



Stanislava Lištiak Mandzáková
Dagmar Marková

Katedra špeciálnej pedagogiky PF PU v Prešove, Katedra
všeobecnej a aplikovanej etiky FF UKF v Nitre stanislava
E-mail: mandzakova@unipo.sk; dmarkova@mati.sk

Riziká sexuálneho správania v kontexte zdravia */ Risks of sexual behavior in the context of health*

Abstrakt

The intention of this paper is to examine the scientific studies that assess needs and support people with intellectual disabilities, regarding their sexual health. In connection with the theme of the author analyzes the selected folders risk sexual behavior with a focus on people with intellectual disabilities and specific group, which in this respect are Roma with intellectual disabilities. Attention to the particular issue of early sexual life, promiscuity and consequences of unsafe sexual behavior, such as the unplanned / unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases. In the end of the article represent a praxeological methodological recommendations in the context of health.

Key words: sexuality, sexual behavior, sexual health, risk, mental disability

ÚVOD

Zámerom nasledujúceho textu je preskúmať vedecké štúdie, ktoré hodnotia potreby a podporu osôb s mentálnym postihnutím, pokiaľ ide o ich sexuálne zdravie. Tieto potreby sa veľmi líšia od jednej osoby k druhej, podľa životného prostredia, stupňa mentálneho postihnutia a potencionalnej komorbidity.

Pojem riziko v kontexte sexuálneho správania vysvetľuje Bianchi (In: Marková, 2012) v rámci troch historicky odlišných konceptualizácii toho, čo sa v sexualite môže považovať za „nebezpečné“, vrátane ich prieniku do súčasnosti. Ide o koncepty tabu, hriechu a rizika. Konceptu rizika čelí človek, ktorý racionálne spracováva pravdepodobnosť, s akou môžu nastať nežiaduce dôsledky jeho konania. *Aká je pravdepodobnosť prenosu HIV pri nechránenom pohlavnom styku? Aká je pravdepodobnosť otehotnenia pri používaní rôznych foriem antikoncepcie?* Bežná aplikácia rizikového diskurzu je, keď otec dáva synovi, ktorý ide so spolužiakmi prvýkrát na chatu, do tašky škatuľku prezervatívov. Nevyjadruje sa k hodnote sexuality, ktorá tam na syna azda čaká. Vyjadruje svoj názor na riziko a na možnosť predchádzania tomuto riziku (Bianchi, In: Marková, 2012). Len čo je jednotlivec v „riziku“ alebo zapadá do vysoko rizikovej kategórie, činnosť tejto osoby je spochybnená. Označenie „v riziku“ smeruje k nazeraniu na členov tejto skupiny ako na zraniteľných, pasívnych, bezmocných alebo slabých, ale hlavne nebezpečných pre seba samých alebo ostatných.

SEXUÁLNE SPRÁVANIE Z HL'ADISKA SEXUÁLNEHO A REPRODUKČNÉHO ZDRAVIA

Zdravie, ktoré Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1946 definovala ako stav úplnej telesnej, psychickej a sociálnej pohody, implicitne zahŕňa aj oblasť sexuality. V roku 1974 Svetová zdravotnícka organizácia prichádza s definíciou sexuálneho zdravia, ktoré *predstavuje taký súhrn telesných, citových, rozumových a spoločenských stránok človeka ako sexuálnej bytosti, ktorý obohacuje osobnosť, zlepšuje jej vzťahy k ľuďom a rozvíja schopnosť lásky* (In: Raboch, 1988). Druhú definíciu vypracovala Medzinárodná federácia pre plánované rodičovstvo (IPPF) v roku 1995 (In: Bianchi, 2001) a sexuálne zdravie je v nej súčasťou širšej definície reprodukčného zdravia: Reprodukčné zdravie zahŕňa aj sexuálne zdravie, ktorého cieľom je obohatenie života a osobných vzťahov a nie iba poradenstvo a starostlivosť v oblasti reprodukcie a pohlavne prenosných chorôb. Pri hodnotení sexuálneho zdravia je potrebné mať na zreteli (Supeková, Bianchi, 1999):

1. Prvoplánové aspekty sexuálneho zdravia ako infekciu HIV/AIDS, pohlavne prenosné ochorenia, neželané tehotenstvo.
2. Druhoplánové aspekty sexuálneho zdravia, ktoré predstavujú napríklad sexuálnu spokojnosť, citovú bilanciu, celkovú pohodu (well-being) a rozvoj osobnosti, sociálnu a partnerskú sebarealizáciu.

Otázky sexuálneho a reprodukčného zdravia sa stali predmetom diskusie aj na konferencii Organizácie spojených národov o populácii a rozvoji, ktorá sa konala v septembri 1994 v Káhire. Jej akčný program prijalo všetkých 170 zúčastnených krajín a toto sexuálne a reprodukčné zdravie bolo označené za základné ľudské právo. Akčný program sa síce nezmieňuje o populáciu s mentálnym postihnutím, je však možné jednoznačne vyčítať deklaráciu rovných práv pre všetkých ľudí bez rozdielu pohlavia, národnosti rasy, sexuálnej orientácie či náboženského vyznania (Uzel, 2004). Na tejto konferencii vznikla, na základe filozofie plánovaného rodičovstva, nasledujúca širokokoncipovaná definícia reprodukčného zdravia a reprodukčných práv ľudí:

Reprodukčné zdravie je stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nielen chýbanie ochorenia alebo poruchy, vo všetkých prípadoch vzťahujúcich sa k reprodukčnému systému, k jeho funkciám a procesom. Reprodukčné zdravie zahŕňa aj ľudskú schopnosť mať uspokojenie prinášajúci sexuálny život, schopnosť reprodukovať sa, ako aj slobodu rozhodnúť sa, kedy a ako často tak činiť. Vychádzajúc z tejto podmienky zahŕňa aj právo muža a ženy byť informovaný, mať prístup k bezpečným, efektívnym a akceptovateľným metódam plánovaného rodičovstva podľa vlastného výberu, tak ako aj metód regulácie fertility podľa vlastného výberu, ktoré nie sú proti zákonom a právo na prístup k primeraným službám plánovaného rodičovstva, ktoré umožnia ženám prekonať bezpečne tehotenstvo, materstvo a zabezpečiť párom najlepšie možnosti ako mať zdravé deti.

