

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta



**Sexualita osob s mentálním postižením a poruchami  
autistického spektra v pobytových zařízeních v jižních  
Čechách**

Bc. Veronika Beránková

Katedra speciální pedagogiky

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.

Praha 2014

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně s použitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....  
Bc. Veronika Beránková

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce Doc. PhDr. Janu Šiškovi, Ph.D. za cenné rady a připomínky při psaní této práce. Dále patří poděkování ochotným respondentům výzkumu a v neposlední řadě mé rodině a partnerovi, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

**Název:** Sexualita osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra v pobytových zařízeních v jižních Čechách

**Autor:** Bc. Veronika Beránková

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.

## **ABSTRAKT**

Tato práce řeší přístup k sexualitě osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra v zařízeních poskytující pobytové služby na území jižních Čech. Konkrétně nás zajímá, zda se se sexualitou klientů pracuje či nepracuje a jak.

Zvolený výzkumný problém jsme vyřešili pomocí rozhovorů s pracovníky zařízení poskytující pobytové služby. Následně jsme provedli analýzu rozhovorů kódováním a kategorizováním výpovědí. V konečné fázi nám z analýzy rozhovorů vyvstaly hlavní zájmy respondentů a jejich postoje k tématu sexuality.

V práci jsme vytvořili přehled, jak se v jednotlivých zařízeních pracuje se sexualitou klientů s mentálním postižením a poruchami autistického spektra a jaké jsou jednotlivé přístupy.

Přínosem této práce je snaha o osvětlení námi zvoleného tématu jak široké veřejnosti, tak samotným zařízením poskytující sociální služby.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Mentální postižení, poruchy autistického spektra, sexualita, pobytová zařízení, sociální služby.

**Title:** Sexuality of people with mental disability and autism spectrum disorders in residential facilities in South Bohemia

**Author:** Bc. Veronika Beránková

**Supervisor:** Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.

## **ABSTRACT**

This thesis solves the attitude of the sexuality of people with mental disability and autism spectrum disorders in residential facilities in South Bohemia. We specifically wonder, if there is any work with sexuality and in which way.

Chosen research problems were solved during an interview with the employees of the facility which provides residential services. Then we did an analysis of the interview by coding and categorization of answers. In the final stage, emerged from the analysis of the interviews main interests of respondents and their attitudes to the sexuality topic.

We created a summary which shows how staff work with sexuality of clients with mental disability and autism spectrum disorders and which are their individual attitudes.

The benefit of this thesis is effort of explanation our topic to the general public and to the facilities providing residential social services itself.

## **KEYWORDS**

Mental disability, autism spectrum disorders, sexuality, residential facilities, social services.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ</b> .....	<b>9</b>
1.1    Mentální postižení a jeho charakteristika.....	9
1.1.1    Lehké mentální postižení .....	10
1.1.2    Středně těžké mentální postižení.....	11
1.1.3    Těžké mentální postižení.....	11
1.1.4    Hluboké mentální postižení.....	12
<b>2. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA</b> .....	<b>13</b>
2.1    Dětský autismus .....	14
2.2    Aspergerův syndrom .....	15
2.3    Atypický autismus.....	16
<b>3. VÝVOJ SEXUALITY</b> .....	<b>17</b>
3.1    Vývoj sexuality u osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra ..	19
3.2    Mýty a předsudky o sexualitě osob se zdravotním postižením .....	21
3.3    Sexuální výchova a osvěta .....	21
3.4    Přístupy k sexualitě osob s mentálním postižením.....	23
<b>4. PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA</b> .....	<b>25</b>
<b>5. SYSTÉM POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE</b> .....	<b>29</b>
5.1    Standardy kvality sociálních služeb .....	30
5.2    Protokol sexuality, vztahů a intimity.....	32
<b>6. VÝSLEDKY JIŽ PROBĚHLÝCH VÝZKUMŮ NA TÉMA SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA</b> .....	<b>34</b>
6.1    Výzkum č. 1 .....	34
6.2    Výzkum č. 2 .....	35
6.3    Výzkum č. 3 .....	37
6.4    Výzkum č. 4 .....	38
6.5    Výzkum č. 5 .....	40
6.6    Výzkum č. 6 .....	42
<b>7. METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>44</b>
7.1    Kvalitativní výzkum .....	44
<b>8. VÝSLEDKY</b> .....	<b>46</b>
8.1    Respondenta č. 1 .....	46
8.2    Respondentka č. 2 .....	51
8.3    Respondentka č. 3 .....	55
8.4    Respondentka č. 4 .....	59
8.5    Přehled výpovědí.....	64
<b>9. DISKUZE</b> .....	<b>67</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>71</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>76</b>

