třeba **brát v úvahu míru postižení a míru schopností**, které jsou u dítěte zachovány. Konkrétní formu sexuální výchovy je důležité přizpůsobit typu i stupni postižení dítěte.

*„**Sexuální výchova zdravých dětí a dětí s mírnými pohybovými vadami** se nemusí příliš lišit. Děti s pohybovými vadami potřebují více povzbuzení a více podpory pro své sebevědomí, které je velmi důležité pro navazování a udržování partnerských vztahů. Jejich chápání otázek spojených se sexualitou ani jejich pozdější sexuální život nebudou jejich handicapem výrazněji ovlivněny“* (Šilerová, 2003, s. 92).

Kozáková (2004) uvádí, že pokud je u jedinců přítomno **mentální postižení,** je třeba o sexualitě mluvit vždy s ohledem na jejich biologický, mentální, sociální a sexuální věk. Šilerová (2003) vyjadřuje názor, že děti s intelektovým handicapem se nebudou příliš zajímat o otázky lidské sexuality. Zájmem dětí s mentální retardací bude spíše jejich tělo a masturbace, která u části těchto dětí zůstane jediným naplněním jejich sexuálních potřeb i v dospělosti. Pokud to jde, měly by zvládnout její techniku a touto cestou uvolňovat své sexuální napětí. Důležité ovšem je, aby dítě pochopilo, že

masturbace je jen jejich intimní záležitostí, patří do soukromí a ne na veřejně přístupná místa.

Specifický přístup je nutné zvolit i v sexuální výchově dětí, u kterých se vyskytuje **smyslové postižení**, tedy postižení zraku či sluchu. Škutová ([online], 2005) uvádí, že na rozdíl od zdravých dětí, které získávají informace o okolním světě zejména zrakovou cestou, mají děti se zrakovým postižením k informacím velmi omezený přístup. Chabá informovanost může vést až k utváření nesprávných či nepřesných představ o lidském těle, jeho růstu a vývoji. Pokud neinformovanost přetrvává i do pozdějšího věku, může být příčinou potíží v běžném i partnerském životě. Proto je důležité vhodně interpretovat dění v okolí dítěte, včetně různých sexuálních vjemů, které jsou pro dítě zrakovou cestou nepřístupné. Šilerová (2003) je toho názoru, že děti s postižením zraku a sluchu by měly postupně dostávat stejné informace, jako zdravé děti. Odlišná ovšem bude forma komunikace a předávání informací.

*„**Pro komunikaci o sexualitě** v případě jakkoliv handicapovaných dětí obecně platí, že bychom měli usilovat o to, aby měli tolik informací, kolik mohou ještě pochopit a kolik potřebují pro svůj současný i budoucí život. V řadě případů se obsah komunikace nemusí nijak zásadně odlišovat od komunikace se zdravými dětmi“* Šilerová (2003, s. 95).

Adam (2004) prezentuje názor, že edukační aktivity u zdravotně postižených mají být zaměřené také na sociální dovednosti k získání partnera. Důležitá sice jsou školení v praktikách sexuálního uspokojení, ale ta by měla vést k přesahu do partnerského života, zejména tam, kde si to postižení jedinci přejí a kde je to reálné.

Mladý člověk má, podle Šilerové (2003), odcházet do života s přesvědčením, že **sexualita a vše co s ní souvisí je přirozenou součástí lidského života**, o které lze bez falešných zábran mluvit, i když ne za všech okolností a s každým.

3.5 Partnerství a rodičovství

Partnerství, tedy párový vztah, definuje Schmidbauer (1994) jako vztah mezi dvěma lidmi, ve kterém je možná největší intimita a výměna pocitů a myšlenek. Pokud v dětství takový úzký vztah chybí, nebo je narušen, pak i u dospělého člověka přetrvávají obavy z těsné párové vazby.

Každý člověk, handicapované nevyjímaje, má potřebu milovat a být milován a ve většině případů touží po partnerském vztahu. Potřeba postiženého jedince po navázání partnerského vztahu je obdobná jako u intaktní populace a potřeba sexuální aktivity také obvykle nebývá snížena (Kracík, 1987).

Budování partnerských vztahů bývá ovšem pro lidi s tělesným či kombinovaným postižením velice obtížné, protože mnoho z nich nemá dostatečné sociální kontakty. Pokud postižený člověk navštěvuje kolektivní zařízení, např. školu či zájmové kroužky, nebo chodí do zaměstnání, zvětšuje se okruh lidí, se kterými se setká a tím i šance, že potká potencionálního partnera. Rovněž pokud navštěvuje speciální školu, nebo v průběhu školní docházky pobývá na internátu s dalšími postiženými lidmi, popřípadě žije v ústavu sociální péče, je šance na nalezení partnera vyšší, než kdyby pobýval jen v rodinném, byť milujícím, prostředí. *„Tato varianta však vytváří základ budoucí sociálně izolované minority, jejíž členové se přátelí a uzavírají sňatky převážně pouze mezi sebou“* (Vágnerová, 2000, s.113).

Někteří lidé s tělesným a kombinovaným postižením prožijí část, nebo celý svůj život **v ústavu sociální péče**. S rodinou se vídají jen o víkendech nebo o prázdninách, popřípadě se s ní nestýkají vůbec. Někteří žijí v ústavech od raného dětství. U těchto lidí je možné pozorovat obtížnější orientaci v mezilidských a rodinných vztazích a ve vztahu k opačnému pohlaví. Kracík (1987) uvádí, že v ústavu jsou lidé většinou závislejší na pomoci zaměstnanců ústavu a mají obvykle méně soukromí než v rodinném prostředí, což je omezuje i v jejich sexuálních projevech.

Přesto řada lidí s tělesným nebo kombinovaným postižením přiznává, že to byl právě ústav sociální péče, kde se poprvé zamilovali, prožili první partnerský vztah a zahájili pohlavní život. Tito lidé rovněž uvádějí, že v rodině by byli izolováni a tyto možnosti by neměli.

Odlišná situace nastává v institucích, které jsou určeny jen mužům nebo ženám. Vesměs se jedná o zařízení, jejichž obyvatelé mají mentální postižení, popřípadě postižení kombinované. Spilková (2000) je toho názoru, že obyvatelé takovýchto zařízení jsou okrádáni o plnohodnotné prožití sexuality, a proto se mnohdy uchylují k masturbaci či homosexuálním pohlavním stykům. Vágnerová (2000) ovšem uvádí, že jsou i ústavní zařízení, která umožňují těmto lidem partnerský život, pochopitelně s patřičnou antikoncepcí a sociální podporou.

Pokud člověk s tělesným či kombinovaným postižením opustí kolektivní zařízení, může se tím snížit i šance získat přátele nebo partnera. Podle Vágnerové (2000) může nastalá sociální izolace vyvolat snahu fixovat se na jakoukoli osobu, která je mu nablízku. V důsledku touhy po blízkém citovém vztahu nebo po přátelství se postižený člověk většinou snaží získat jakýkoli vztah, a to bez výběru. Mnohdy nehledá svého partnera podle jeho psychických a fyzických vlastností, jedincova volba je omezena partnerovou dosažitelností. Člověk se závažnějším postižením má omezenější výběr partnera, pro kterého by byl přijatelný. Ideálem je získat zdravého partnera a potvrdit tak vlastní hodnotu, tedy snížit subjektivní míru handicapu.

Pohlavní život v partnerském svazku handicapovaných může být kvalitní i bez koitálního styku. Existuje řada sexuálních pomůcek i sexuálních technik, které mohou handicapovaní lidé ve svém sexuálním životě využívat. Některé páry si ovšem přejí uskutečnit i pohlavní styk. Pokud se jedná o lidi s těžkým tělesným postižením či kombinovaným postižením, je pro ně pohlavní styk nedostupný. Takto postižený pár není schopen sám zaujmout vhodnou polohu pro styk. Určitým řešením tohoto problému by mohla být **facilitovaná sexualita.** Zde ovšem stojíme před otázkou, kdo by měl být facilitátorem, zda některý blízký přítel postiženého, osobní asistent či jiná osoba.

Možnost této služby zjišťoval Mitchell S. Tepper v USA v Centru pro samostatný život v Berkeley (CIL Berkeley).

Tato společnost se sice z formálního hlediska záležitostmi týkajícími se sexuality nezabývá, ale koordinátor asistenčních služeb CIL Berkeley zjistil, že obvykle poté, co se mezi lidmi s postižením a jejich osobním asistentem či asistentkou vytvoří dobrý pracovní vztah, probírají i možnost facilitovaného sexu. Koordinátor se

dále domnívá, že asistenti spíše pomáhají s masturbací než s partnerským sexem. Sex facilitovaný osobním asistentem je velice složitá záležitost, ke které se nezaujímá jednoznačný postoj ani v USA (Tepper [online], 2003).

Většina lidí v určitém věku začne uvažovat o **rodičovství**. Touhu po dítěti vyjadřují i lidé s tělesným či kombinovaným postižením. Mnohdy jsou ovšem jejich představy naivní, neuvědomují si obrovskou zodpovědnost, která s výchovou dítěte souvisí. *„Partnerské vztahy a založení rodiny handicapovaných muže být útěkem před vlastní neschopností žít nezávisle a samostatně“* (Kubíčková, 1995, s. 15).

Každý člověk, postižené nevyjímaje, má právo založit rodinu i přes možnost dědičnosti postižení. Lidé s tělesným postižením, popřípadě postižením kombinovaným si většinou toto riziko neuvědomují, protože sami nevědí, že jejich postižení má genetickou příčinu, nebo je jejich touha po dítěti tak velká, že si tuto možnost vůbec nepřipouštějí.

Také společnost je k rodičovství postižených lidí skeptická a plná předsudků. Většina lidí si nedokáže představit, že by postižení, kteří sami potřebují péči, mohli adekvátně pečovat o dítě a vychovávat jej. Přitom rodiče s tělesným či kombinovaným postižením, kromě kombinací zahrnujících mentální postižení, mají obdobné psychické předpoklady k výchově dítěte jako intaktní populace.

Pokud se handicapovaná žena rozhodne mít dítě, je důležité aby se obeznámila s možným průběhem, případně komplikacemi, které mohou těhotenství provázet. Žena si také musí uvědomit, že bude potřebovat někoho, kdo jí bude po porodu s dítětem pomáhat v činnostech, které sama, vzhledem ke svému postižení, nezvládá. Pomoci ženě může kromě partnera a rodičů také osobní asistent či asistentka.

Možnost otěhotnění je vždy nutno posuzovat individuálně. Některé postižení snižuje či přímo vylučuje plodnost. *„Určitou pomocí pro mnohé páry může být i umělé oplodnění. Před etickým problémem však stojíme např. v situaci, kdy se jedná o pár těžce postižený somaticky (genetické vady, těžký neurologický postih apod.), psychicky (např. schizofrenie) anebo o pár osob se značným stupněm mentální retardace (obvykle od středního stupně níže) atp. Tady je vždy na místě individuální posouzení a konzultace s příslušnými odborníky“* (Fiala [online], 2005).