V zmysle vyššie uvedenej definície je zdravotnícka starostlivosť o reprodukčné zdravie definovaná ako súhrn metód, techník a služieb zabezpečujúcich reprodukčné zdravie a pohodu prostredníctvom prevencie a liečby problémov v oblasti reprodukčného zdravia. Reprodukčné zdravie znamená tiež podporu života

a osobných vzťahov a nie iba poradenstvo a starostlivosť, vzťahujúce sa na reprodukciu a sexuálne prenosné ochorenie.

Na Slovensku sa však, i napriek odporúčaniam Organizácie spojených národov, reprodukčné zdravie nepokladá za jednu zo štátnych priorit. Podľa Višnovského et al. (2007) z úrovne nášho štátu neboli vykonané takmer žiadne opatrenia, ktoré by v duchu tejto konferencie pripravili plán na komplexné riešenie problémov u nás (vysoký počet potratov, chýbanie vedomostí o možnostiach kontroly plodnosti, nárast sexuálne prenosných ochorení vrátane nárastu infekcií HIV, nárast sterilných manželstiev, sexuálne násilie v rodinách, na uliciach a pracoviskách, sexuálne zneužívanie detí, absencia vzdelávania profesionálov, chýbanie zberu a hlavne analýz štatistických údajov kompatibilných s údajmi zbieranými na pôde Organizácie spojených národov a pod.).

Reflexiou na daný stav je rok 1991, ktorý sa spája so vznikom Spoločnosti pre plánované rodičovstvo a výchovu k rodičovstvu (v súčasnosti Spoločnosť pre plánované rodičovstvo). Iniciátorom vzniku tejto mimovládnej, nezárobkovej, multidisciplinárnej organizácie boli medzinárodné inštitúcie, a to hlavne IPPF (International Planned Parenthood Federation) a inštitúcie pracujúce v rámci Organizácie spojených národov: UNFPA (United Nation Fund od Population Activity) a WHO (World Health Organization). Dôvodom ich aktivity pri iniciovaní vzniku spoločnosti a podobných organizácií v strednej a východnej Európe, bola nepriaznivá situácia v oblasti reprodukčného zdravia v tejto oblasti, prejavujúca sa vysokým počtom umelých prerušení tehotnosti, využívaných ako metóda prvej voľby na reguláciu pôrodnosti, nárast sexuálne prenosných ochorení vrátane infekcie HIV/AIDS, riziká nárastu sexuálneho zneužívania mládeže a sexuálnej agresivity, pri absencii spoločenského vedomia o existencii základných ľudských práv v oblasti ľudskej reprodukcie, definovaných na pôde Organizácie spojených národov už v 60. rokoch. Dôvodom pre vznik mimovládnej organizácie bol aj nezáujem štátu o definovanie a riešenie nahromadených problémov v oblasti reprodukčného zdravia (Kliment, 1996).

SEXUÁLNE A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE OSÔB S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

V súvislosti s témou hovorí Marková (2007) o rizikových spôsoboch sexuálneho správania, za ktoré považuje také formy sexuálneho styku, pri ktorých je prenos vírusu HIV omnoho pravdepodobnejší. Patrí sem styk bez ochrany, promiskuita, análny styk, sadomasochistické praktiky a nekontrolovaná prostitúcia. V ďalšej časti príspevku sa venujeme niektorým z nich.

Jednou zo zložiek rizikového sexuálneho správania je predčasný sexuálny život, ktorý Poliaková (1996) poníma ako sex bez citového vzťahu, excesívny sex potláčajúci iné záujmy a promiskuitu. Musíme však konštatovať, že mnohé teoretické prístupy k predčasnému sexu reprodukovujú rodové stereotypy a odrážajú moralizujúce konštrukcie ich autorov a autoriek. Vzhľadom k uvedenému je potrebné interpretovať aj niektoré prístupy, ktoré uvádzame nižšie kvôli prehľadu, ale nestotožňujeme sa s nimi.

Podľa Hamanovej (2004) sa hlavné riziká týkajú najmä dievčat, ktoré sú viac ohrozené získaním pohlavnej choroby ako chlapci alebo dospelé ženy. Predčasnosť je podľa Hamanovej (2004) daná:

- Psychosociálnymi a socioekonomickými dôvodmi – u oboch pohlaví.
- Biologickými dôvodmi u dievčat.
- Dievča ešte nie je zrelá žena a pohlavným životom v dospievaní je viac ohrozená (než v dospelosti a v porovnaní s chlapcom). Po dosiahnutí základnej zrelosti v pohlavnej oblasti (t. j. po nástupe menštruačných cyklov) zrenie ešte ďalej pokračuje. Mení sa veľkosť a tvar panvy, maternice, stabilizuje sa hormonálna regulácia, ale najmä pokračuje dozrievanie krčka maternice.
- Maternicový krčok dievčaťa je zraniteľný v zmysle zmien, ktoré môžu spôsobiť až rakovinu. Skorý začiatok pohlavného života je jedným z hlavných rizikových faktorov rakoviny krčku maternice.
- Dôvody nevhodnej, nezrelej motivácie na začatie pohlavného života: často z dôvodu emocionálneho distresu (psychosociálnej nespokojnosti – hlavne pri dysfunkčnej rodine) alebo z dôvodu tlaku vrstovníkov (v partnerskom vzťahu alebo vo vrstovníckej skupine, ktorá má falošné normy pre tento vek).
- Tzv. ochrana pred pohlavnými infekciami alebo tehotenstvom (či už bariérová alebo hormonálna antikoncepcia) v tomto veku zlyháva až 10 krát častejšie. Celosvetovo je najnižšia práve tam, kde by bola najviac vhodná: u najmladších, najmenej zodpovedných, najpromiskuitnejších a pod. Hormonálna antikoncepcia potrebuje práve v dospievaní určité špecifické ohľady, ktoré sa často nerešpektujú.