## Úvod

Úkolem zařízení poskytující sociální služby, resp. služby pobytové, je často podpora klientů vést „plnohodnotný život“ se všemi úskalími, která k tomu patří. Výklad slova plnohodnotný může pro jednotlivé poskytovatele sociálních služeb, ale také pro zaměstnance jednotlivých zařízení, zahrnovat rozdílné potřeby a oblasti života jedince. Práce se sexualitou osob s mentálním postižením (dále jen MP) a poruchami autistického spektra (dále jen PAS), ale také jiných uživatelů sociálních služeb, je v České republice stále značně omezena a lze říci, že je na svém začátku (Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013, s. 43). Právě z těchto důvodů jsme se rozhodli vypracovat na toto téma diplomovou práci, která bude zjišťovat, jakým způsobem se pracuje se sexualitou osob s MP a PAS v pobytových zařízeních, konkrétně na území jižních Čech. Pomocí rozhovorů s pracovníky zařízení poskytujících pobytové služby osobám naší cílové skupiny budeme zjišťovat, zda se sexualitou uživatelů sociální služby zařízení pracuje a pokud ano, jakým způsobem. Bude nás zajímat, v jaké míře jsou zaměstnanci seznámeni s touto oblastí, zda je v organizaci k dispozici dokument, který upravuje, jak se s klienty na dané téma bavít, kdo a jak má možnost do oblasti sexuality zasahovat a zda má organizace vypracovanou metodiku práce v oblasti sexuality nebo sexuální výchovy. Cílem výzkumu je tedy především zmapovat v obecné rovině práci se sexualitou klientů v pobytových zařízeních a zjistit tak, zda je práce s klienty v této oblasti stále na svém počátku, jak tvrdí odborné zdroje.

V jednotlivých kapitolách práce se budeme nejdříve zaměřovat na vymezení pojmů potřebných ke správnému pochopení problematiky. Je potřeba vymezit pojmy mentální postižení, poruchy autistického spektra, vývoj sexuality a seznámit se s právy osob se zdravotním postižením (v našem případě osob s MP a PAS). V neposlední řadě je třeba vysvětlit systém poskytování sociálních služeb v České republice a o jaké legislativní dokumenty je jejich poskytování opřeno. Pro potřebu srovnání informací uvedených v odborných publikacích a informací zjištěných samotným výzkumným šetřením, uvedeme také výsledky již proběhlých výzkumů na danou problematiku a budeme také vycházet z různých přístupů k práci se sexualitou prezentovaných v odborných publikacích či časopisech. Ve výzkumné části dojde ke zmíněnému sběru dat pomocí rozhovorů s pracovníky zařízení poskytujících pobytové služby pro osoby s MP a PAS. Informace zjištěné rozhovory budou součástí shrnující zprávy, jak jednotlivá zařízení pracují se sexualitou svých klientů a zda se mezi nimi nacházejí podstatné rozdíly, případně v čem se

zařízení shodují. Jednotlivá zjištění budou porovnávána také s informacemi zjištěnými v odborných zdrojích a budou tak reflektovat současný stav problematiky v jižních Čechách.



# 1. Mentální postižení

## 1.1 Mentální postižení a jeho charakteristika

Vymezení pojmu mentální postižení (mentální retardace) a nalezení odpovídající definice se liší především zaměřením publikací. Každý z autorů zdůrazňuje jiné faktory a zaměřuje se na jiné aspekty. Vzhledem k častému rozlišování pojmů mentální retardace a mentální postižení, kdy má právě mentální postižení zastupovat širší pojem zahrnující všechny jedince s inteligenčním kvocieniem pod 85 (Valenta in Valenta, Müller, 2007, s.13), budeme v této práci používat pouze výrazu mentální postižení, který sice chápeme jako synonymum pojmu mentální retardace, ale považujeme jeho používání za vhodnější.

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) ve své 10. revizi (1992) vymezuje mentální postižení jako: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště postižením dovednosti, projevující se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“*

Vágnerová (2012, s. 289) označuje mentální postižení jako: *„Souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Hlavními znaky jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky.“*

Valenta (in Valenta, Müller, 2007, s. 12) operuje s výrazem mentální retardace následovně: *„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“*

Považujeme za důležité zmínit také definici Švarcové (2003, s. 24), která klade důraz na skutečnost, že hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u těchto jedinců individuálně odlišná. Švarcová definuje osobu s mentálním postižením následovně: *„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.“*

Za hlavní znaky mentálního postižení lze tedy považovat:

- sníženou úroveň rozumových schopností, která se projevuje především v oblasti adaptace na běžné životní podmínky,
- odchylka je vrozená a jedinec se nevyvíjí standardním způsobem od počátku svého života,
- trvalost poruchy, ačkoliv vzhledem k etiologii je možné určité zlepšení (Fischer, Škoda, 2008, s. 91- 92).

Co se týká typických znaků v myšlení a řeči osob s MP, v oblasti myšlení lze spatřit výraznou závislost na realitě, často na její konkrétní projev. Jedinec není schopný nadhledu a to ústí ke snížení kritičnosti a vyšší sugestibilitě. Stereotypnost a rigiditu považujeme za typický charakteristický znak myšlení osob s MP. Jedinec ulpívá na určitém způsobu řešení a chrání se tak před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty. Schopnost některých jedinců s MP naučit se mechanicky určitá pravidla vede v praxi k tomu, že nejsou schopni je vhodně aplikovat, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi a vhodnost použití daných pravidel. Řeč bývá postižena v několika rovinách a to jak v rovině formální, tak obsahové. Řečový projev se vyznačuje nepřesnou výslovností buď v důsledku motorického oslabení, nebo zhoršenou sluchovou diferenciací. Omezení v oblasti slovní zásoby a v pochopení celkového kontextu se projeví v neschopnosti správně porozumět verbálnímu sdělení. Stejně tak je postižena schopnost plně pochopit ironii, metaforu či složitější slovní obraty. Jedinci sami preferují jednoduchost ve vyjadřování používáním krátkých vět či konkrétních pojmů. U závažnějších typů MP, kde je úroveň řečového projevu a porozumění velmi nízká, se do popředí dostává způsob komunikace pomocí neverbálního kanálu (Vágnerová, 2012, s. 292- 294).