Kapitola se zabývá sexualitou a jejím vývojem v dětství a dospívání u intaktní populace a možnými odchylkami ve vývoji sexuality u jedinců s tělesným a kombinovaným postižením. Pozornost je věnována rovněž aspektům sexuální výchovy handicapovaných lidí. Zabývali jsme se také otázkou partnerství a budování partnerských vztahů a rodičovstvím.

4 Výzkum

4.1 Cíl diplomové práce, hypotézy, popis metod a technik výzkumné práce

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat oblast sexuality u mladých lidí s tělesným a kombinovaným postižením, zjistit, jaký postoj k sexualitě zaujímají, zda mají v této oblasti nějaké zkušenosti, uvědomují-li si možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku, jaký je jejich pohled na partnerství a jak si svého partnera přestavují. Cílem bylo také zjistit, od koho lidé s výše uvedeným postižením čerpali informace z oblasti sexuality.

Stanovené hypotézy k naplnění cíle diplomové práce:

H 1 – Muži s tělesným a kombinovaným postižením mají četnější zkušenost s některou formou sexuálního uspokojování než stejně postižené ženy.

H 2 – Lidé s tělesným postižením si častěji uvědomují možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku než jedinci s kombinovaným postižením.

H 3 – Ženy s tělesným postižením budou ve své volbě preferovat partnera bez postižení častěji než stejně postižení muži.

H 4 – Mužům s tělesným a kombinovaným postižením předávají informace z oblasti sexuality přátelé častěji než stejně postiženým ženám.

Metodologie výzkumu

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou, statistickou procedurou. K zjištění údajů od respondentů byla využita technika dotazníku a za účelem doplnění informací bylo využito rovněž nestandardizovaných rozhovorů s respondenty a s vychovateli. V dotazníku byly použity otázky zjišťující charakteristiku souboru respondentů a otázky vztahující se k cílům diplomové práce. Dotazník obsahoval 24 otázek uzavřených a 4 otázky polouzavřené. Výsledky byly zpracovány univariační a bivariační analýzou a byly zaznamenány do tabulek. Z důvodu větší názornosti byly v některých případech zaznamenány výsledky též do grafů. Pro analýzu výsledků byly použity chí-kvadrát test

a Fisherův exaktní test. Ke zpracování byl použit program Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. (Dean et al., 1994 - 2002)

Harmonogram výzkumu:

Sběr dat:	únor až březen 2007
Analýza dat:	duben až srpen 2007
Zpracování a interpretace výsledků:	září až prosinec 2007

4.2 Místo šetření a charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl prováděn v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež, Kociánka 2, Brno, jehož zřizovatelem je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jedná se o celoroční zařízení, které poskytuje komplex služeb pro uživatele s tělesným, případně kombinovaným postižením.

Vlastní výzkumné šetření probíhalo formou dotazníku. Dotazníky byly adresovány obyvatelům ústavu, kteří jsou v internátní péči a mají týdenní nebo celoroční formu pobytu, a studentům středních škol na Kociánce. Celkem bylo osloveno 180 osob, odpovědělo jich 97. Tento počet tvořil základní soubor výzkumu. Charakteristiku souboru vyjadřují tabulky č. 2 až 6.

4.3 Vlastní výzkumné šetření

Odpovědi respondentů na otázky z dotazníku jsou zpracovány univariační alanýzou a jsou doprovázeny textovým komentářem. Soubor respondentů je rozdělen podle pohlaví a typu postižení.

Legenda k tabulkám:

TP = Tělesné postižení

KP = kombinované postižení

Tabulka č. 2 - Otázka 1 - Pohlaví

	Vyhodnocení (%)	Počet	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Žena	43,3	42	29	51,8%	13	31,7
Muž	56,7	55	27	48,2%	28	68,3

Počet celkem = 97; Počet TP celkem = 56; Počet KP celkem = 41

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 97 respondentů, z toho bylo 42 žen, tj. 43,3% a 55 mužů, tj. 56,7%.

Tabulka č. 3 - Otázka 2 - Věk

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
15-17	25,8	25	11	26,2	14	25,5	15	26,8	10	24,4
18-20	45,4	44	16	38,1	28	50,9	25	44,6	19	46,3
21-23	18,6	18	10	23,8	8	14,5	13	23,2	5	12,2
24-26	5,2	5	3	7,1	2	3,6	1	1,8	4	9,8
27 a více let	5,2	5	2	4,8	3	5,5	2	3,6	3	7,3

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41

Z tabulky vyplývá, že nejvíce dotazovaných respondentů, téměř polovina, bylo ve věku 18 až 20 let. Nejméně respondentů bylo ve věkovém rozmezí 24 až 26 let a 27 a více let. Každá z těchto věkových skupin obsahovala 5 respondentů.

Tabulka č. 4 - Otázka 3 - Jaké je Vaše postižení?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)
Tělesné	100	97	42	100	55	100
Mentální	35,1	34	10	23,8	24	43,6
Zrakové	9,3	9	3	7,1	6	10,9
Sluchové	3,1	3	1	2,4	2	3,6
Jiné	13,4	13	4	9,5	8	14,5

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55;

Tabulka ukazuje, že všech 97 respondentů má tělesné postižení. U 34 osob, tedy více než třetiny, je tělesné postižení kombinováno s mentální retardací. 13 osob uvedlo, že má ještě jiné postižení.

Z hlediska pohlaví je téměř u čtvrtiny žen přítomna kombinace tělesného a mentálního postižení. Z celkového počtu mužů se tato kombinace vyskytuje téměř u poloviny.

Tabulka č. 5 - Otázka 4 a) – Víte, jak se Vaše postižení jmenuje?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	61,9	60	22	52,4	38	69,1	37	66,1	23	56,1
Ne	38,1	37	20	47,6	17	30,9	19	33,9	18	43,9

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že téměř dvě třetiny respondentů věděly, jak se jejich postižení jmenuje. Více než třetina respondentů název diagnózy neznala.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že diagnózu znaly téměř tři čtvrtiny mužů, ale jen polovina dotázaných žen.

Tabulka č. 6 - Otázka 4 b) - Pokud víte, jak se Vaše postižení jmenuje, napište, prosím, název diagnózy.

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Turnerův syndrom	1,7	1	1	4,5	0	0,0	1	2,7	0	0,0
Svalová dystrofie	5	3	0	0,0	3	7,9	3	8,1	0	0,0
Dětská mozková obrna	75	45	15	68,2	30	78,9	25	67,6	20	87,0
Meningomyelokéla	5	3	2	9,1	1	2,6	2	5,4	1	4,3
Svalová atrofie	1,7	1	1	4,5	0	0,0	1	2,7	0	0,0
Tetraplégie	5	3	2	9,1	1	2,6	3	8,1	0	0,0
Paraplegie	1,7	1	1	4,5	0	0,0	1	2,7	0	0,0
Goldenhaurův syndrom	1,7	1	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	4,3
Spastická triparéza	3,3	2	0	0,0	2	5,3	1	2,7	1	4,3

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že nejčastěji uváděnou diagnózou je dětská mozková obrna (DMO). Tuto diagnózu v dotazníku uvedly tři čtvrtiny ze všech dotázaných respondentů.

Z hlediska pohlaví zmínila DMO více než čtvrtina mužů a téměř třetina žen. Diagnóza DMO byla nejčastější i u respondentů s kombinovaným postižením, uvedlo ji 87 % respondentů.

Tabulka č. 7 - Otázka 5 - Máte v současné době partnera?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	24,7	24	11	26,2	13	23,6	17	30,4	7	17,1
Ne	75,3	73	31	73,8	42	76,4	39	69,6	34	82,9

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že v době vyplňování dotazníku byly bez partnera tři čtvrtiny všech dotázaných respondentů.

Tabulka č. 8 - Otázka 6 - Máte dostatek možností pro výběr partnera?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	54,6	53	20	47,6	33	60,0	32	57,1	21	51,2
Ne	30,9	30	17	40,5	13	23,6	17	30,4	13	31,7
Nedokážu posoudit	14,4	14	5	11,9	9	16,4	7	12,5	7	17,1

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že více než polovina všech dotázaných respondentů si myslí, že má dostatečné možnosti pro výběr partnera.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že více než třetina žen a necelá čtvrtina mužů považují možnosti pro výběr partnera za nedostatečné. 14 respondentů (14,4%) nedokázalo své možnosti pro výběr partnera posoudit.

Tabulka č. 9 - Otázka 7 - Myslíte si, že máte vytvořené dostatečné podmínky pro nerušené intimní chvíle?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	24,7	24	6	14,3	18	32,7	14	25,0	10	24,4
Ne	34	33	15	35,7	18	32,7	16	28,6	17	41,5
Nedokážu posoudit	41,2	40	21	50,0	19	34,5	26	46,4	14	34,1

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že přibližně třetina dotázaných respondentů je přesvědčena, že nemá vytvořené dostatečné podmínky pro nerušené intimní chvíle. Jako nedostatečné hodnotí podmínky častěji lidé s kombinovaným postižením (více než dvě pětiny). Osmnáct mužů a šest žen si myslí, že má pro nerušené intimní chvíle vytvořené dostatečné podmínky.

Tabulka č. 10 - Otázka 8 - Pokud nemáte partnera, co je příčinou?

Tato otázka byla určena pouze respondentům, kteří nemají partnera. Těch bylo v době dotazníkového šetření, jak ukazuje tabulka č. 7, sedmdesát tři. Respondenti mohli zvolit více odpovědí.

	Vyhodnocení (%)	Počet	Žena	Žena (%)	Muž	Muž (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Nedostatek příležitostí k seznámení	24,7	18	7	22,6	11	26,2	12	30,8	6	17,6
Váš zdravotní stav	15,1	11	4	12,9	7	16,7	5	12,8	6	17,6
Vliv rodičů (rodiče si nepřejí, abyste měl/a partnera)	4,1	3	1	3,2	2	4,8	2	5,1	1	2,9
Váš nezájem o partnerství	15,1	11	4	12,9	7	16,7	3	7,7	8	23,5
Obava z navázání intimního (sexuálního) vztahu	17,8	13	8	25,8	5	11,9	7	17,9	6	17,6
Jiný důvod	28,8	21	8	25,8	13	31	12	30,8	9	26,5

Počet celkem = 73;Počet žen celkem= 32; Počet mužů celkem = 45; Počet TP celkem= 41; Počet KP celkem= 36;

Z šetření vyplynulo, že téměř čtvrtina všech respondentů uvádí jako důvod, proč nemá partnera, nedostatek příležitostí k seznámení. Jiný důvod uvedla téměř třetina respondentů, ale blíže ho nespecifikovala. Jen tři respondenti uvedli, že rodiče si nepřejí, aby měli partnera, a proto partnerství neuzavírají. Z hlediska pohlaví uvedla více než čtvrtina žen a necelých 12 % mužů jako důvod obavu z navázání intimního vztahu.