Mladí ľudia majú v súčasnosti prvú skúsenosť s pohlavným stykom v priemere medzi 17. – 18. rokom, teda väčšinou v čase štúdia na strednej škole či učilišti. Niektorí mladí ľudia s mentálnym postihnutím zahajujú sexuálny život ešte skôr. Sú motivovaní napríklad zvedavosťou či nátlakom vrstovníkov, nesprávnym vzorom rodičov i vplyvom médií. Rovnaká a v mnohých prípadoch aj horšia je situácia u Rómov s mentálnym postihnutím. Dlhoročne pozorovaná akcelerácia populačného vývoja rómskej populácie v porovnaní s majoritou súvisí aj so včasnou iniciáciou pohlavných aktivít. Ich životný štýl vedie k skorému partnerskému a sexuálnemu životu, ktorý vzniká predovšetkým v mladšom vekovom období rodičov, najmä matiek. Začiatok pohlavného života Rómov prichádza často vo veku, kedy ani jeden partner ešte na rodičovstvo nie je psychicky ani sociálne zrelý, ale napriek tomu k nemu dochádza. Priemerný vek pri prvom pôrode je u rómskych matiek nižší ako 21,1 rokov, v osadách 19,6 rokov, a u nerómskej populácie 24,6 rokov (Hegyí, 2004).

Dokumentujeme na príklade výpovede rómskeho žiaka s ľahkým mentálnym postihnutím:

Patrik (15 rokov) mi svoj názor na sex porozprával vzájomnou diskusiou a odpoveďami na moje otázky, ktoré som mu dávala, pretože som nevedela o sexuálnych zážitkoch, ktoré rómske deti majú. V našom meste je ulica Dukelských hrdinov, na ktorej v rozbitých panelákoch býva väčšina rómskych žiakov.

„Pani učiteľka, ja som už sex mal, chlapci majú právo na sex. Skoro každý deň nám večer o 18.00 hodine začína diskotéka. Niekedy sa opijeme, ak máme peniaze, niekedy sme triezvi. V pivnici v bytovkách je tma, sú tam posteľe, ktoré už pozhánali starší chlapci a všetci Rómovia tam sexujú, aj mladší, aj starší. Začína sa to tak, že väčšinou príde za mnou rómske dievča, aby som išiel do pivnice. Ja niekedy chcem, a aj keď nechcem, ona ma táhá, aby som išiel do pivnice a ja viem, že ak nepôjdem, tak viac nikdy to dievča za mnou nepríde, tak radšej pôjdem, lebo neviem, kedy sa mi bude chcieť. Keď za mnou príde dievča, tak len povie: Poď, ideme na plán A alebo plán B. Máme tri plány:

plán A znamená všetko – sex, bozkávanie, šteklenie, vyzliekanie, celí sme holí;

plán B znamená iba samotný sex, viac nič;

plán C je len bozkávanie, hladkanie, neznamená sex.

Napríklad teraz v lete, keď sme sa boli kúpať pri vode, prišla k nám Lucia (14 rokov) a povedala, že večer príde ku klubovni. V bytovke máme siedmi chlapci urobenú klubovňu, kde sme si pre sex pozhánali posteľe, gauč, stôl a stoličky. Lucia večer prišla, boli sme všetci v klubovni, povedala, že ideme na plán B, úplne sa vyzliekla, ostal s ňou Tomáš a my sme išli von za dvere. Keď Tomáš vyšiel, dovnútra išiel druhý, vystriedali sme sa všetci. Po všetkom si Lucia zafajčila a odišla. Lucia je také dievča (rómske), ktoré chodí so všetkými chlapcami. Ostatné dievčatá (rómske) také nie sú, ony pristanú len na plán C, ostatné sa len s nami bozkávajú, ale nechcú sex.

Predčasný sexuálny život je takmer zákonite spojený so striedaním partnerov, a tým aj najvyšším výskytom pohlavných chorôb v celej populácii. Vek od 15 do 19 rokov, dokonca až do 24 rokov je vekom najvyššieho striedania partnerov a najvyššieho výskytu pohlavných chorôb (Hamanová, 2002).

SEXUÁLNE A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE RÓMOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Tzv. rómsky problém na Slovensku má svoje historické, kultúrne a sociálne pozadie a presahuje hranice Slovenska. Podľa Novotnej a Pružinskej (2006) sa sociálne znevýhodnenie stáva problémom dnešnej modernej doby. Mnohé rómske deti sa po nociach túľajú po uliciach, spolu s rodičmi trávajú čas pri herných automatoch, zúčastňujú sa zábav, kde im je sprístupnený alkohol a drogy. Nie je ničím výnimočné, že rómske dieťa fajčí a fetuje. V súčasnej dobe je to normálny jav. Tieto deti sú často ohrozované a zanedbávané už pred narodením. Na základe analýz, ktoré boli vykonané na diskusných stretnutiach organizovaných nadáciou Inforoma so sídlom v Bratislave a Dreyfus Health Foundation z USA, so sídlom v New Yorku, sú príčiny tohto stavu komplexné (Národný program ochrany reprodukčného zdravia v SR).