V současné době se při diagnostice hloubky MP vychází z klasifikace MKN- 10 (WHO, 1992), která stanovuje stupeň lehkého, středně těžkého, těžkého a hlubokého mentálního postižení. Mezinárodní klasifikace nemocí dále rozlišuje také jiné a nespecifikované mentální postižení.

### **1.1.1 Lehké mentální postižení**

Do pásma lehkého mentálního postižení jedinec spadá tehdy, pokud je jeho IQ mezi 69- 50. V dospělosti je schopen pracovat, udržovat sociální vztahy a přispívat k životu společnosti (MKN- 10, 1992). Vývoj řeči lze považovat za opožděný, ale účelné použití

v každodenním životě není vyloučeno. Celkový vývoj je oproti normě pomalejší (Švarcová, 2003, s. 29). Co se týká myšlení, jedinci jsou schopni respektovat některá pravidla logiky, ale schopnost uvažovat abstraktně chybí. Tento stupeň hloubky kognitivního postižení zastupuje 80 % všech osob s MP (Fischer, Škoda, 2008, s. 98). Zlomovým obdobím, kdy se nejčastěji projeví nedostatky ve vývoji na úrovni lehkého mentálního postižení, je období nástupu do školy (Valenta in Valenta, Müller, 2007, s. 39).

### **1.1.2 Středně těžké mentální postižení**

Hloubka MP v tomto stupni je vymezena IQ 49- 35. Vývojové opožďení je patrné již v dětství, ale někteří jedinci dokáží dosáhnout určité hranice nezávislosti a soběstačnosti (MKN-10, 1992). Patrný je již značně omezený rozvoj chápání a užívání řeči, sebeobsluhy a zručnosti. Při zajištění odborného dohledu a pečlivé strukturalizaci pracovních úkolů jsou tyto osoby schopny vykonávat jednoduchou manuální práci. Dosažená úroveň jednotlivých schopností je v tomto stupni mezi osobami výrazně rozdílná, a zatímco jeden je schopen jednoduché konverzace, druhý se těžko domluví o svých základních potřebách. Rozdílnost dosažené úrovně schopností se projevuje také v obratnosti a zručnosti či nonverbální komunikaci (Švarcová, 2003, s. 30). K tomuto stupni MP je často přidružené některé z tělesných či duševních postižení a etiologie je většinou organická (Valenta in Valenta, Müller, 2007, s. 39).

### **1.1.3 Těžké mentální postižení**

Vzhledem k hloubce MP v rozmezí IQ 34- 20 je trvalá potřeba podpory jedince nezbytná (MKN- 10, 1992). Opožděnost psychomotorického vývoje je zřetelná již v předškolním věku a možnosti rozvoje jsou trvale limitovány. Úroveň řečového projevu se vzácně pohybuje na úrovni jednoslovných spojení, často se samotná řeč vůbec nerozvine (Valenta in Valenta, Müller, 2007, s. 39). Motorické funkce jsou limitovány přidruženými vadami (nejčastěji neurologickými a tělesnými) a možnosti vzdělávání a výchovy jsou značně omezeny (Švarcová, 2003, s. 31).

#### **1.1.4 Hluboké mentální postižení**

IQ v tomto stupni je nižší než 19 a samostatnost jedince lze považovat za vyloučenou, stejně tak jako schopnost pohybu, komunikace nebo hygienické péče (MKN- 10, 1992). Kombinace postižení jedince limitují v rozvoji všech schopností a za maximální schopnost lze považovat možnost diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Imobilita osob značně ovlivňuje kvalitu jejich života a jsou odkázáni na nepřetržitou pomoc a dohled (Fischer, Škoda, 2008, s. 31- 32).

## 2. Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou podle čtvrtého vydání Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (dále jen DSM- IV) diagnostikovány tehdy, pokud je u osoby přítomno postižení ve všech z následujících třech kategorií: kvalitativní poruchy v sociální interakci, kvalitativní poruchy komunikace a opakující se stereotypní projevy v chování a vykonávaných činnostech. DSM- IV aktuálně určuje kategorii Pervazivní vývojové poruchy, do které spadá autismus, Aspergerův syndrom a blíže nespécifikované pervazivní vývojové poruchy (Rettův syndrom a dezintegrační porucha v dětství). V novém vydání DSM-V bude oficiálně ustanovena kapitola Poruchy autistického spektra, která bude obsahovat stejné poruchy, které jsou nyní uvedeny v kategorii Pervazivní vývojové poruchy. Diagnostická kritéria budou snížena z nutných postižení ve třech kategoriích na dvě, které budou obsahovat oblasti sociální komunikace a omezené zájmy (Manning-Courtney, 2013).