Pokud se zaměříme na typ postižení, zjistíme, že téměř čtvrtina respondentů s kombinovaným postižením a necelých 8 % respondentů s tělesným postižením nemá partnera, protože o partnerství nejeví zájem.

Tabulka č. 11 - Otázka 9 - Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete? Váš partner by měl být:

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Bez postižení	58,8	57	23	54,8	34	61,8	37	66,1	20	48,8
Lehce postižený	16,5	16	4	9,5	12	21,8	7	12,5	9	22,0
S těžším postižením	1	1	1	2,4	0	0,0	1	1,8	0	0,0
Dosud jsem o tom nepřemýšlel/a	23,7	23	14	33,3	9	16,4	11	19,6	12	29,3

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že více než tři pětiny respondentů s tělesným postižením a necelá polovina s postižením kombinovaným preferuje partnera bez postižení. Necelá pětina všech respondentů preferuje partnera s lehkým postižením. Partnera s lehkým postižením by zvolilo dvanáct mužů a čtyři ženy. O svém partnerovi doposud nepřemýšlela téměř čtvrtina dotázaných respondentů. Preference partnera s těžším postižením je mizivá.

Tabulka č. 12 - Otázka 10 - Co považujete v partnerském životě za nejdůležitější?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Lásku	48,5	47	23	54,8	24	43,6	27	48,2	20	48,8
Sexuální uspokojení	6,2	6	2	4,8	4	7,3	0	0,0	6	14,6
Dostatek peněz	2,1	2	1	2,4	1	1,8	2	3,6	0	0,0
Vzájemnou toleranci	18,6	18	8	19,0	10	18,2	13	23,2	5	12,2
Porozumění	7,2	7	3	7,1	4	7,3	5	8,9	2	4,9
Důvěru	17,5	17	5	11,9	12	21,8	9	16,1	8	19,5

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že téměř polovina respondentů považuje v partnerském životě za nejdůležitější lásku. Odpověď vzájemnou toleranci zvolila necelá pětina dotázaných respondentů. Důvěru považuje za nejdůležitější dvanáct mužů a pět žen. Zajímavé je, že odpověď sexuální uspokojení zvolili jen lidé s kombinovaným postižením.

Tabulka č. 13 - Otázka 11 - Myslíte si, že lidská sexualita je naprosto přirozenou záležitostí?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	84,5	82	31	73,8	51	92,7	47	83,9	35	85,4
Ne	1	1	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	2,4
Nedokážu posoudit	14,4	14	11	26,2	3	5,5	9	16,1	5	12,2

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Více než tři čtvrtiny všech dotázaných respondentů považují lidskou sexualitu za naprosto přirozenou záležitost. Jeden respondent má na sexualitu názor opačný. Zaměříme-li se na pohlaví, zjistíme, že sexualitu považuje za přirozenou více mužů. Jedenáct žen a tři muži nedokázali tuto otázku posoudit.

Tabulka č. 14 - Otázka 12 - Máte zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování (např. masturbace, pohlavní styk)

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	62,9	61	19	45,2	42	76,4	35	62,5	26	63,4
Ne	37,1	36	23	54,8	13	23,6	21	37,5	15	36,6

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že více než tři pětiny dotázaných respondentů mají zkušenost s nějakým způsobem sexuálního uspokojování. Tuto zkušenost uvedly více než dvě pětiny žen a tři čtvrtiny mužů.

Tabulka č. 15 - Otázka 13 - V kolika letech jste začal/a s pohlavním životem (první pohlavní styk)?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ještě jsem nezačal/a	60,8	59	30	71,4	29	52,7	30	53,6	29	70,7
Před 15. rokem	12,4	12	6	14,3	6	10,9	8	14,3	4	9,8
Mezi 16.-17. rokem	16,5	16	2	4,8	14	25,5	12	21,4	4	9,8
Mezi 18.-19. rokem	8,2	8	4	9,5	4	7,3	5	8,9	3	7,3
Mezi 20.-27. rokem	1	1	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	2,4
Později	1	1	0	0,0	1	1,8	1	1,8	0	0,0

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že více než polovina dotázaných respondentů nemá zkušenost s pohlavním stykem. Tuto skutečnost uvedla více než polovina lidí s tělesným postižením a téměř tři čtvrtiny s postižením kombinovaným.

Téměř třetina respondentů zmínila, že měla první pohlavní styk v období před 15. rokem či v období mezi 16. až 17. rokem. Zaměříme-li se na pohlaví, zjistíme, že v tomto období začalo s pohlavním životem více mužů než žen.

Tabulka č. 16 - Otázka 14 - Kolik sexuálních partnerů jste v životě měl/a (s kolika partnery jste měl/a pohlavní styk)?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
0	60,8	59	30	71,4	29	52,7	30	53,6	29	70,7
1-2	15,5	15	6	14,3	9	16,4	13	23,2	2	4,9
3-5	7,2	7	2	4,8	5	9,1	4	7,1	3	7,3
6-10	8,2	8	1	2,4	7	12,7	6	10,7	2	4,9
11 a více	8,2	8	3	7,1	5	9,1	3	5,4	5	12,2

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z tabulky č. 15 je zřejmé, že více než polovina všech respondentů doposud neměla pohlavní styk. Proto uvedli nulový počet sexuálních partnerů. Jednoho až dva sexuální partnery přiznala téměř čtvrtina respondentů s tělesným postižením a necelých 5 % respondentů s postižením kombinovaným. Odpověď šest až deset partnerů volili častěji lidé s tělesným postižením, jedenáct a více partnerů zase lidé s postižením kombinovaným. Z hlediska třídění dle pohlaví, mělo koitální styk s jedenácti a více partnery pět mužů a tři ženy.

Tabulka č. 17 - Otázka 15 - Jak často máte pohlavní styk?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Denně	1	1	1	2,4	0	0,0	1	1,8	0	0,0
Několikrát za týden	6,2	6	3	7,1	3	5,5	3	5,4	3	7,3
Několikrát za měsíc	12,4	12	1	2,4	11	20,0	9	16,1	3	7,3
Několikrát za rok	18,6	18	6	14,3	12	21,8	12	21,4	6	14,6
Nemám	61,9	60	31	73,8	29	52,7	31	55,4	29	70,7

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že z celkového počtu respondentů více než polovina nemívá pohlavní styk. Když porovnáme odpovědi s tabulkou č. 15, zjistíme, že se jedná o respondenty, kteří ještě neměli pohlavní styk. 1 respondent sice uvedl zkušenost s pohlavním stykem, ale v současné době ho nemá.

Z celkového počtu respondentů má téměř pětina pohlavní styk několikrát za měsíc.

Z hlediska pohlaví uvedla pětina mužů a jedna žena, že mají pohlavní styk několikrát za měsíc. Každodenní pohlavní styk uvedla jedna žena.

Tabulka č. 18 - Otázka 16 - Jakou máte zkušenost s náhodnými pohlavními styky (tzv. na jednu noc)?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Častou	7,2	7	2	4,8	5	9,1	3	5,4	4	9,8
Občasnou	7,2	7	2	4,8	5	9,1	5	8,9	2	4,9
Žádnou	85,6	83	38	90,5	45	81,8	48	85,7	35	85,4

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že jen čtrnáct respondentů má nějakou zkušenost s náhodnými pohlavními styky.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že tuto zkušenost uvádějí častěji muži.

Tabulka č. 19 - Otázka 17 - Jaký význam přisuzujete ve Vašem životě sexu? Sex je pro Vás:

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Velmi významný	18,6	18	3	7,1	15	27,3	9	16,1	9	22,0
Méně důležitý	39,2	38	17	40,5	21	38,2	26	46,4	12	29,3
Bezvýznamný	5,2	5	5	11,9	0	0,0	3	5,4	2	4,9
Nevím, jak odpovědět	37,1	36	17	40,5	19	34,5	18	32,1	18	43,9

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že sex zaujímá v životě více než třetiny respondentů méně důležitou roli. Téměř pětina respondentů uvádí, že sex je pro ně velmi významný. Jen pro pět respondentů (5,2 %) je sex bezvýznamný.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že sex hodnotí jako významný patnáct mužů (tedy více než čtvrtina), ale jen tři ženy.

Více než třetina všech respondentů nedokázala vyjádřit svůj názor.

Tabulka č. 20 - Otázka 18 - Jaký je Váš názor na asistenci další osoby při intimním styku (facilitovaný sex)?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Asistenci bych využil/a	13,4	13	6	14,3	7	12,7	6	10,7	7	17,1
Asistenci schvaluji, ale sám/a bych ji nevyužil/a	32	31	10	23,8	21	38,2	18	32,1	13	31,7
Asistenci neschvaluji	54,6	53	26	61,9	27	49,1	32	57,1	21	51,2

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že pomoc třetí osoby při intimním styku neschvaluje více než polovina dotázaných. Asistenci schvaluje téměř třetina respondentů, ale sami by ji nevyužili. Třináct respondentů uvádí, že by asistenci třetí osoby při sexuálním styku využilo.

Tabulka č. 21 - Otázka 19 - Chtěli byste mít někdy v budoucnu dítě?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	66	64	29	69,0	35	63,6	40	71,4	24	58,5
Ne	8,2	8	5	11,9	3	5,5	4	7,1	4	9,8
Ještě jsem o tom nepřemýšlel/a	25,8	25	8	19,0	17	30,9	12	21,4	13	31,7

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že přání mít v budoucnu dítě uvedly tři čtvrtiny všech dotázaných respondentů. Čtvrtina respondentů o této otázce doposud nepřemýšlela.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že na tuto otázku záporně odpovídaly častěji ženy (11,9 %) než muži (5,5 %).

O dítěti doposud nepřemýšlela více než pětina respondentů s tělesným postižením a téměř třetina respondentů s postižením kombinovaným.

Tabulka č. 22 - Otázka 20 - Myslíte si, že se v budoucnu dokážete o dítě postarat?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	60,8	59	26	61,9	33	60,0	33	58,9	26	63,4
Ne	12,4	12	6	14,3	6	10,9	6	10,7	6	14,6
Nedokážu posoudit	26,8	26	10	23,8	16	29,1	17	30,4	9	22,0

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z tabulky je patrné, že více než polovina z celkově dotázaných respondentů je přesvědčena o své schopnosti postarat se v budoucnu o dítě. Tuto otázku nedokáže posoudit více než čtvrtina respondentů.

Tabulka č. 23 - Otázka 21 - Chtěli byste mít dítě a starat se o něj i v případě, že by bylo postižené?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	55,7	54	20	47,6	34	61,8	29	51,8	25	61,0
Ne	16,5	16	6	14,3	10	18,2	10	17,9	6	14,6
Nedokážu posoudit	27,8	27	16	38,1	11	20,0	17	30,4	10	24,4

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že více než polovina dotázaných respondentů by chtěla mít dítě a starat se o něj, i kdyby bylo postižené. Otázku nedokázala posoudit více než čtvrtina respondentů.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že kladně odpovídalo více mužů než žen.