Hegyí (2006) upozorňuje, že reprodukčné správanie Rómov je iné ako u majoritnej populácie. Plodnosť Rómov je asi 2,5 násobne vyššia ako nerómskej populácie. V rómskej populácii pripadajú na jednu ženu v reprodukčnom veku zhruba 3 deti, v rómskych osadách až 4,6 deti (v SR pripadá na 1 ženu v reprodukčnom veku asi 1,2 detí). Podiel detí narodených mimo manželstva je dlhodobo vysoký 37,4%. Dojčenská úmrtnosť je zhruba 1,8 násobná v porovnaní s hodnotou v SR. Pri pôrodoch sa častejšie vyskytuje hypotrofia plodu a predčasný pôrod (82%) (Hegyí, 2006). Podľa Portika (2003) mnohé matky prichádzajú do zdra-

votníckeho zariadenia tesne pred pôrodom, bez akýchkoľvek preventívnych prehliadok, so zlou a pre plod škodlivou životosprávou. Preto majú rómske deti viac zdravotných a zmyslových postihnutí než deti nerómske. Ich horší zdravotný stav súvisí aj s nedostatočnou starostlivosťou niektorých rodičov, ktorí dieťa ohrozujú v telesnom, duševnom, sociálnom i mravnom vývoji.

Vysoká pôrodnosť a mnohodetnosť vytvára situáciu, že deťom nie je zo strany rodičov častokrát venovaná primeraná zdravotná starostlivosť, nezískavajú dostatočné vzdelanie a v neskoršom období sa nedokážu presadiť na trhu práce, ktorý je stále náročnejší. Vzniká začarovaný kruh, ktorý sa prehľbuje a vyvoláva rast napätia v spoločnosti. Na nízkej úrovni sexuálneho a reprodukčného zdravia rómskej komunity sa podľa Národného programu ochrany reprodukčného zdravia v SR podieľajú najmä tieto faktory:

- nerovnoprávne postavenie rómskych žien v ich rodinnej hierarchii
- nedostatok informácií o možnostiach ako kontrolovať svoju plodnosť, prípadne nedostatočná snaha a nedostatočná podpora zo strany komunity
- nedostatočné informácie a motivácia sledovať svoje zdravie všeobecne a reprodukčné zdravie zvlášť – návštevy v prenatalných poradniach, onkologická prevencia, prevencia sexuálne prenosných infekcií a zápalových ochorení pohlavných orgánov
- nedostatočná motivácia zdravotníckych pracovníkov aktívne pristupovať k riešeniu problémov sexuálneho a reprodukčného zdravia
- zrušenie návštevných služieb pôrodných asistentiek
- chýbanie možnosti zvýhodnenia sociálne slabých vrstiev v prístupe k antikoncepcii.

DÔSLEDKY RIZIKOVÉHO SEXUÁLNEHO SPRÁVANIA

Aj napriek nižšej sexuálnej aktivite sú osoby s mentálnym postihnutím predisponované k pohlavne prenosným chorobám alebo neplánovanému tehotenstvu. Podľa Cambridge et al. (1996) je to tým, že sú potenciálnymi obeťami sexuálneho zneužívania alebo sa môžu tiež dopustiť sexuálnych trestných činov alebo zneužívania.

NEPLÁNOVANÉ/NEHCENÉ TEHOTENSTVO

Jedným z dôsledkov neužívania antikoncepcie je nepochybne neplánované tehotenstvo. Podľa výskumov u všeobecnej populácie patrilo v minulosti vek žien na Slovensku pri narodení prvého dieťaťa k dlhodobo najnižším v Európe (okolo 22 rokov). Aj dnes, napriek jeho miernemu zvýšeniu, patrí Slovensko medzi krajiny, kde je pôrodný vek veľmi nízky. Rozdiel oproti vyspelým západným krajinám je 5 – 7 rokov. Narodenie druhého či ďalšieho dieťaťa prichádza v krátkych intervaloch po prvom pôrode. Absolútna väčšina detí sa narodí matkám mladším ako 30 rokov (zhruba 85%) (Národná správa SR o populácii a rozvoji, 1999).

Výskum Kotekovej, Šimovej, Geckovej (1998) ukázal, že u rómskej populácie zača-

lo spolužitie s partnerom vo veku do 17 rokov až 39% žien a 76% žien začalo partnerské spolužitie do 20 rokov. U mužov začínalo spolužitie o niečo neskôr. Je známe, že medzi principiálne hodnoty rómskych obyvateľov patrí mať deti. Neplodnosť v rómskom spoločenstve znamená koniec partnerstva (Koteková, Šimová, Gecková, 1998).

Diskutovať o potenciálnom riziku neplánovaného tehotenstva osôb s mentálnym postihnutím znamená priznať, že toto riziko existuje, a do značnej miery závisí od pôvodu (vzniku) zdravotného postihnutia, od schopnosti vychovávať dieťa a sociálnej pomoci, ktorú môžu tieto osoby získať pri plnení tejto úlohy. Tehotenstvo, či už plánované alebo neplánované, je vo všeobecnosti u osôb s mentálnym postihnutím nezvyčajné. O tejto oblasti je k dispozícii iba málo informácií. Otázka rodičovstva osôb s mentálnym postihnutím je sporná a kontroverzná. Vo výskume Mandzákovej (2011), ktorý bol realizovaný v domovoch sociálnych služieb pre mentálne postihnutých sa väčšina odborných zamestnancov s neplánovaným tehotenstvom u klientok s ťažším mentálnym postihnutím nestretla (86,49%). Odborní zamestnanci, ktorí sa s týmto problémom stretli (8,49%), ich riešili najčastejšie interrupciou, resp. preložením klienta do iného zariadenia.