V České republice nabízí diagnostická vodítka PAS kritéria MKN-10 (1992), spadající pod kapitolu Poruchy psychického vývoje, konkrétně se pak jedná o Pervazivní vývojové poruchy (F84). Mezinárodní klasifikace nemocí specifikuje pervazivní vývojové poruchy následovně: *„Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“* Do kategorie Pervazivní vývojové poruchy spadá:

- dětský autismus,
- atypický autismus,
- Rettův syndrom,
- jiná dětská dezintegrační porucha,
- hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby,
- Aspergerův syndrom,
- jiné pervazivní vývojové poruchy,
- pervazivní vývojová porucha NS.

Pro účely naší práce je nutné blíže specifikovat především dětský autismus, Aspergerův syndrom a atypický autismus.

## 2.1 Dětský autismus

Poprvé byl dětský autismus popsán americkým psychiatrem Leem Kannerem v roce 1943. Tehdy poruchu pojmenoval „časný infantilní autismus“ a definoval tři základní charakteristiky postižení. Patřil mezi ně deficit ve schopnosti navazovat kontakt s druhými lidmi, obsedantní touha po neměnnosti prostředí a ostrůvkovitě zachované mentální schopnosti (Makovská, 2007, s. 199). V současné době se deficity objevují především v oblasti sociálního porozumění, sociální interakce a porozumění neverbální komunikaci. Vývoj řeči je narušený, stejně tak jako vztahy k druhým lidem. Obvykle se nevytváří citová vazba k matce a dalším členům rodiny. Pochopit význam mezilidských vztahů je pro tyto osoby velmi obtížné, stejně tak nedovedou sdílet emoce. Na pokusy o interakci často vůbec nereagují, případně jsou jim tyto pokusy nepříjemné. Celkově je vnímání dětí s autismem chaotické, ulpívají na stereotypech a to jak při preferenci hraček nebo jiného náčiní, tak i v chování. Stereotypnost se projevuje také v potřebě stálosti a neměnnosti okolního prostředí. Jedinci špatně snášejí změny v denním režimu i v uspořádání prostředí. V neposlední řadě se u osob s autismem objevuje také agresivní chování, kterým zvládají pocity napětí a úzkosti, které v nich vyvolávají chaotické a neuspořádané podněty působící z vnějšku (Vágnerová, 2012, s. 319- 326).

Dětský autismus je diagnostikován tehdy, pokud je abnormální vývoj přítomen před věkem tří let a objevují se u jedince abnormální projevy ve všech třech stanovených kategoriích a to v sociální interakci, komunikaci a opakujících se stereotypních projevech chování. K těmto specifickým diagnostickým rysům se často přidružují další nespecifické poruchy jako jsou fobie, poruchy spánku a příjmu potravy, návaly zlosti a agrese namířená proti sobě (MKN-10, 1992).

Dětský autismus lze také dělit podle toho, zda je přítomno mentální postižení, na vysoce funkční autismus, středně funkční autismus a nízko funkční autismus. Vysoce funkční autismus označuje osobu, která nemá snížený intelekt a jeho IQ je tedy vyšší než 70. U těchto osob je také patrné, že jejich komunikativní dovedností jsou na dobré úrovni. U jedinců se středně funkčním autismem je přidruženo lehké nebo středně těžké mentální postižení a je již patrné větší narušení v oblasti komunikace. Signifikantním projevem je také přibývající počet stereotypních projevů v chování. Nízko funkční autismus je určován u jedinců s mentálním postižením v úrovni těžkého a hlubokého postižení, u kterých není nebo téměř není rozvinutá schopnost komunikace. Stereotypní projevy v chování jedince

jednoznačně převládají a navazování kontaktů s okolím je minimální (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2004, s. 40- 41). Úroveň intelektu bývá u dětského autismu předmětem řady výzkumů, které ukazují, že zhruba 70-80 % dětí s autismem má mentální postižení (Thorová, 2012, s. 325).

Odchylky ve vývoji se začínají objevovat již před dosažením jednoho roku života dítěte, ale většina rodičů začíná mít vážné obavy až kolem druhého roku života dítěte. V tomto období si rodiče všimají odlišného vývoje řeči a zvláštního chování dítěte v sociálních situacích. Rané vývojové rozdíly zahrnují nepřítomnost natahování se dítěte, aby bylo zvednuto, absenci nebo redukované množství zrakové pozornosti směrem k sociálním stimulům, nepoužívání úsměvu jako odpovědi a nezájem o objevování nových objektů. Ve 20- 40 % případů je patrný úbytek komunikace a sociálních dovedností. Objevují se přidružené problémy, které ale nejsou specifické pro dětský věk a často se objevují v souvislosti s MP jedince. Jedná se o poruchy jako je odmítání nebo výběrovost stravy, poruchy spánku, obtížná regulovatelnost emocí a sebezraňující chování. Osoby s poruchami autistického spektra jsou často citlivé na sluchové, zrakové a pachové podněty, mívají snížený práh bolesti a lze si všimnout jejich posedlosti zrakovou nebo taktilní stimulací (Tonge, Brereton, 2011, s. 672- 673).