Tabulka č. 24 - Otázka 22 - Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	92,8	90	39	92,9	51	92,7	55	98,2	35	85,4
Ne	7,2	7	3	7,1	4	7,3	1	1,8	6	14,6

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Většina respondentů uvedla, že si uvědomuje možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku.

Zaměříme-li se na typ postižení, zjistíme, že více respondentů, kteří si neuvědomují možnost přenosu pohlavních chorob, je s kombinovaným postižením.

Tabulka č. 25 - Otázka 23 - Jste informováni o jaké pohlavní choroby se jedná?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Ano	92,8	90	39	92,9	51	92,7	54	96,4	36	87,8
Ne	7,2	7	3	7,1	4	7,3	2	3,6	5	12,2

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že z celkového počtu respondentů je většina přesvědčena, že je informovaná o pohlavních chorobách přenášených pohlavním stykem. Sedm respondentů (7,2 %) uvedlo, že o těchto chorobách není informováno.

Z hlediska typu postižení jsou častěji neinformovaní lidé s kombinovaným postižením.

Tabulka č. 26 - Otázka 24 - Jak se můžete před pohlavními chorobami chránit?

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Hormonální antikoncepcí	28,9	28	16	38,1	12	21,8	15	26,8	13	31,7
Přerušovaným pohlavním stykem	6,2	6	2	4,8	4	7,3	1	1,8	5	12,2
Prezervativem či sexuální abstinencí	64,9	63	24	57,1	39	70,9	40	71,4	23	56,1

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového počtu respondentů uvedly tři čtvrtiny jako ochranu před pohlavními chorobami prezervativ či sexuální abstinenci.

Zaměříme-li se na pohlaví, zjistíme, že téměř polovina žen a více než čtvrtina mužů by se před pohlavními chorobami chránila hormonální antikoncepcí nebo přerušovaným pohlavním stykem.

Posoudíme-li výsledky z hlediska typu postižení, zjistíme, že stejnou odpověď zvolila téměř polovina respondentů s kombinovaným postižením.

Tabulka č. 27 - Otázka 25 - Kdo Vám doposud poskytl informace z oblasti sexuality?

Respondenti mohli zvolit více odpovědí.

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Matka	20,6	20	9	21,4	11	20,0	10	17,9	10	24,4
Otec	16,5	16	2	4,8	14	25,5	8	14,3	8	19,5
Sourozenci	8,2	8	3	7,1	5	9,1	6	10,7	2	4,9
Přátelé	35,1	34	13	31,0	21	38,2	22	39,3	12	29,3
Škola	28,9	28	15	35,7	13	23,6	16	28,6	12	29,3
Vychovatelé	8,2	8	5	11,9	3	5,5	2	3,6	6	14,6
Literatura	13,4	13	4	9,5	9	16,4	7	12,5	6	14,6
Televize	33	32	9	21,4	23	41,8	20	35,7	12	29,3
Rozhlas	1	1	0	0,0	1	1,8	1	1,8	0	0,0
Film	28,9	28	10	23,8	18	32,7	15	26,8	13	31,7
Odborné přednášky	8,2	8	3	7,1	5	9,1	5	8,9	3	7,3

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že více než třetina z celkového počtu dotazovaných respondentů má informace z oblasti sexuality od přátel.

Pokud se zaměříme na pohlaví, zjistíme, že pětina žen a více než třetina mužů získaly informace z této oblasti z televize. Čtvrtina mužů byla informována otcem. Od otce získaly informace pouze dvě ženy (4,8 %).

Tabulka č. 28 - Otázka 26 - Jak hodnotíte informace z oblasti sexuality, které máte? Informace jsou:

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Vyčerpávající	19,6	19	7	16,7	12	21,8	8	14,3	11	26,8
Dostačující	67	65	27	64,3	38	69,1	43	76,8	22	53,7
Částečné	7,2	7	3	7,1	4	7,3	1	1,8	6	14,6
Nedostatečné	6,2	6	5	11,9	1	1,8	4	7,1	2	4,9

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že téměř tři čtvrtiny všech dotázaných respondentů hodnotí své informace z oblasti sexuality jako dostačující, pětina respondentů hodnotí informace jako vyčerpávající.

Rozdělíme-li respondenty podle pohlaví, zjistíme, že své informace hodnotí jako nedostatečné jeden muž (1,8 %) a pět žen (11, 9 %).

Pokud se zaměříme na typ postižení, ukáže nám tabulka, že jako nedostatečné hodnotí své informace jeden respondent (1,8 %) s tělesným postižením a šest respondentů (14, 6 %) s postižením kombinovaným.

Tabulka č. 29 - Otázka 27 - Koho se v současné době můžete na otázky z oblasti sexuality zeptat?

Respondenti mohli uvést více odpovědí.

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Matky	36,1	35	19	45,2	16	29,1	21	37,5	14	34,1
Otce	23,7	23	3	7,1	20	36,4	12	21,4	11	26,8
Sourozenců	13,4	13	5	11,9	8	14,5	8	14,3	5	12,2
Učitelů	15,5	15	6	14,3	9	16,4	5	8,9	10	24,4
Vychovatelů	27,8	27	11	26,2	6	29,1	14	25,0	13	31,7
Přátel	25,8	25	7	16,7	18	32,7	11	19,6	14	34,1
Nikoho	19,6	19	7	16,7	12	21,8	9	16,1	10	24,4

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Z šetření vyplynulo, že nejčastěji se mohou respondenti v současné době zeptat matky. Tuto odpověď uvedla více než třetina všech dotázaných. Téměř pětina respondentů přiznala, že se na otázky z oblasti sexuality nemůže zeptat nikoho.

Vezmeme-li v úvahu hledisko pohlaví, zjistíme, že matky se může zeptat téměř třetina mužů a téměř polovina žen. Otce se může zeptat dvacet mužů (více než třetina), ale jen tři ženy.

Pokud rozdělíme respondenty podle typu postižení, zjistíme, že učitelů se může zeptat deset respondentů s kombinovaným postižením (téměř čtvrtina), ale jen pět respondentů s postižením tělesným.

Tabulka č. 30 - Otázka 28 - Od koho by vám vyhovovalo tyto informace čerpat:

Respondenti mohli uvést více odpovědí

	Vyhodnocení (%)	Počet	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	TP	TP (%)	KP	KP (%)
Od rodiny	43,3	42	19	45,2	23	41,8	27	48,2	15	36,6
Od učitelů nebo vychovatelů	15,5	15	7	16,7	8	14,5	8	14,3	7	17,1
Od lékařů (beseda s lékaři)	27,8	27	10	23,8	17	30,9	14	25,0	13	31,7
Z literatury	20,6	20	9	21,4	11	20,0	13	23,2	7	17,1
Z jiného zdroje informací	4,1	4	1	2,4	3	5,5	2	3,6	2	4,9

Počet celkem = 97;Počet žen celkem= 42; Počet mužů celkem = 55; Počet TP celkem= 56; Počet KP celkem= 41;

Tabulka ukazuje, že téměř tři čtvrtiny ze všech dotázaných respondentů by chtěly čerpat informace z oblasti sexuality od rodiny nebo od lékařů. Čtyři respondenti uvedli, že by chtěli čerpat informace z jiného zdroje. Z analýzy dotazníků vyplynulo, že se jedná zejména o internet.

V bivariační analýze jsou prezentovány jen statisticky významné znaky. Respondenti jsou rozděleni z hlediska pohlaví, typu postižení a z hlediska toho, zda jejich postižení obsahuje mentální retardaci (MR).

Legenda k tabulkám:

NS = Not Significant (rozdíl není významný)

P < 0,05 významnost rozdílu na hladině 5%

P < 0,01 významnost rozdílu na hladině 1%

P < 0,001 významnost rozdílu na hladině 1‰

P = vypočtená hladina významnosti v rovnici X^2 a Fisherova exaktního testu

Tabulka č. 31 - Otázka 3 - Jaké je Vaše postižení?

Postižení		Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Tělesné	Ano	100	100	1,0000	NS
	Ne	0,0	0,0		
Mentální	Ano	23,81	42,64	0,0426	p < 0,05 (5%)
	Ne	76,19	56,36		
Zrakové	Ano	7,14	10,91	0,5264	NS
	Ne	92,86	89,09		
Sluchové	Ano	2,38	3,64	0,7234	NS
	Ne	97,62	96,36		
Jiné	Ano	9,52	14,55	0,4567	NS
	Ne	90,48	85,45		

Byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinou mužů a žen s mentálním postižením. Mentální postižení je ve významném vztahu častější u mužů než u žen. Statistický rozdíl leží na hladině významnosti 5%.

Tabulka č. 32 - Otázka 11 - Považujete lidskou sexualitu za přirozenou záležitost?

	Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Ano	73,81	92,73	0,00118	p < 0,01 (1%)
Ne	0,00	1,82		
Nedokážu odpovědět	26,19	5,45		

Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v subjektivním hodnocení přirozenosti lidské sexuality. Statistický rozdíl je na hladině významnosti 1 %.

Na otázku nedokázalo odpovědět více než 26 % žen, ale jen necelých 6% mužů. Při podrobnějším zkoumáním Fisherovým exaktním testem jsme zjistili statisticky

významný rozdíl v odpovědích mužů a žen. Statistický rozdíl leží na hladině významnosti 5 %. Na to, zda je sexualita přirozenou záležitostí, nedokázalo odpovědět více žen než mužů.

Tabulka č. 33 - Otázka 12 - Máte zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování (např. masturbace, pohlavní styk)

	Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Ano	45,24	76,36	0,0017	p < 0,01 (1%)
Ne	54,76	23,64		

Byl nalezen statistický rozdíl mezi muži a ženami ve zkušenosti s nějakou formou sexuálního uspokojování. Tuto zkušenost uváděli častěji muži. Statistický rozdíl je na hladině významnosti 1 %.

Tabulka č. 34 - Otázka 15 - Jak často máte pohlavní styk?

	Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Denně	2,38	0,00	0,0433	p < 0,05 (5%)
Několikrát za týden	7,14	5,45		
Několikrát za měsíc	2,38	20,00		
Několikrát za rok	14,29	21,82		
Nemám	73,81	52,73		

Mezi muži a ženami byl prokázán statistický rozdíl ve frekvenci pohlavních styků. Statistický rozdíl leží na hladině významnosti 5%.

Při podrobnějším zkoumání jsme zaznamenali, že muži mají častěji než ženy pohlavní styk několikrát za měsíc – Fisherovým exaktním testem jsme zjistili statistický rozdíl, který je na hladině významnosti 5%.

Také můžeme říci, že pohlavní styk častěji nemají ženy než muži - statistický rozdíl leží na hladině významnosti 5%.

Tabulka č. 35 - Otázka 17 - Jaký význam přisuzujete ve Vašem životě sexu? Sex je pro Vás:

	Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Velmi významný	7,14	27,27	0,00736	p < 0,01 (1%)
Méně důležitý	40,48	38,18		
Bezvýznamný	11,90	0,00		
Nedokážu posoudit	40,48	34,55		

Mezi muži a ženami byl nalezen statisticky významný rozdíl v subjektivním hodnocení důležitosti sexu v jejich životě. Statistický rozdíl je na hladině významnosti 1%.