Niektorí odborníci tvrdia, že deti rodičov s ľahkým mentálnym postihnutím pravdepodobne nie sú o nič horšie ako deti jednotlivcov, ktorí sú „klasifikovaní ako sociálne zanedbaní“ (Nigro In: Van Dyke et al., 1995). Iní autori sa domnievajú, že rodičia s mentálnym postihnutím môžu častejšie zanedbávať detí v dôsledku opomenutia, pričom účelové zneužitie môže byť časté najmä v procese stanovovania zodpovedajúcej spoločenskej a rodinnej podpory. Až na niektoré genetické syndrómy, etiológia mentálneho postihnutia väčšinou neovplyvňuje plodnosť samu o sebe. Plodnosť sa znižuje u osôb s Downovým syndrómom, pretože otcovstvo je výnimočné a tehotenstvo žien je veľmi zriedkavé (Bovicelli et al., 1982; Elkins et al., 1989; Van Dyke et al., 1995). Autori uvádzajú zníženú plodnosť aj u ďalších syndrómov, vrátane hormonálnych problémov alebo hypogonadizmu, ako je Prader-Willi syndróm, aj keď literatúra uvádza anekdotické prípady tehotenstva aj u týchto osôb.

Výskumné údaje na túto tému sú len zriedkavé. Chamberlain et al. (1984) napr. uvádza 7 tehotenstiev u 6 z 87 amerických žien s mentálnym postihnutím žijúcich v inštitúciách. McCabe a Cummins (1996) hovoria o oveľa vyššej miere tehotenstva (61%) u austrálskych žien žijúcich v komunite. Huovinen (In: Löfgren-Mårtenson, 2008) uvádza, že počet tehotenstiev u 255 inštitucionalizovaných žien s mentálnym postihnutím bol 118 krát nižší v porovnaní s kontrolnou skupinou žien bez mentálneho postihnutia. V ďalšej štúdií z 300 žien s mentálnym postihnutím len 2 dieťa donosili (Elkins et al., 1989). Faktory, ako sú kultúrne rozdiely v reprodukčných právach osôb s mentálnym postihnutím, klasifikácia tehotenstva (je napr. tehotenstvo, ak je neukončené) a prostredie (inštitucionálne, komunitné bývanie a pod.) sťažujú jednotné posúdenie tehotenstva v tejto populácii.

U osôb s mentálnym postihnutím je podľa Löfgren-Mårtenson (2008) najdôležitejším aspektom tohto problému nedostatok vedomostí a schopností potrebných k výkonu reprodukčnej voľby, ktorá zahŕňa prevenciu neplánovaného tehotenstva.

POHLAVNE PRENOSNÉ CHOROBY

Z pohlavne prenosných chorôb (*STD – Sexually Transmissible Diseases*) sa u osôb s mentálnym postihnutím vyskytuje najmä AIDS a hepatitída B. Prevalencia týchto pohlavných chorôb je ovplyvnená jednak sexuálnou aktivitou, ale aj výmenou infikovaných telesných tekutín počas extrémneho správania, ako je agresivita alebo sebapoškodzovanie. Rizikovou skupinou pre vírus hepatitídy B sú najmä ľudia s Downovým syndrómom, pretože imunologické zníženie hodnoty súvisí s ich diagnózou. Preto predstavujú potenciálne riziko pre inštitúciu, kde žijú.

Aj napriek celkovo nižšej sexuálnej aktivite osôb s mentálnym postihnutím, boli identifikované rizikové faktory pohlavne prenosných chorôb aj u tejto populácie (Conod, Servais, 2007). Jedným z rizikových faktorov je, že ľudia s mentálnym postihnutím sú častejšie ako osoby bez postihnutia potencionálnymi obeťami sexuálneho zneužívania.

V prevalencii pohlavne prenosných chorôb u osôb s mentálnym postihnutím zohráva ďalej dôležitú úlohu informovanosť. Výskumy sú v tomto smere pomerne dobre zdokumentované a hovoria o nedostatočných sexuálnych vedomostiach. Napríklad McGillivray (1999) uvádza, že 68% zo 60 opýtaných osôb s ľahkým a stredným stupňom mentálneho postihnutia sa domnievajú, že hormonálna antikoncepcia znižuje riziko nákazy AIDS. McCabe (1993) tiež zistil, že dospelí s mentálnym postihnutím majú veľmi nízku úroveň vedomostí týkajúcich sa bezpečného sexu a pohlavných chorôb.

Profylaxia či používanie kondómov u ľudí s mentálnym postihnutím sú tiež ovplyvnené vedomosťami a sebaurčením. Výskum ukazuje, že osoby s mentálnym postihnutím majú malú alebo žiadnu vedomosť o tom, ako správne používať kondóm (McGillivray, 1999). Gust et al. (2003) hlásili, že 28% obyvateľov inštitúcie používa kondómy niekedy a len 2% často, aj keď tieto produkty boli k dispozícii v 60% zariadení. Pre tento účel boli navrhnuté rôzne vzdelávacie programy. Conod, Servais (2007) však uvádzajú, že je ťažké zistiť, či tieto programy môžu viesť k významným efektívnym zmenám v správaní sa osôb s mentálnym postihnutím v reálnom živote. Lindsay et al. (2004) preukázali, že teoretické pojmy získané počas programu sexuálnej výchovy môžu byť dôsledne chápané a uchovávané u väčšiny dospelých s ľahkým a stredným mentálnym postihnutím. Počas ostatných rokov sa v zariadeniach pre osoby s mentálnym postihnutím dostupnosť týchto programov zvyšuje.