## **2.2 Aspergerův syndrom**

Tento syndrom dostal název po rakouském psychiatrovi Hanzi Aspergerovi, který v roce 1945 popsal zvláštnosti v chování dětí, které se nápadně podobaly projevům chování dětí s dětským autismem. Tehdy poruchu pojmenoval „autistická psychopatie“ a až v roce 1981 byl prosazen název Aspergerův syndrom. Signifikantní rozdíl oproti dětskému autismu byl spatřen v průměrné až nadprůměrné inteligenci jedinců. V dnešní době se Aspergerův syndrom charakterizuje jako porucha sociálních vztahů a komunikace, kdy nedochází k narušení vývoje řeči a inteligence, jako je tomu u dětského autismu. U dětí s Aspergerovým syndromem si lze všimnout abnormit v chování (v kontrastu s jejich dobrými kognitivními schopnostmi), které se projevují především v nedodržování společenských pravidel a konvencí typických pro danou společnost. Zájem o okolí a komunikační schopnosti jsou na dobré úrovni a nejsou výrazně postiženy. V oblasti sociálního chování se osoby projevují jako samotářské a egocentrické. Typickým projevem v této oblasti je navazování sociálního kontaktu pouze za účelem uspokojení vlastních potřeb a zájmů. V řeči osob s Aspergerovým syndromem lze spatřit určité

zvláštnosti jako je přehnané dodržování spisovného vyjadřování, konvenčnost, charakteristická intonace, hlas a tempo řeči. V důsledku doslovného chápání významu slov dochází k řadě nedorozumění a mylným interpretacím sděleného obsahu. Porozumění nonverbálnímu kanálu komunikace je pro tyto osoby velmi obtížné a často jí vůbec nerozumí (Makovská, 2007, s. 198- 202).

Osoby bývají motoricky neobratné a objevují se u nich, stejně jako u osob s dětským autismem, specifické a stereotypní zájmy. Prognóza je u osob s Aspergerovým syndromem lepší než u osob s dětským autismem, ale vzhledem k tomu, že si svou odlišnost uvědomují, často se u nich rozvíjí deprese a bývá zvýšené riziko sebevražedného jednání (Vágnerová, 2012, s. 330).

### **2.3 Atypický autismus**

Toto označení se používá tehdy, jestliže jedinec nespĺňuje kritéria pro stanovení diagnózy dětský autismus a to tím, že se buď postižení neprojevuje ve všech třech diagnostických oblastech, nebo je opožděný nástup projevů po 3. roce života (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 48).



### 3. Vývoj sexuality

Sexualita je lidskou přirozeností a je u každého člověka individuální v závislosti na tom, v jaké rodině či společnosti jedinec vyrůstá. K některým aspektům sexuality a sexuálního vývoje jsme biologicky determinováni, ale podstatnou část získáváme v průběhu života, učení (Thorová in Thorová, Jůn, 2012, s. 6).

Sexualita jako základní lidská potřeba nezahrnuje pouze fyzický sex, ale je v ní zahrnuto mnoho složek, jako je potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek silného citu, sounáležitosti a opory, spokojenosti a pocit potřeby pro jiné, sex a sexuální uspokojení, ale také rodičovství, a tím potřeba pokračování rodu. Funkcí sexuality v dnešní době není pouze funkce reprodukční, ale také dosažení příjemných prožitků a slasti (funkce rekreační). Vzhledem k aktuální situaci v naší společnosti, kdy se sexuální uspokojení stává stále více konzumním, jsou zdůrazňovány atributy jako kvalita, intenzita a variabilita sexuálního uspokojení. V důsledku toho dochází u spousty osob k pocitům selhání a nespokojenosti. Sexualita se skládá ze čtyř základních komponent:

- sexuální chování,
- sexuální identifikace,
- sexuální orientace,
- sexuální emoce.

**Sexuální chování** směřuje k udržení lidského rodu a je výsledkem evolučního procesu. Je silně ovlivňováno biologickými vlivy, ale působí na něj také vlivy psychosociální a kulturní. Přístup k sexuálnímu chování jako sexuálnímu pudu je již překonán a nyní se k němu přistupuje jako k navazujícím stavům, které směřují k výběru co nejvhodnějšího partnera za účelem zajištění reprodukce.

**Sexuální identifikace** je typická pocitem příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví. Taktéž sexuální identifikace je silně biologicky podmíněna, ale definitivně se člověk identifikuje v interakci s prostředím. Teorie psychoanalýzy zmiňují raný vývoj dítěte a jeho identifikaci s rodičem stejného pohlaví. V případě, že tento vztah s rodičem funguje dobře, dítě získává postupně jistotu ve své roli muže či ženy. V případě rodin s dětmi se zdravotním postižením je tento proces narušen, protože je ovlivněn sníženými možnostmi dítěte a také obavami rodičů. Vzhledem k následné odlišné sociální zkušenosti dítěte s postižením se mění i jeho identifikace s příslušnou rolí.