Bližším zkoumáním Fisherovým exaktním testem jsme dospěli k závěru, že sex označuje za velmi významný více mužů než žen. Statistický rozdíl leží na hladině významnosti 5%.

Rovněž jsme zjistili, že sex hodnotí jako bezvýznamný pouze ženy – statistický rozdíl v odpovědích mužů a žen je na hladině významnosti 5%.

Tabulka č. 36 - Otázka 25 - Kdo Vám doposud poskytl informace z oblasti sexuality?

Informace		Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Matka	Ano	21,43	20,00	0,8632	NS
	Ne	78,57	80,00		
Otec	Ano	4,76	25,45	0,0065	p < 0,01 (1%)
	Ne	95,24	74,55		
Sourozenci	Ano	7,14	9,09	0,7295	NS
	Ne	92,86	90,91		
Přátelé	Ano	30,95	38,18	0,4597	NS
	Ne	69,05	61,82		
Škola	Ano	35,71	23,64	0,1934	NS
	Ne	64,29	76,36		
Vychovatel	Ano	11,90	5,45	0,2525	NS
	Ne	88,10	94,55		
Literatura	Ano	9,52	16,36	0,3272	NS
	Ne	90,48	83,64		
Televize	Ano	21,43	41,82	0,0343	p < 0,05 (5%)
	Ne	78,57	58,18		
Rozhlas	Ano	0,00	1,82	0,3797	NS
	Ne	100,00	98,18		
Film	Ano	23,81	32,73	0,3369	NS
	Ne	76,19	67,27		
Odborné přednášky	Ano	7,14	9,09	0,7297	NS
	Ne	92,86	90,91		

Mezi muži a ženami byl nalezen statisticky významný rozdíl v poskytnutí informací z oblasti sexuality otcem. Rozdíl leží na hladině významnosti 1%.

Od otce se informace dozvídali častěji muži než ženy.

Rovněž byl nalezen statistický rozdíl v získávání informací z oblasti sexuality z televize. Rozdíl se nachází na hladině významnosti 5%.

Z televize čerpalo informace více mužů než žen.

Tabulka č. 37 - Otázka 27 - Koho se můžete v současné době na otázky z oblasti sexuality zeptat?

Ptát se		Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Matka	Ano	45,24	29,09	0,1008	NS
	Ne	54,76	70,91		
Otec	Ano	7,14	36,36	0,0008	p < 0,001 (1‰)
	Ne	92,86	63,64		
Sourozenci	Ano	11,90	14,55	0,7052	NS
	Ne	88,10	85,45		
Učitel	Ano	14,29	16,36	0,7791	NS
	Ne	85,71	83,64		
Vychovatel	Ano	26,19	29,09	0,7521	NS
	Ne	73,81	70,91		
Přátelé	Ano	16,67	32,73	0,0753	NS
	Ne	83,33	67,27		
Nikoho	Ano	16,67	21,82	0,5264	NS
	Ne	83,33	78,18		

Byl prokázán statistický rozdíl mezi muži a ženami v možnosti klást v současné době otázky z oblasti sexuality otci. Rozdíl leží na hladině významnosti 1 ‰.

Více než třetina mužů se na otázky týkající se sexuality může zeptat svého otce. Většina žen se však na stejné otázky otce zeptat nemůže.

Tabulka č. 38 – Vyhodnocení typu postižení

	Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Tělesné	69,05	49,09	0,0487	p < 0,05 (5%)
Kombinované	30,95	50,91		

Mezi muži a ženami byl nalezen statisticky významný rozdíl v souvislosti s typem postižení. Statistický rozdíl leží na hladině významnosti 5%.

Kombinované postižení má ve významném vztahu více mužů než žen, čistě tělesné postižení je četnější u žen.

Tabulka č. 39 - Otázka 9 - Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete? Váš partner by měl být:

	Ženy (%)	Muži (%)	P	Významnost
Bez postižení	54,76	61,82	0,0863	NS
Lehce postižený	9,52	21,82		
Těžce postižený	2,38	0,00		
Nepřemýšlel(a) jsem o tom	33,33	16,36		

Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v tom, jakého partnera preferují.

Tabulka č. 40 - Otázka 10 - Co považujete v partnerském životě za nejdůležitější?

	Tělesné (%)	Kombinované (%)	P	Významnost
Láska	48,21	48,78	0,0361	p < 0,05 (5%)
Sexuální uspokojení	0,00	14,63		
Dostatek peněz	3,57	0,00		
Vzájemnou toleranci	23,21	12,20		
Porozumění	8,93	4,88		
Důvěru	16,07	19,51		

Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi jedinci s tělesným a kombinovaným postižením v tom, co považují v partnerském životě za nejdůležitější. Rozdíl byl prokázán na hladině významnosti 5%.

Při podrobnějším zkoumání jsme zjistili, že sexuální uspokojení považují v partnerském životě za nejdůležitější pouze lidé s kombinovaným postižením. Fisherovým exaktním testem jsme zaznamenali statistický rozdíl, který je na hladině významnosti 5%. Můžeme tedy říci, že lidé s kombinovaným postižením považují v partnerském životě za nejdůležitější sexuální uspokojení častěji než lidé s tělesným postižením.

Tabulka č. 41 - Otázka 22 - Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob?

	Tělesné (%)	Kombinované (%)	p	Významnost
Ano	98,21	85,37	0,0157	p < 0,05 (5%)
Ne	1,79	14,63		

Statisticky významný rozdíl mezi respondenty s tělesným a kombinovaným postižením v uvědomění si možnosti přenosu pohlavních chorob byl nalezen na hladině významnosti 5 %.

Možnost přenosu pohlavních chorob si častěji uvědomují lidé s tělesným postižením.

Tabulka č. 42 - Otázka 26 - Jak hodnotíte úroveň informací, které máte z oblasti sexuality? Informace jsou:

	Tělesné (%)	Kombinované (%)	p	Významnost
Vyčerpávající	14,29	26,83	0,0244	p < 0,05 (5%)
Dostačující	76,79	53,66		
Částečné	1,79	14,63		
Nedostatečné	7,14	4,88		

Byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi respondenty s tělesným a kombinovaným postižením v subjektivním hodnocení informací, kterých se jim z oblasti sexuality dostalo. Statistický rozdíl je na hladině významnosti 5%.

Při podrobnějším zkoumání jsme zjistili významný statistický rozdíl mezi respondenty s tělesným a kombinovaným postižením v hodnocení informací jako dostačujících. Fisherovým exaktním testem byl nalezen statisticky významný rozdíl, který leží na hladině významnosti 5%. Informace hodnotí jako dostačující častěji lidé s tělesným postižením.

Rovněž byl nalezen statisticky významný rozdíl v hodnocení informací jako částečných. Statistický rozdíl je na hladině významnosti 5%. Jako částečnou hodnotí úroveň informací z oblasti sexuality více lidí s kombinovaným postižením.

Tabulka č. 43 - Otázka 27 - Koho se můžete v současné době na otázky z oblasti sexuality zeptat?

Ptát se		Tělesné (%)	Kombinované (%)	p	Významnost
Matka	Ano	30,50	34,15	0,7340	NS
	Ne	62,50	65,85		
Otec	Ano	21,43	26,83	0,5367	NS
	Ne	78,57	73,17		
Sourozenci	Ano	14,29	12,20	0,7653	NS
	Ne	85,71	87,80		
Učitel	Ano	8,93	24,39	0,0375	p < 0,05 (5%)
	Ne	91,07	75,61		
Vychovatel	Ano	25,00	31,71	0,4666	NS
	Ne	75,00	68,29		
Přátelé	Ano	19,64	34,15	0,1067	NS
	Ne	80,36	65,85		
Nikoho	Ano	16,07	24,39	0,3079	NS
	Ne	83,93	75,61		

Byl nalezen statisticky významný rozdíl na hladině 5% mezi lidmi s tělesným a kombinovaným postižením v možnosti zeptat se na otázky z oblasti sexuality učitele.

Tyto otázky mohou častěji učiteli položit lidé s kombinovaným postižením.

Tabulka č. 44 - Otázka 9 - Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete? Váš partner by měl být:

	MR (%)	Ostatní (%)	p	Významnost
Bez postižení	41,17	68,25	0,0440	p < 0,05 (5%)
Lehce postižený	26,47	11,11		
Těžce postižený	0,00	1,59		
Nepřemýšlel(a) jsem o tom	32,35	19,05		

Byl nalezen statisticky významný rozdíl v preferenci partnera mezi lidmi, jejichž postižení obsahuje mentální retardaci, a lidmi bez mentální retardace. Statisticky významný rozdíl leží na hladině významnosti 5%.

Bližším zkoumáním Fisherovým exaktním testem jsme dospěli k závěru, že partnera bez postižení preferují častěji osoby bez mentální retardace. Statistický rozdíl je na hladině významnosti 1%.

Tabulka č. 45 - Otázka 22 - Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku?

	MR (%)	Ostatní (%)	p	Významnost
Ano	82,35	98,41	0,0035	p < 0,01 (1%)
Ne	17,65	1,59		

Byl prokázán statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 1% mezi jedinci, jejichž postižení obsahuje mentální retardaci, a jedinci bez mentální retardace v uvědomění si možnosti přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku. Možnost přenosu pohlavních chorob si častěji uvědomují lidé bez mentální retardace.

Tabulka č. 46 - Otázka 23 - Jste informováni o jaké choroby se jedná?

	MR (%)	Ostatní (%)	p	Významnost
Ano	85,29	96,82	0,0362	p < 0,05 (5%)
Ne	14,71	3,18		

Mezi lidmi, jejichž postižení obsahuje mentální retardaci, a lidmi bez mentální retardace byl nalezen významný statistický rozdíl, který leží na hladině významnosti 5%. Lidé bez mentální retardace uvádí častější informovanost o pohlavně přenosných chorobách než lidé, jejichž postižení obsahuje mentální retardaci.

4.4 Vyhodnocení hypotéz

H 1 – Muži s tělesným a kombinovaným postižením mají četnější zkušenost s některou formou sexuálního uspokojování než stejně postižené ženy.

V hypotéze jsme vycházeli z předpokladu, že dospívající muži jsou sexuálně aktivnější než ženy. Podle Weisse, Zvěřiny (2001) mají muži četnější zkušenost s masturbací. Raboch (1988) uvádí vyšší sexuální agresivitu mužů, četnější zkušenost s s pohlavním stykem a sklon ke krátkodobým vztahům za účelem sexuálního vybití.

Zajímalo nás, zda se předpoklad četnější zkušenosti s některou formou sexuálního uspokojování potvrdí i u mužů s tělesným a kombinovaným postižením.

K hypotéze se vztahuje tabulka č. 33. Zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování uvedlo 76,36 % z celkového počtu mužů a 45,24 % z celkového počtu žen. Bivariační analýzou byl nalezen statistický rozdíl na hladině významnosti 1 %.