Aj keď prenos HIV/AIDS prostredníctvom heterosexuálneho styku je vysoký, väčšie riziko stále predstavuje homosexualita, ktorá je bežne hlásená aj medzi osobami s mentálnym postihnutím (Thompson, 1994 a i.). Nič však nenasvedčuje tomu, že je častejšia ako v ostatnej populácii. Navyše z prieskumu 19 mužov s mentálnym postihnutím, ktorí boli zapojení do homosexuálneho vzťahu v Anglicku, Thompson (1994) dospel k záveru, že účasť ľudí s mentálnym postihnutím v homosexuálnom vzťahu bola z iných dôvodov, ako je sexuálne uspokojenie. Britské výskumy však potvrdzujú, že jedinci s mentálnym postihnutím (väčšinou muži) majú v skutočnosti rovnaký sexuálny kontakt s rovnakým pohlavím ako ostatní. Ľudia v ich prostredí to však prijímajú ťažko (Thompson, 1994). Ak zamestnanci

či rodičia spozorujú tento druh sexuálnej aktivity, je vykonaná buď marginalizácia, alebo je uvedené správanie koncipované ako sexuálne zneužívanie.

Prevalencia hepatitídy B je u ľudí s mentálnym postihnutím vysoká (Martin, 1997). Výskum ukazuje, že osoby s mentálnym postihnutím žijúci v inštitúciách sú vo väčšom nebezpečenstve pri nákuze hepatitídou B ako tí, ktorí žijú v komunite. Napr. Stehr-Green et al. (1991) vykonali prierezovú štúdiu u ľudí s mentálnym postihnutím v inštitúciách na Novom Zélande a zistili, že riziko infekcie hepatitídou B je zvýšené o 17% za každý rok pobytu v zariadení. Početné štúdie v inštitúciách v Brazílii, Belgicku, Anglicku, Španielsku, Novom Zélande a Južnej Afrike ukazujú širokú škálu prevalencie hepatitídy B (12 – 61%) so zvýšeným výskytom u osôb s Downovým syndrómom (DeVuyst, Maesen-Collard; Stehr-Green et al.; Schoub et al.; Lunding et al.; De Souza et al. In: Servais, 2006). Osoby s mentálnym postihnutím a každý, kto má s nimi pravidelný kontakt (opatrovatelia, učitelia, rodiny a pod.), by preto mali byť očkovaní. Účinnosť imunizácie by mala byť starostlivo kontrolovaná a to najmä u mužov a starších ľudí s Downovým syndrómom.

Na posúdenie prevalencie HIV/AIDS u ľudí s mentálnym postihnutím boli vykonané rôzne štúdie s rôznymi výsledkami. Na začiatku 90. rokov sa rôznymi štúdiami, vykonanými s cieľom posúdenia prevalencie AIDS medzi ľuďmi s mentálnym postihnutím, nepodarilo zistiť žiadne prípady (Pincus et al., 1990; Garcia et al., 1991), zatiaľ čo Marchetti et al. (1990) prostredníctvom národného prieskumu realizovaného elektronicky na oddelenia, ktoré poskytujú služby osobám s mentálnym postihnutím v USA, uvádzajú 45 osôb s mentálnym postihnutím nakazených vírusom HIV a 7, ktorí boli symptomatickí. Väčšina (69%) z týchto prípadov sa vyskytovala u inštitucionálnych obyvateľov, incidencia bola oveľa nižšia u tých, ktorí boli umiestnení v komunite (31%). Títo autori vykonali nadväzne štúdiu o dva roky neskôr a zistili takmer 50% zvýšenie prípadov (98) v rovnakej sledovanej populácii.

Ramos-Ibanez et al. (1996) uvádzajú 84 osôb s mentálnym postihnutím v Španielsku pozitívne testovaných na HIV. Tiež Diederich a Graecen (1996) konštatujú, že v 11% francúzskych inštitúcií je liečená na AIDS aspoň jedna osoba s mentálnym postihnutím. Prekvapivo v inom národnom prieskume, ktorý bol realizovaný v roku 2003 poštovne, sa nepodarilo odhaliť akýkoľvek prípad AIDS u osôb s mentálnym postihnutím v rezidenčných zariadeniach. Uvedené zistenia poukazujú na obmedzenia metodiky, ktorá spočíva v zasielaní dotazníkov, pokiaľ ide o takéto delikátne otázky (Conod, Servais, 2007).

Štúdie v Európe hlásili 84 prípadov AIDS u inštitucionalizovaných pacientov od roku 1996 (Španielsko) s pozitívnou serológiou na HIV.

Z výskumných zistení o pohlavne prenosných chorobách u osôb s mentálnym postihnutím Van Dyke et al. (1995) uvádzajú tieto:

- U osôb s mentálnym postihnutím bolo podľa Stoneho v roku 1994 zdokumentované 50 – 90% riziko prenosu kvapavky. Kastner hovorí dokonca o záznamoch HIV u týchto osôb.
- Rizikové faktory spojené s infekciou HIV u osôb s Downovým syndrómom sú

podľa štúdie Simonsa a Rogersa z roku 1992 rovnaké ako vo všeobecnej populácii a zahŕňajú aktivity heterosexuálne i homosexuálne, zneužívanie drog a kontaminované krvné transfúzie.

Ďalšie pohlavne prenosné choroby, ako je napr. syfilis, kvapavka, genitálny herpes, sú vzhľadom k ich prevalencii u osôb s mentálnym postihnutím, diskutované len zriedka.