**Sexuální orientace** je projevem člověka na erotické signály a nejčastějším druhem sexuální orientace je tzv. heterosexuální orientace, tedy orientace na dospělé jedince opačného pohlaví. Je determinována především biologickými predispozicemi a nelze si ji vybrat. V populaci se lze setkat s několika procenty homosexuálně orientovaných osob, tj. na dospělé jedince stejného pohlaví. Poznání člověka, zda je heterosexuální či jiné orientace, probíhá v období dospívání a uvědomování si své odlišnosti je obtížné. Dospívající jedinci často přemýšlí o své identitě a určité nejasnosti mohou řešit různými experimenty, které jim napomáhají odhalit svou sexuální orientaci.

**Sexuální emoce** doprovázejí lidskou sexualitu. Jedná se o sexuální vzrušení či citové vyvrcholení a jsou důležitými prvky zlepšování kvality života člověka (a sexuality jako takové). Neměli bychom zapomínat na to, že je důležité umožnit všem realizovat vztahy podle svých představ (Venglářová in Venglářová, Eisner, 2013, s. 17- 24).

Povědomí o sexuálním já jako o jednom z integrovaných aspektů lidské identity začíná již v raném dětství. Vývoj a exprese sexuálních odpovědí po dobu celého života není dobře prostudovaným fenoménem a normativní data zatím nebyla sestavena pro sexuální chování v dětství a dospívání. Sexuální odpověď se skládá z komplexní souhry fyziologických a psychologických faktorů, které jsou velmi citlivé na rodinné, náboženské a kulturní způsoby, mravy a postoje. Haroian (2000) rozlišuje čtyři stupně vývoje sexuality v dětském věku a v období adolescence:

- Období od narození do šesti let věku života
  - Primárně se dítě zaměřuje na svoje tělo. Prozkoumává své tělesné schéma a toto chování vyjadřuje spontánně do té doby, než se naučí svoje sexuální zájmy potlačovat nebo jim bránit.
- Období od šesti do dvanácti let věku života
  - Snižuje se zájem dítěte o své tělo a fyzické proporce a přesouvá se do oblasti duševní. Dítě nadále touží po sexuálním uspokojení, ale jeho zájem se přesouvá do oblasti představ. V tomto období je charakteristická potřeba soukromí a autonomie.
- Období od třinácti do patnácti let věku života
  - V tomto období ovlivňují sexuální vývoj jedince hormony a tělo jako takové je opět středobodem zájmu. Dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků a povědomí o fyzickém já se promítá do vnímání druhými lidmi a to v sociálním smyslu. V tomto období je již jedinec sexuálně zralý po biologické stránce, ale nikoliv po stránce sociální (a to především

v oblasti sociálního úsudku). V důsledku toho se také může objevit sexuálně nevhodné chování.

- Období od šestnácti let věku
  - Fyzický růst a vývoj klesá, hladina hormonů je již stabilní a sekundární pohlavní znaky jsou součástí image jedince. Sexualita se projevuje masturbací nebo partnerským sexem. Sexuální uspokojení je integrováno do chápání partnerského vztahu.

### **3.1 Vývoj sexuality u osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra**

Nutností pro pochopení sexuality osob s mentálním postižením je seznámení se s jejich psychosociálním vývojem a znalost jednotlivých stádií vývoje, která mají svá specifika v porovnání s osobami intaktními. Lištiak Mandzáková (2013, s. 60- 61) a Weiss a kol. (2010, s. 101) uvádí ve svých publikacích přehled fází psychosexuálního vývoje dle Freuda a jeho projevy u osob intaktních a osob s MP.

V orální fázi, která trvá od narození do dvou let věku, dítě uspokojuje svoje potřeby prostřednictvím druhých osob. Tato rozkoš vzniká při tělesném kontaktu, především při kojení. Základním orgánem pro uspokojování rozkoši jsou ústa. U dětí s MP se objevují obdobné projevy jako u dětí intaktních.

V anální fázi, která je ohraničena druhým až třetím rokem života jedince, dítě začíná získávat fyzickou nezávislost na svém okolí a začíná psychicky vnímat své tělo a rozdíly mezi jednotlivými pohlavími. Dítě se zajímá především o fekálie, hraje si na písku, s hlínou atp. Dětem s MP je v tomto období nutné poskytnout jistotu a akceptování jejich jednání při objevování jejich těla a různých materiálů.

V oidipální nebo jinak také falicko-genitální fázi psychosexuálního vývoje, datovaného v období předškolního věku dítěte, jedinec hledá svoji pohlavní identitu a roli muž-žena. Děti se koncentrují na pohlavní orgány a jejich odlišnost a následně se přiřazují do jedné ze skupin muž-žena, které sebevědomě zastupují. U dětí s MP lze v tomto období pozorovat snahu o osamostatnění se od pečující osoby, která se projevuje vyhledáváním osobního kontaktu s druhými. Okolí jedince často reaguje okamžitými zákazy či příkazy typu „to nesmíš“ a „to musíš“.