Stanovená hypotéza byla verifikována.

Hypotéza se potvrdila pro skupinu respondentů z ÚSP pro TPM Kociánka.

H 2 – Lidé s tělesným postižením si uvědomují možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku častěji než jedinci s kombinovaným postižením.

Předpokládali jsme, že nejčastější kombinací v souboru respondentů bude kombinace tělesného a mentálního postižení. Jedinci s intelektovým hendikepem se nebudou podle Šilerové (2003) příliš zabývat otázkami lidské sexuality. Domníváme se tedy, že v důsledku snížených rozumových schopností bude snížena i schopnost uvědomit si možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku.

K hypotéze se vztahuje tabulka č. 41. Možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku si uvědomuje 98,21 % lidí se tělesným postižením a 85,37 % lidí s kombinovaným postižením. Bivariační analýzou byl prokázán statistický rozdíl na hladině významnosti 5 %.

Stanovená hypotéza byla verifikována.

Hypotéza se potvrdila pro skupinu respondentů z ÚSP pro TPM Kociánka.

H 3 – Ženy s tělesným postižením budou ve své volbě preferovat partnera bez postižení častěji než stejně postižení muži.

Domnívali jsme se, že ženy budou více ovlivněny v současné společnosti neustále zdůrazňovaným „kultem krásného těla“ než muži, a proto budou častěji ve své volbě preferovat partnera bez postižení.

K hypotéze se vztahuje tabulka č. 39. Ženy preferují partnera bez postižení v 54,76 %, muži uvedli tuto volbu dokonce v 61,82 %. Bivariační analýza neprokázala statisticky významný rozdíl.

Stanovená hypotéza byla tedy falzifikována.

Hypotéza se nepotvrdila pro skupinu respondentů z ÚSP pro TPM Kociánka.

Téměř tři pětiny všech respondentů uvedly, že by si přály mít partnera bez postižení, což koresponduje s názorem Vágnerové (2000). Ta zmiňuje, že lidé s postižením si přejí mít zdravého partnera, a tím potvrdit či zvýšit vlastní hodnotu. Téměř pětina respondentů preferuje partnera s lehkým postižením.

H 4 – Mužům s tělesným a kombinovaným postižením předávali informace z oblasti sexuality přátelé častěji než stejně postiženým ženám.

V hypotéze jsme vycházeli z předpokladu, že muži komunikovali o otázkách sexuality zejména s přáteli, kdežto ženy častěji vyhledávaly jiné informační zdroje, např. matku či školu. Domníváme se, že muži mají v určitém věku vyšší potřebu soupeřit mezi sebou, a to i v oblasti sexuality, a proto si své poznatky a mnohdy vymyšlené zkušenosti vyměňují častěji než ženy.

K hypotéze se vztahuje tabulka č. 36. Mužům s tělesným a kombinovaným postižením sdělili informace z oblasti sexuality přátelé v 38,18%, ženám v 30,95. Bivariační analýzou nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Stanovená hypotéza byla falzifikována.

Hypotéza se nepotvrdila pro skupinu respondentů z ÚSP pro TPM Kociánka.

Je nutno dodat, že přátelé a spolužáci nejsou vždy věrohodnými zdroji informací z oblasti sexuality. Pokud se podíváme na tabulku č. 27, zjistíme, že respondentům doposud předávali informace z oblasti sexuality nejčastěji přátelé, dále televize a škola. Podle Šilerové (2003) by první informace z oblasti sexuality měli dítěti poskytnout rodiče a škola, a tím předejít dezinformacím od „zkušenějších“ kamarádů.

4.5 Shrnutí

Výzkumu se celkem zúčastnilo 97 respondentů ze 180 oslovených. 6 oslovených respondentů odevzdalo nevyplněný dotazník s popisem „nechci“ či „nebudu vyplňovat“. Tím dali najevo, že oblast sexuality je pro ně příliš intimní záležitost, a nechtějí se s ní, byť anonymně, svěřovat.

Většina dotázaných respondentů vnímá sexualitu jako naprosto přirozenou lidskou záležitost. Tři pětiny dotázaných uvedly, že již mají zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování. Tuto zkušenost mají častěji muži než ženy. S pohlavním stykem neměly v době šetření zkušenost více než tři pětiny respondentů. Sex považují ve svém životě za velmi významný spíše muži než ženy. Naopak za bezvýznamný jej považují pouze ženy (téměř 12%). Více než polovina mužů a téměř tři čtvrtiny žen nemívají pohlavní styk. U respondentů, kteří mají pohlavní styk, je tento nejčastěji realizován několikrát za měsíc až za rok. Čtrnáct respondentů uvedlo zkušenost s náhodnými pohlavními styky.

Vyjádřit názor na asistenci jiné osoby v intimní oblasti (facilitovaná sexualita) bylo pro respondenty velice nesnadné. Mnoho respondentů v dotazníku škrtalo a měnilo k asistenci svůj postoj. Před vyplňováním dotazníku byli respondenti poučeni, co je touto asistencí myšleno, takže škrtání a přepisování údajů zřejmě nebylo zapříčiněno nejasností v pojmu „facilitovaná sexualita“. Sexualita a pohlavní styk jsou natolik intimními záležitostmi, že se nelze divit více než polovině respondentů, kteří asistenci neschvalují. V rámci nestandardizovaných rozhovorů někteří respondenti přiznali, že s určitou asistencí již mají zkušenost. Jednalo se o imobilní osoby, kterým pomáhali přátelé nalézt vhodnou polohu před pohlavním stykem.

Více než polovina respondentů je přesvědčena, že má dostatek možností k výběru partnera, ale přesto byly v době provádění dotazníkového šetření tři čtvrtiny respondentů bez partnera. Jako důvod uváděli nejčastěji nedostatek příležitostí k seznámení, obavu z navázání intimního (sexuálního) styku, zdravotní stav či nezájem o partnerství. Téměř třetina respondentů bez partnera uvedla jiný důvod, ale bohužel jej blíže nespecifikovala. Nalezli jsme významný statistický rozdíl mezi osobami s tělesným a kombinovaným postižením ve vnímání priorit v partnerském životě.

V obou skupinách však shodně necelých 50 % respondentů uvedlo jako nejdůležitější prioritu lásku.

Téměř tři pětiny respondentů uvedly, že by si přály mít partnera bez postižení. Z vlastní zkušenosti vychovatelky mohu uvést, že lidé s tělesným a kombinovaným postižením hledají partnera i prostřednictvím internetu. Pokud jim na jejich „inzerát" odpoví člověk s těžším handicapem, než mají oni sami, na schůzku s ním nejdou, a většinou přeruší i písemný kontakt. Některé dívky vyjádřily svá přesvědčení, že se od žen očekává péče o partnera. Pokud by měl partner také nějaké postižení, nedokážou si představit, že by se o něj měly starat. Rozdíl v preferenci partnera bez postižení mezi ženami a muži se neprokázal. Statisticky významný rozdíl byl nalezen mezi lidmi, jejichž postižení obsahuje mentální retardaci, a lidmi bez mentální retardace. Partnera bez postižení preferují častěji lidé bez mentální retardace.

Více než třetina respondentů si myslí, že nemá vytvořené dostatečné podmínky pro nerušené intimní chvíle a více než dvě pětiny respondentů otázku podmínek pro nerušené intimní chvíle nedokáží posoudit. Z nestandardizovaných rozhovorů s respondenty vyplynulo, že mnoho z nich nemá soukromí ani v prostředí rodiny. Jak sami uvedli, doma jsou více hlídáni než v prostředí ústavu sociální péče. Domnívám se, že problematiku soukromí lze v této instituci řešit jen velmi obtížně. Možným řešením je oznámení klienta sociálních služeb, že si nepřeje být v určitém časovém úseku rušen. Předpokladem je ovšem vzájemná důvěra klienta a vychovatelů. Tímto způsobem lze předcházet situacím, kdy vychovatel zaklepe na pokoj, vejde a přistihne klienta „in flagranti".

Téměř tři čtvrtiny respondentů vyjádřily přání mít v budoucnu dítě. Tři pětiny respondentů zastávají názor, že se v budoucnu dokáží o dítě postarat. Více než polovina respondentů by chtěla mít dítě a starat se o něj i v případě, že by bylo postižené.

Většina respondentů je přesvědčena, že má z oblasti sexuality dostatek informací. Jak jsme předpokládali, lidé s tělesným postižením si uvědomují možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku častěji než jedinci s kombinovaným postižením. Většina respondentů je rovněž přesvědčena, že ví, o jaké choroby se jedná. Ovšem více než třetina respondentů uvedla, že by se před pohlavními chorobami

chránila hormonální antikoncepcí nebo přerušovaným pohlavním stykem. Rozdíl v odpovědích lidí s tělesným postižením a s postižením kombinovaným byl nepatrný.

Respondenti uváděli, že nejvíce informací z oblasti sexuality jim doposud poskytli přátelé. Předpokládali jsme, že mužům s tělesným a kombinovaným postižením předávají informace z oblasti sexuality přátelé častěji než stejně postiženým ženám. Náš předpoklad se však nepotvrdil. Dalšími zdroji informací z této oblasti byly škola, film a matka. Otec poskytl informace častěji mužům než ženám. Muži také čerpali častěji než ženy informace z televize. V současné době se nejvíce respondentů může zeptat na otázky z oblasti sexuality zejména matky, vychovatelů, přátel a otce. sZ výzkumu vyplynulo, že lidé s kombinovaným postižením se v současné době mohou zeptat učitele častěji než lidé s postižením tělesným. Pětina respondentů uvedla, že se nemůže zeptat nikoho.

Z šetření vyplynulo, že sexuální výchova a povědomí z oblasti sexuality jsou u respondentů nedostatečné. Respondenti vyjádřili zájem čerpat informace zejména od rodiny, lékařů a z literatury. Domníváme se tedy, že by bylo vhodné zajistit v prostředí ústavu sociální péče např. pravidelné besedy s lékaři a dalšími odborníky, kteří se oblastí sexuality zabývají. Přínosem by mohlo být i vzdělávání všech vychovatelů v oblasti sexuální výchovy. Jsou to právě vychovatelé, kteří tráví s klienty sociálních služeb mnoho času a odpovídají na nejrůznější otázky, oblast sexuality nevyjímaje. Pozornost by se měla také zaměřit na rodiče lidí s tělesným a kombinovaným postižením. Rodiče by měli získat např. prostřednictvím lékařů či speciálních pedagogických center alespoň základní informace o vývoji sexuality a o tom, jak se svým postiženým dítětem na téma „sexualita“ komunikovat a na co se zaměřit. Bohužel není výjimkou, že rodiče sexualitu svého potomka s postižením odmítají, považují ji za něco nepatřičného, a proto jsou ochotni tlumit její projevy dokonce léky.