METODOLOGICKÉ A PRAXEOLOGICKÉ ODPORÚČANIA V KONTEXTE ZDRAVIA

Sexuálne zdravie ľudí s mentálnym postihnutím je zložitý problém, ovplyvnený rôznymi sociálnymi, etickými, psychologickými, kultúrnymi, biologickými faktormi a faktormi životného prostredia. Výskumy na túto tému sú skreslené niekoľkými faktormi, vrátane závažnosti diagnózy (od ľahkého mentálneho postihnutia po ťažké mentálne postihnutie), životného prostredia (inštitúcie verzus komunitné bývanie), etiológie (Downov syndróm), malej veľkosti vzorky a zdrojom informácií (opatrovatelia alebo individuálne). Aj v týchto prípadoch vidieť, že nejednotnosť vo výskumných metódach prispieva k rozdielnym výskumným zisteniam. Takto získané údaje je preto možné len ťažko a s opatrnosťou interpretovať a nie je možné z nich odvodiť ani približnú prevalenciu HIV/AIDS u ľudí s mentálnym postihnutím. Aj napriek uvedeným obmedzeniam existujúce dáta ukazujú, že ľudia s mentálnym postihnutím preukazujú nízku úroveň vedomostí o sexuálnom zdraví a postojoch. Ľudia so stredným a ťažkým mentálnym postihnutím sú menej sexuálne aktívni ako ostatná populácia, ale sú veľmi citliví k sexuálnemu zneužívaniu. Údaje týkajúce sa frekvencie výskytu pohlavných chorôb a neplánovaného tehotenstva chýbajú, resp. sú obmedzené na určité podskupiny (napr. inštitucionalizované), ktoré však nie sú reprezentatívne. Vzhľadom na rozdielne služby v oblasti zdravotného postihnutia nie je žiaduce údaje z výskumov z jednotlivých krajín zovšeobecňovať (Servais, 2006).

Je preto treba poskytnúť komplexnejší obraz sexuálneho zdravia ľudí s mentálnym postihnutím z hľadiska pohlavia, stupňa mentálneho postihnutia a životného prostredia a rozvíjať účinné postupy založené na dôkazoch a navrhnuté tak, aby uľahčili individuálnu autonómiu a kontrolu nad sexuálnym zdravím u týchto osôb. Existuje pritom niekoľko špecifických oblastí, v ktorých je ďalší výskum sexuálneho zdravia osôb s mentálnym postihnutím kritický, a to najmä z týchto dôvodov:

1. Trend v rôznych krajinách k prechodu z veľkých zariadení k malým komunitným zariadeniam nariaďuje lepšie pochopiť sexuálne zdravie, nakoľko je v týchto zariadeniach menej obmedzení a dohľadu v každodenných životoch osôb s mentálnym postihnutím.
2. Nedostatok výskumu a z toho vyplývajúca potreba ďalšieho výskumu o sexuálnom zdravotnom stave a praktikách u mužov s mentálnym postihnutím.
3. Aj keď sexuálne vzdelávacie programy pre ľudí s mentálnym postihnutím existujú, je potrebný ďalší výskum na vytvorenie účinnosti týchto programov tak, aby zahŕňali globálne aspekty sexuálneho zdravia a prevencie zneužívania

(Whitehouse a McCabe, 1997).

4. Je potrebné posunúť sa ďalej z deskriptívneho výskumu a použiť experimentálne návrhy na overenie účinnosti niektorých sexuálne zdravotných zásahov v tejto populácii. Osvedčené postupy pre poskytovanie sexuálne zdravotných služieb nemôžu byť stanovené bez dôkazov z experimentálneho výskumu.

Pri poskytovaní komplexnej sexuálnej výchovy a zdravotnej starostlivosti pre osoby s mentálnym postihnutím je potrebný individuálny, na človeka zameraný, multidisciplinárny prístup, ktorý zahŕňa opatrovateľov, zdravotnícky personál, vychovávateľov, psychológov, učiteľov i osoby s mentálnym postihnutím.

BIBLIOGRAFIA

- BIANCHI, G. 2001. Sexuálne zdravie ako kultúrny, sociálny a politický jav. In: BIANCHI, G. (Ed.) 2001. Identita, zdravie a nová paradigma – Human Communication Studies, Vol. 7. Bratislava: Veda – KVS BK., s. 169-184.
- BOVICELLI, L., ORSINI, L. F., RIZZO, N., et al. 1982. Reproduction in Down syndrome. In: *Obstet Gynecol*, 1982, Vol. 59, pp. 13-17.
- CONOD, L., SERVAIS, L. 2008. Sexual life in subjects with intellectual disability. In: *La vida sexual de las personas con discapacidad intelectual. Cuernavaca: Salud Pública de México*, 2008, Vol. 50, No. 2. ISSN 0036-3634.
- DIEDERICH, N., GREACEN, T. 1996. Enquête sur la sexualité et la prévention du SIDA chez les adultes handicapés mentaux en Ile de France. In: *Revue Européenne du Handicap Mental*. 1996, Vol. 3, No. 9, pp. 20-32.
- ELKINS, T. E., McNEELY, S. G., PUNCH, M. et al. 1989. Reproductive health concerns in Down syndrome: A Report of eight Cases. In: *J Reprod Med*, 1989, Vol. 35, No. 8, pp. 745-750.
- GARCIA, F., QUIRO'S, E., BERNAL, M. et al. 1991. Ausencia de infección por VIH en deficientes mentales. In: *Enferm Infecc Microbiol Clin*, Vol. 9, pp 516-525.
- GUST, D. A., WANG, S. A., GROTT, J., et al. 2003. National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. In: *Am J Ment Retard*, 2003, Vol. 5, No. 6, pp. 365-373.
- HAMANOVÁ, J., 2004. Syndróm rizikového správania sa v dospievaní. In: *Zborník prednášok a metodických postupov, ktoré odzneli na priebežnom vzdelávaní VMR v Prešove, Modre a Žiline – štvrtá časť*. Bratislava: MPC, s. 39-44. ISBN 80-968891-2-5.
- HEGYI, L. a kol., 2006. *Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo*. Bratislava: Herba.
- KLIMENT, M., 1996. Sexuálne prenosné choroby. In: POLIAKOVÁ, E. et al., ed. *Výchova k rodičovstvu, manželstvu a etike intímnych vzťahov. Profesionálna príprava pre výchovné a vzdelávacie pôsobenie na deti v otázkach rodičovstva, manželstva a etiky intímnych vzťahov*. Nitra: SLOVDIDAC, s. 27-36. ISBN 80-967339-8-2.
- KOTEKOVÁ, R., E. ŠIMOVÁ a A. GECKOVÁ, 1998. *Psychológia rodiny*. Michalovce: Pegas. ISBN 80-967901-0-2.
- LINDSAY, W. R., SMITH, A. H. W., QUINN, K., et al. 2004. Women with intellectual disability who have offended: Characteristics and outcome. In: *J Intellect Disabil Res*, 2004, Vol. 48, pp. 580-590.
- LÖFGREN-MÅRTENSON, L. 2008. The Invisibility of Young Homosexual Women and Men with Intellectual Disabilities. In: *Springer Science+Business Media, LLC*, 2008, Vol. 27, pp. 21–26.
- MANDZÁKOVÁ, S. 2011. *Zvyšovanie kvality sexuálneho a partnerského života osôb s ťažším mentálnym postihnutím*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2011. ISBN 978-80-555-0455-1.