V latentní fázi mezi šestým a jedenáctým rokem života se podle Freuda neděje nic zásadního a sexuální tužby ustupují do pozadí. Dle současných výzkumů je ale toto tvrzení

vyvráceno. V tomto období vznikají přátelské vztahy a zvyšuje se tím touha odpoutání od rodičů. Děti s MP se v tomto období stále pokouší odpoutat od svých rodičů a je bezpodmínečně nutné zachovat intimní sféru dítěte. Děti chtějí sami rozhodovat o hranici toho, co chtějí vědět a prožít. Období tvoření přátelských vztahů je narušeno častým šikanováním a výsměškům ze strany intaktních vrstevníků.

V poslední, genitální fázi, které nastává v období dospívání, dochází k oživení sexuálních zájmů z falického období a jedinec začíná navazovat milostné vztahy. Sexuální puzení u osob s MP je často rodinou jedince vnímáno jako nepříjemné či nežádoucí a to především z důvodu zvyšování se nesouladu mezi dětskými projevy chování a sexualitou. V důsledku mentálního deficitu může docházet k nesprávnému rozpoznávání společenských norem a zvyklostí a k následnému obnažování či masturbaci na veřejnosti (Weiss, 2010, s. 435).

U osob s PAS se v dospívajícím věku, stejně jako u intaktních osob, rozvíjí zájem o sexualitu a mají silnou touhu po sexuálních kontaktech. Téma sexuality bývá zanedbáváno až ignorováno a o sexuálních potřebách se začne mluvit až v momentě, kdy se již problémy v dané oblasti nedají zakrýt a je potřeba situaci řešit. Mnohé osoby s PAS se po celý svůj život zbavují sexuálního napětí masturbací, kdy jim musí být ale náležitě vysvětleny jasné zásady a postupy této techniky. Důležité je osobu seznámit s vlastní intimní zónou, kde je respektováno jeho soukromí (může se jednat o samostatný pokoj, toaletu nebo sprchu se závěsem) a vysvětlit mu, že v rámci této zóny je masturbace možná a povolená. Můžeme tím tak předejít nevhodnému sexuálnímu chování na veřejnosti a na jiných místech (Preißmann, 2010, s. 72- 75). Jedním z hlavních deficitů PAS, jak jsme již zmínili výše, je porucha navazování sociálních kontaktů. Tento deficit výrazně ovlivňuje navazování partnerských vztahů a sexualitu jako takovou. V důsledku nedostatku sociálního porozumění bývají pokusy o navázání vztahu a získání partnera velice primitivní a mohou vyústit v různé problémy (např. nevhodné oslovování žen na ulici mužem s PAS). U osob s PAS může převládat problém chápání emocí spojené se vztahem, láskou a intimitou či sociální naivita vzhledem k osobám, které se k nim chovají mile, soucitně a chápatě. U osoby s PAS to může vyvolávat dojem, že o něj má daný jedinec zájem. U žen s PAS se objevují problémy trochu odlišné od mužů, kteří spíše ženy pronásledují. Ženy disponují neschopností číst sociální klíče a nejsou schopny odhadnout o jakých tématech je vhodné s muži diskutovat a do jaké hloubky (Howlin, 2005, s. 248-251).

### **3.2 Mýty a předsudky o sexualitě osob se zdravotním postižením**

Různé mýty o sexualitě osob se zdravotním postižením, které se v současné společnosti hojně rozšiřují, výrazně ovlivňují postoje společnosti k sexualitě osob nejen se zdravotním postižením, ale i jinak se odlišujících jedinců. Společenské normy jsou již od pradávna předávány ústně a velmi silně působí na hodnotový systém jedinců i skupin osob. K utváření mylného obrazu o sexualitě osob se zdravotním postižením přispívají média i pornografický průmysl. Výsledkem tohoto tlaku je porovnávání sebe sama a ostatních lidí s obrazem prezentovaným médii, které často končí pocity méněcennosti a nedostatečnosti (Drábek, 2013, s. 60).

Bohužel i přes výrazné změny ve veřejné politice se v posledních letech společenské postoje mění velmi pomalu a stále existují lidé, kteří neuznávají sexuální pocity, potřeby a touhy osob se zdravotním postižením. Situace v oblasti sexuality osob s MP je snad nejsložitější. Názory na sexualitu osob s MP se dají rozdělit do dvou základních „táborů“. První „tábor“ zastává názor, že osoby s mentálním postižením jsou i v dospělosti „dítětem“ a jsou tedy bez sexuálních instinktů, pudových hříchů a kvůli nižšímu mentálnímu schopnostem nemají starost o svůj sexuální život. Druhý „tábor“ se přiklání k názoru, že jsou tyto osoby hypersexuální a sexuálně impulzivní. Ve skutečnosti neodpovídá realitě ani jeden z těchto názorů. Je zřejmé, že tyto mýty a předsudky mají vliv na kvalitu života osob s MP a možnosti jejich začlenění do společnosti. Pokud je považujeme za sexuálně impulzivní, tak je jakýkoliv náznak sexuálního chování vnímán jako nekontrolovatelný. Naopak pokud jsou chápáni jako „velké děti“ nebo dokonce nepohlavní bytosti, jsou jejich sexuální projevy a chování odmítány nebo minimalizovány do co největší míry. Možností, jak poskytnout osobám s MP včasnou a přiměřenou pomoc, by mělo být předání adekvátních informací v rámci sexuální výchovy (Lištiak Mandzáková, 2013, s. 37- 38).