Závěr

Diplomová práce je zaměřena na problematiku sexuality jedinců s tělesným a kombinovaným postižením. Tito lidé mají, obdobně jako lidé bez postižení, své sexuální potřeby a přání. Jejich realizace je ovšem ovlivněna mírou postižení. Sexualita a její projevy jsou nezanedbatelnou součástí života každého člověka a právem každého je vyjádřit svou sexualitu a plnohodnotně ji prožít. Spokojenost či nespokojenost v intimním životě se ve svých důsledcích promítá i do dalších oblastí lidského života.

První kapitola diplomové práce vymezila okruh osob s tělesným a kombinovaným postižením s důrazem na nejčastější výskyt postižení v Ústavu sociální péče Kociánka.

Druhá kapitola se zaměřila na tělesně pohlavní vývoj člověka. Byly zde rovněž popsány nejvýznamnější anomálie postihující pohlavní chromozomy.

Třetí kapitola pojednávala o sexualitě. Je zde popsán vývoj v období dětství a dospívání u intaktní populace, i možné odchylky ve vývoji sexuality u lidí s tělesným a kombinovaným postižením. Kapitola se zabývala také problematikou sexuální výchovy jedinců s tělesným a kombinovaným postižením, otázkou facilitované sexuality, partnerstvím a rodičovstvím hendikepovaných lidí.

Ve čtvrté kapitole diplomové práce byly zjišťovány odpovědi na otázky z oblasti sexuality. Byly stanoveny čtyři hypotézy, z nichž dvě byly verifikovány a dvě falzifikovány. Ověřením hypotéz bylo potvrzeno, že muži s tělesným a kombinovaným postižením mají četnější zkušenosti s nějakou formou sexuálního uspokojování než stejně postižené ženy. Dále se potvrdilo, že lidé s tělesným postižením si častěji uvědomují možnost přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku než lidé s postižením kombinovaným. Vyšší preferenci zdravého partnera u žen než u mužů se nepodařilo prokázat. Rovněž častější předávání informací z oblasti sexuality přáteli mužům než ženám se nepotvrdilo. Je nutno dodat, že výše uvedené výsledky nelze zobecnit pro všechny lidi s tělesným a kombinovaným postižením. Soubor respondentů byl nejčastěji ve věku 15 až 23 let, tedy v období adolescence a rané dospělosti, a nezahrnuje tedy všechna věková období. Lze předpokládat, že s vyšším věkem se mohou postoje a názory na sexualitu měnit.

Z výsledků šetření vyplynula nutnost kvalitní a systematické sexuální výchovy a osvěty, která by mohla být v ústavu sociální péče zajišťována vychovateli

kvalifikovanými v oblasti sexuální výchovy, lékaři a dalšími odborníky. Také by bylo vhodné zajistit klientům kontakt se sexuologem, který by jim mohl pomoci v jejich intimní oblasti. Rovněž bude dobré postupně hledat způsob, jak více respektovat soukromí klientů sociálních služeb v ústavu sociálních služeb.

Resumé

Diplomová práce se zabývá problematikou sexuality mladých lidí s tělesným a kombinovaným postižením. Cílem této práce je zmapovat oblast sexuality u těchto lidí.

V teoretické části je vymezen okruh osob s vybraným tělesným a kombinovaným postižením a popsán tělesně pohlavní vývoj člověka. Rovněž je zde pojednáno o sexualitě, jejím vývoji u intaktní populace a možných odchylkách ve vývoji sexuality u lidí s tělesným a kombinovaným postižením. Teoretická část se také zabývá aspekty sexuální výchovy a problematikou partnerství a rodičovství u jedinců s tímto postižením.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na analýzu názorů lidí s tělesným a kombinovaným postižením na otázky spojené se sexualitou.

Summary

Diploma work deals with problems of the sexuality of young people with physical and multiple disabilities. The goal of this work is monitoring of the sexuality of these people.

In theoretical part is defined a group of people with selected physical and multiple disabilities and is described somato-sexual development of human too. In this part is also mentioned the sexual development of the intact population and the potencial abnormalities in the sexual development of people with physical and multiple disabilities. The theoterical part concerns with aspects of the sexual education and prombels in partner relationships and parenthood of people with above-mentioned disablement too.

The practical part of diploma work is focused on the analysis of opinion about sex a sexuality questions by these young people.

Seznam použité literatury

1. ADAM, T. Sexualita zakázaná a frustrovaná. In SLOBODNÍK, J., WOLF, V., VYKYDAL, I. *Sexualita mentálně postižených.* Praha: Centrum denních služeb o.s. Orfeus, 2004, s. 45-49. ISBN 80-903519-0-5
2. BAŠTECKÁ, B. Rodinný a sexuální život z hlediska vývoje a výchovy. In *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených.* Praha: Informační centrum Ústředního stacionáře Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000. s. 32-37. ISBN-.
3. BENDOVÁ, P. Problematika kombinovaných vad z pohledu somatopedie. In LUDÍKOVÁ, L. ed al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 81 – 92. ISBN 80-244-1154-7
4. BRZEK, A. et al. *Průvodce sexualitou člověka.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1993. ISBN 80-04-25814-X
5. ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace.* 1. vyd. Brno: Nakladatelství Doplněk, 2000. 378 s. ISBN 80-7239-060-0
6. DEAN, A. G. et al. *Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers.* Atlanta: CDC, 1994 – 2002. ISBN-.
7. DROBNÝ, I., DROBNÁ, M. *Biológia dieťaťa pre špeciálnych pedagógov I.* 4. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2004. 152 s. ISBN 80-223-1962-7
8. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie.* 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
9. FIALA, P. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví – skripta.* [online]. Verze 2005, [cit. 10. června 2007]. Dostupný z WWW <*http://lf1.cz/upload/socialni.doc*>
10. HAJNOVÁ, R., KLEINOVÁ S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy.* 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7
11. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
12. HAVLOVÁ, M. *Progresivní svalová onemocnění: Doporučené postupy pro praktické lékaře* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně,

verze 2002, [cit. 25. ledna 2007]. Dostupný z WWW <http://www.cls.cz/dp/2002/t165.rtf>

13. JELÍNEK, J., ZICHÁČEK, V. et al. *Biologie pro gymnázia.* 4. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2000. ISBN 80-7182-107-1
14. KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9
15. KOZÁKOVÁ, Z. Problematika kombinovaných vad z pohledu psychopedie. In LUDÍKOVÁ, L. ed al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 25 – 52. ISBN 80-244-1154-7
16. KOZÁKOVÁ, Z. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In SLOBODNÍK, J., WOLF, V., VYKYDAL, I. *Sexualita mentálně postižených.* Praha: Centrum denních služeb o.s. Orfeus, 2004, s. 28-36. ISBN 80-903519-0-5
17. KRACÍK, J. *Kapitoly ze somatopedie.* Výchova k manželství a rodičovství. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 80 s. ISBN-.
18. KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě.* 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975. 208 s. ISBN-.
19. KUBÁT, R. *Ortopedické vady u dětí a jak jim předcházet.* 1. vyd. Praha: Nakladatelství odborné literatury H & H, 1992. 384 s. ISBN 80-85467-15-5
20. KUBÍČKOVÁ, Z. Obtížné životní situace zdravotně a zejména tělesně postižených dětí a mladistvích. In JŮVA, V. *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením.* Brno: Paido, 1996. s. 7 – 15. ISBN 80-85931-18-4
21. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie.* 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X
22. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5
23. LESNÝ, I. *Neurologie pro speciální pedagogy.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. ISBN-.
24. LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 232 s. ISBN-.
25. LUDÍKOVÁ, L. Teorie kombinovaných vad. In LUDÍKOVÁ, L. ed al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 7 – 14. ISBN 80-244-1154-7

26. MACEK, P. *Adolescence.* 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7
27. MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro speciální pedagogy.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1993. ISBN 80-04-23795-9
28. MACHOVÁ, J. et al. *Výchova ke zdravému životnímu stylu (Základy sexuální výchovy).* Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. s. 98. ISBN 80-86039-63-3
29. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 3. vyd. Jinočay: Nakladatelství H & H, 2001. ISBN 80-86022- 92-7
30. MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. 199 s. ISBN 80-210-1009-6
31. MRKLAS, M. *Profesní orientace žáků s tělesným postižením v ÚSP pro TPM Kociánka.* Diplomová práce. Brno: 2006. 88 s. ISBN-.
32. PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s MP* [online]. 1. 12. 2005. In Slnečnica 4/2002. [cit. 6. května 2007]. Dostupný z WWW <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>
33. RABOCH, J. *Očima sexuologa.* 2. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 264 s. ISBN-.
34. SCHMIDBAUER, W. *Psychologie. Lexikon základních pojmů.* 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1994. 208 s. ISBN 80-206-0459-6
35. SPILKOVÁ, J. „Řešení“ uvedené problematiky v ústavních zařízení. In *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených.* Praha: Informační centrum Ústředního stacionáře Sdružení zdravotně postižených v ČR, 2000, s. 23-24. ISBN-.
36. STOKLASOVÁ, V. Problematika kombinovaných vad z pohledu tyflopedie. In LUDÍKOVÁ, L. et al. *Kombinované vady.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 67 – 80. ISBN 80-244-1154-7
37. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova. Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6
38. ŠKUTOVÁ, D. *Aspekty sociální a sexuální výchovy dětí s těžkým zrakovým postižením.* [online]. In Sborník z kongresu Pardubice 2005. [cit. 20. května 2007]. Dostupný z WWW. <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010302>
39. ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy.* Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4

40. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením - aktuální stav, potřeba, požadavky.* [online]. In Sborník z kongresu Pardubice 2006. [cit. 20. května 2007]. Dostupný z WWW <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007021201>
41. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7
42. TÄUBNER, V. *Sexuální výchova jako předmět sexuální pedagogiky.* [online]. In Sborník z kongresu Pardubice 2003. [cit. 25. května 2007]. Dostupný z WWW < http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006030911>
43. TEPPER, M. S. *O facilitovaném sexu se příliš nemluví.* [online]. 17. 12. 2003. In iCan, 2002. [cit. 30. května 2007]. Dostupný z WWW <http://www.dobromysl.cz/citarna/sexualita.htm>
44. TROJAN, O. *O čápech a vránách aneb jak nejlépe mluvit s dětmi o sexu.* 1. vyd. Havlíčkův Brod: Nakladatelství FRAGMENT, 1994. ISBN 80-85768-48-8
45. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patopsychologie lidské psychiky.* 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6
46. VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie.* 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0
47. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty.* 1.vyd. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9
48. VÍTKOVÁ, M. Somatopedie. In PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 1. vyd. Brno: Paido, 1998. s. 130 – 162. ISBN 80-85931-65-6
49. VÍTKOVÁ, M. Somatopedie. Klasifikace pohybových vad. In PIPEKOVÁ, J. (ed). *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. vyd. Brno: Paido, 2006. s. 167 - 179. ISBN 80-7315-120-0
50. VYKYDALOVÁ, H. *Sexuální identita osob s mentálním postižením* [online]. [cit. 26. dubna 2007]. In Sborník z kongresu Pardubice 2006. Dostupný z WWW < http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>
51. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-X
52. ZEMANOVÁ, H. in *Přehled zdravotního postižení*, počty klientů sociálních služeb, ÚSP Kociánka. Únor 2007.

53. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5
54. ZVĚŘINA, J. *Sexuální výchova v rodině*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1987.
55. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-203-6

Seznam obrázků

Obrázek 1 Mužské pohlavní ústrojí 21
Obrázek 2 Ženské pohlavní ústrojí..... 23

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Přehled zdravotního postižení 18
Tabulka č. 2 - Otázka 1 - Pohlaví 44
Tabulka č. 3 - Otázka 2 - Věk 44
Tabulka č. 4 - Otázka 3 - Jaké je Vaše postižení? 45
Tabulka č. 5 - Otázka 4 a) – Víte, jak se Vaše postižení jmenuje? 46
Tabulka č. 6 - Otázka 4 b) - Pokud víte, jak se Vaše postižení jmenuje, napište, prosím, název diagnózy. 47
Tabulka č. 7 - Otázka 5 - Máte v současné době partnera? 47
Tabulka č. 8 - Otázka 6 - Máte dostatek možností pro výběr partnera? 48
Tabulka č. 9 - Otázka 7 - Myslíte si, že máte vytvořené dostatečné podmínky pro nerušené intimní chvíle? 48
Tabulka č. 10 - Otázka 8 - Pokud nemáte partnera, co je příčinou? 49
Tabulka č. 11 - Otázka 9 - Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete? Váš partner by měl být: 50
Tabulka č. 12 - Otázka 10 - Co považujete v partnerském životě za nejdůležitější? 51
Tabulka č. 13 - Otázka 11 - Myslíte si, že lidská sexualita je naprosto přirozenou záležitostí? 51
Tabulka č. 14 - Otázka 12 - Máte zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování (např. masturbace, pohlavní styk) 52
Tabulka č. 15 - Otázka 13 - V kolika letech jste začal/a s pohlavním životem (první pohlavní styk)? 52
Tabulka č. 16 - Otázka 14 - Kolik sexuálních partnerů jste v životě měl/a (s kolika partnery jste měl/a pohlavní styk)? 53
Tabulka č. 17 - Otázka 15 - Jak často máte pohlavní styk? 54
Tabulka č. 18 - Otázka 16 - Jakou máte zkušenost s náhodnými pohlavními styky (tzv. na jednu noc)? 54
Tabulka č. 19 - Otázka 17 - Jaký význam přisuzujete ve Vašem životě sexu? Sex je pro Vás: 55
Tabulka č. 20 - Otázka 18 - Jaký je Váš názor na asistenci další osoby při intimním styku (facilitovaný sex)? 55
Tabulka č. 21 - Otázka 19 - Chtěli byste mít někdy v budoucnu dítě? 56

Tabulka č. 22 - Otázka 20 - Myslíte si, že se v budoucnu dokážete o dítě postarat? 56
Tabulka č. 23 - Otázka 21 - Chtěli byste mít dítě a starat se o něj i v případě, že by bylo postižené? 57
Tabulka č. 24 - Otázka 22 - Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku? 57
Tabulka č. 25 - Otázka 23 - Jste informováni o jaké pohlavní choroby se jedná? 58
Tabulka č. 26 - Otázka 24 - Jak se můžete před pohlavními chorobami chránit? 58
Tabulka č. 27 - Otázka 25 - Kdo Vám doposud poskytl informace z oblasti sexuality? 59
Tabulka č. 28 - Otázka 26 - Jak hodnotíte informace z oblasti sexuality, které máte? Informace jsou: 60
Tabulka č. 29 - Otázka 27 - Koho se v současné době můžete na otázky z oblasti sexuality zeptat? 61
Tabulka č. 30 - Otázka 28 - Od koho by vám vyhovovalo tyto informace čerpat: 62
Tabulka č. 31 - Otázka 3 - Jaké je Vaše postižení? 63
Tabulka č. 32 - Otázka 11 - Považujete lidskou sexualitu za přirozenou záležitost? 63
Tabulka č. 33 - Otázka 12 - Máte zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování (např. masturbace, pohlavní styk) 64
Tabulka č. 34 - Otázka 15 - Jak často máte pohlavní styk? 64
Tabulka č. 35 - Otázka 17 - Jaký význam přisuzujete ve Vašem životě sexu? Sex je pro Vás: 65
Tabulka č. 36 - Otázka 25 - Kdo Vám doposud poskytl informace z oblasti sexuality? 66
Tabulka č. 37 - Otázka 27 - Koho se můžete v současné době na otázky z oblasti sexuality zeptat? 67
Tabulka č. 38 – Vyhodnocení typu postižení 67
Tabulka č. 39 - Otázka 9 - Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete? Váš partner by měl být: 68

Tabulka č. 40 - Otázka 10 - Co považujete v partnerském životě za nejdůležitější?.....68
Tabulka č. 41 - Otázka 22 - Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob? 69
Tabulka č. 42 - Otázka 26 - Jak hodnotíte úroveň informací, které máte z oblasti sexuality? Informace jsou: 69
Tabulka č. 43 - Otázka 27 - Koho se můžete v současné době na otázky z oblasti sexuality zeptat?.....70
Tabulka č. 44 - Otázka 9 - Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete? Váš partner by měl být:.....70
Tabulka č. 45 - Otázka 22 - Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku?.....71
Tabulka č. 46 - Otázka 23 - Jste informováni o jaké choroby se jedná?.....71

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník pro lidi s tělesným a kombinovaným postižením

Příloha č. 1

Dotazník pro lidi s tělesným a kombinovaným postižením
k šetření zaměřenému na oblast sexuality u klientů s tělesným a kombinovaným postižením

Provádějící: Petra Siklenková, studentka Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně

Prosím Vás o vyplnění dotazníku jehož cílem je zjištění skutečností z oblasti sexuality. Údaje získané tímto šetřením jsou zcela anonymní a budou sloužit výhradně ke zpracování mé diplomové práce.
Děkuji Vám za ochotu. Své odpovědi, prosím, zakroužkujte.

1. Pohlaví

a) žena
b) muž

2. Věk

a) 15 – 17
b) 18 – 20
c) 21 – 23
d) 24 – 26
e) 27 a více let

3. Jaké je Vaše postižení?

a) tělesné
b) mentální
c) zrakové
d) sluchové
e) jiné (napište jaké)

……

4 a) Víte jak se Vaše postižení jmenuje?

a) Ano
b) Ne

4 b) Pokud víte, jak se Vaše postižení jmenuje, napište, prosím název diagnózy.

…..…….

5. Máte v současné době partnera?

a) ano
b) ne

6. Máte dostatek možností pro výběr partnera

a) ano
b) ne
c) nedokážu posoudit

7. Myslíte si, že máte vytvořené dostatečné podmínky pro nerušené intimní chvíle?

a) ano
b) ne
c) nedokážu posoudit

8. Pokud nemáte partnera je, co je příčinou?
(Můžete zvolit více možností.)

a) nedostatek příležitostí k seznámení
b) váš zdravotní stav
c) vliv rodičů (rodiče si nepřejí, aby jste měl/a partnera)
d) váš nezájem o partnerství
e) obava z navázání intimního (sexuálního) vztahu
f) jiný důvod

jaký ……

9. Jakou máte představu o svém partnerovi, jakého partnera upřednostňujete?

Váš partner by měl být:

a) bez postižení
b) lehce postižený
c) s těžším postižením
d) dosud jsem o tom nepřemýšlel / a

10. Co považujete v partnerském životě za nejdůležitější?

a) lásku
b) sexuální uspokojení
c) dostatek peněz
d) vzájemnou toleranci
e) porozumění
f) důvěru

11. Myslíte si, že lidská sexualita je naprosto přirozenou záležitostí?

a) ano
b) ne
c) nedokážu odpovědět

12. Máte zkušenost s nějakou formou sexuálního uspokojování (např. masturbace, pohlavní styk)?

a) ano
b) ne

13. V kolika letech jste začal/a s pohlavním životem (první pohlavní styk)?

a) ještě jsem nezačal/a
b) před 15. rokem
c) mezi 16. – 17. rokem
d) mezi 18. – 19. rokem
e) mezi 20. – 21. rokem
f) později

14. Kolik sexuálních partnerů jste v životě měl/a (s kolika partnery jste měl/a pohlavní styk)?

a) 0
b) 1 – 2
c) 3 – 5
d) 6 – 10
e) 11 a více

15. Jak často máte pohlavní styk?

a) denně
b) několikrát za týden
c) několikrát za měsíc
d) několikrát za rok
e) nemám

16. Jakou máte zkušenost s náhodnými pohlavními styky (tzv. na jednu noc)?

a) častou
b) občasnou
c) žádnou

17. Jaký význam přisuzujete ve Vašem životě sexu? Sex je pro Vás:

a) velmi významnou
b) méně důležitou
c) je pro mě bezvýznamný
d) Nedokážu posoudit

18. Jaký je Váš názor na asistenci další osoby při intimním styku (facilitovaný sex)?

a) asistenci bych využil/a
b) asistenci schvaluji, ale sám/a bych ji nevyužil/a
c) asistenci třetí soby neschvaluji

19. Chtěli byste mít někdy dítě?

a) ano
b) ne
c) ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

20. Myslíte si, že se v budoucnu dokážete o dítě postarat?

a) ano
b) ne
c) nedokážu posoudit

21. Chtěli byste mít dítě a starat se o něj i v případě, že by bylo postižené?

a) ano
b) ne
c) nedokážu posoudit

22. Jste si vědomi možnosti přenosu pohlavních chorob při pohlavním styku?

a) ano
b) ne

23. Jste informováni o jaké choroby se jedná?

a) ano
b) ne

24. Jak se můžete před pohlavními chorobami chránit?

a) antikoncepcí
b) přerušovaným pohlavním stykem
c) prezervativem či sexuální abstinencí

25. Kdo Vám doposud poskytl informace z oblasti sexuality?

(Můžete zvolit více možností.)

a) matka
b) otec
c) sourozenci
d) přátelé

e) škola
f) vychovatel
g) literatura
h) televize
i) rozhlas
j) film
k) odborné přednášky

26. Jak hodnotíte informace z oblasti sexuality, které máte? Informace jsou:

a) vyčerpávající
b) dostačující
c) částečné
d) nedostatečné

27. Koho se můžete v současné době na otázky z oblasti sexuality zeptat? (Můžete zvolit více možností.)

a) matky
b) otce
c) sourozenců
d) učitele
e) vychovatele
f) nikoho

28. Od koho by Vám vyhovovalo informace z této oblasti čerpat? (Můžete zvolit více možností.)

a) od rodičů
b) Koho se můžete v současné době na otázky z oblasti sexuality zeptat?
c) od lékařů (beseda s lékaři)
d) četba literatury
e) jiný zdroj informací (uveďte jaký)

……