- MARCHETTI, A. G., NATHANSON, R. S., KASTNER, T. A. et al. 1990. AIDS and state developmental disability agencies: A national survey. In: Am J Clin Nutr, Vol. 80, pp. 54–56.
- MARKOVÁ, D. 2012. O sexualite, sexuálnej morálke a súčasných partnerských vzťahoch. Nitra: Garmond. ISBN 978-80-89148-76-9.
- MARTIN, B. A. 1997. Primary care of adults with mental retardation living in the community. Am Fam Phys 56:485– 494.
- McCABE, M. P. 1993. Sex Education Programs for People With Mental Retardation. In Mental Retardation Journal, 1993, vol. 131, no. 6, pp. 377-387.
- McCABE, M. P., CUMMINS, R. A. 1996. The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with intellectual disability. In: Educ Train Ment Retard Dev Disabil, 1996, Vol. 31, pp. 13-21.
- McGILLIVARY, J. A. 1999. Level of knowledge and risk of contracting HIV/AIDS amongst young adults with mild/moderate intellectual disability. In: J Appl Res Int Dis, 1999, vol. 12, no. 4, pp. 113-126.
- PINCUS, S. H., SCHOENBAUM, E. E., WEBBER, M. 1990. A seroprevalence survey for human immunodeficiency virus antibody in entally retarded adults. In: N Y State J Med, Vol. 90, pp. 139-142.
- PORTIK, M., 2003. Determinanty edukácie rómskych žiakov. Prešov: PF PU v Prešove. ISBN 80-8068-155-4. S. 27-28.
- RABOCH, J. 1988. Očima sexuóloga. Praha: Avicenum, 1998.
- RAMOS-IBANEZ F. M., ESPINO-TOQUERO, C., DURONTEZ-NEVAREZ, A. et al. 1996. Sida et Handicap Mental: Une expérience d'intervention. Communication au 5th colloque européen de Noirlac. Noirlac, France. October, 1996.
- SERVAIS, L., 2006. Sexual Health Care in Person with Intellectual Disabilities. In: Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 2006, Vol. 12, pp. 48-56. ISSN 1098-2779.
- STEHR-GREEN, P., WILSON, N., MILLER, J. et al. 1991. Risk factors for hepatitis B at a residential institution for intellectually handicapped persons. In: N Z Med J, Vol. 104, pp. 514 –516.
- SUPEKOVÁ, M., BIANCHI, G. 1999. Teoretický náčrt prístupov k sexuálnej výchove. In: Pedagogická revue, 1999, roč. 52, č. 2, s. 109-117. ISSN 1335-1982.
- THOMPSON, D. 1994. The sexual experience of men with learning disabilities having sex with men: issues of HIV prevention. In: Sex. Disabil, 1994, Vol. 12, No. 3, p. 221-242.
- UZEL, R. 2004. Antikoncepce u mentálne postihnutých osob. In: Sexualita mentálne postihnutých : zborník materiálov z celostátní konferencie. Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2004. s. 17-19. ISBN 80-903519-0-5.
- VAN DYKE, C., DIANNE, M. D., MCBRIEN, M., SHERBONDY, A. 1995. Issues of Sexuality in Down Syndrome In: Down Syndrome Research and Practice, 1995, Vol. 3, no. 2.
- VIŠŇOVSKÝ, Ľ. et al., 2007. Základy rodinnej výchovy. Banská Bystrica: UMB, Občianske združenie PEDAGÓG. ISBN 978-80-8083-443-2.
- WHITEHOUSE, M. A., MCCABE, M. P. 1997. Sex education programs for people with intellectual disability: How effective are they?. In: Educ Train Ment Retard Dev Disabil, Vol. 32, pp. 229-240.

Text vznikol vďaka podpore grantov:

VEGA č. 1/0286/14: *Behaviorálne a postojoyé atribúty sexuality mládeže s ľahkým mentálnym postihnutím v kontexte rizika a prevencie*

VEGA č. 2/0015/12: *Životné štýly, normy a ich prekračovanie: cesty k osobnej spokojnosti a spoločenskej prospešnosti.*