### **3.3 Sexuální výchova a osvěta**

Sexuální výchova jako účinná pomoc osobám s MP by měla nejen poučovat o sexualitě jako takové, ale především by měla podněcovat osobu k vytváření vhodných postojů k sexualitě. Velký vliv na utváření postojů k sexualitě má rodina a rodinné zázemí a je třeba počítat s tím, že postoje z rodiny získávají jedinci v různé a ne vždy v ideální podobě. Ve věku dítěte 3 - 9 let by rodiče měli své dítě seznámit s rozdíly mezi muži a ženami, s jednotlivými intimními místy na těle a o způsobu rození dětí. Následně ve věku dítěte 9 - 15 let by se dítě mělo dozvědět informace o menstruaci či nočních polucích,

o dalších probíhajících změnách na dospívajícím těle, o tom, jak rozpoznat a odmítnout nevhodné sexuální dotýkání či jiné sexuální projevy od jiných osob, jak dochází k oplození a také o masturbaci a sexuálních pocitech. Od 16 let věku dítěte a výše je vhodné zahrnout témata jako rozvíjení vztahů, pochopení sexuálních pocitů a práce s nimi. Důležité je věnovat se i tématu homosexuality, ochrany před otěhotněním a pohlavně přenosnými nemocemi, zodpovědnost za rodičovství či trestní dopad nevhodného sexuálního chování k druhým lidem (Štěrbová, 2007, s. 32).

Podpora osob s MP formou sexuální výchovy by měla být vhodným řešením ke snížení pravděpodobnosti výskytu odchylek v sexuálních projevech jako je masturbace a obnažování se na veřejnosti apod. Sexuální výchova pomáhá také předejít různým traumatizujícím zážitkům jako je otěhotnění, nakažení se pohlavní chorobou apod. a především může napomoci snížit pravděpodobnost výskytu sexuálního zneužívání. V rámci prevence je vhodné zaměřit se na schopnost jedinců bránit se sexuálnímu nátlaku ze strany druhých osob a nepodléhat jejich vlivu. K osobám s MP v souvislosti se sexuální výchovou je potřeba přistupovat podle úrovně jejich mentálních a sociálních schopností a informace jim podávat v takové formě a rozsahu, který je pro ně vhodný. Taktéž je potřeba realizovat sexuální osvětu ve dvou základních rovinách. První z nich je rovina všeobecně preventivní, která se většinou realizuje formou skupinové práce a věnuje se pěstování zdravých návyků a postojů, formování osobnosti a celkovému ovlivňování sexuálního chování směrem, které je v souladu s mravními normami a hodnotami dané společnosti. Ve druhé rovině, rovině individuálně preventivní, se již pozornost přesouvá na konkrétního jedince s MP, který potřebuje radu a pomoc a také na jeho rodiče a pedagogy (Valenta, Müller, 2007, s. 351- 355).

Vzhledem k deficitům v oblasti sociálního porozumění a navazování vztahů u dětí s PAS je sexuální výchova velmi důležitá a to dokonce důležitější než u dětí intaktních. Stejně jako u osob s MP bývá často přehlížena a zanedbávána a děti se něco málo dozvědí maximálně od svých vrstevníků. Těmto lidem je potřeba jasně a jednoznačně vysvětlit proč je určité chování považováno za nevhodné a že může ostatní vyděsit nebo urazit. Seznámení osoby s důsledky určitého jednání je podstatnou částí sexuální výchovy (Howlin, 2005, s. 254-255). Osobám s PAS by v rámci sexuální výchovy a osvěty měly být podávány obdobné informace jako osobám s MP. Důležité je zaměřit se především na rozhovory o milování, masturbační techniky, tělesnou hygienu a na různá praktická cvičení jako je nasazování kondomů. Nesmíme zapomenout ani na téma rozvoje pozitivního obrazu vlastního těla, schopnost si jasně určit své hranice a umět říci „ne“. Pro osoby

s autismem je důležité umět akceptovat přání druhého a všimnout si, co je ve společnosti přípustné a co už nikoliv (Preißmann, 2010, s. 74- 75).

### **3.4 Přístupy k sexualitě osob s mentálním postižením**

Vzhledem ke všem skutečnostem zmíněných výše lze konstatovat, že se daří v České republice velmi pomalu prosazovat práva osob s mentálním postižením a to především vzhledem k jejich sexualitě. Nutnou součástí vzdělávání budoucích odborníků v oblasti péče o osoby s MP by měla být právě oblast sexuality a sexuální osvěty u těchto jedinců. Postoje potlačování a represivních opatření, které se objevovaly ve 20. letech 20. století, jsou dnes stále hojně rozšířeny mezi laickou veřejností. Mnohem alarmující je situace tehdy, pokud jsou tyto represivní postoje rozšířeny mezi pracovníky poskytující sociální služby (Štěřbová, 2007, s. 51-52).

Eisner ve své publikaci (Venglářová, Eisner, 2013, s. 129) zdůrazňuje a vysvětluje rozdílnost názorů na sexualitu osob s MP z pohledu různých zainteresovaných osob.

Z pohledu laické veřejnosti je sexualita osob s postižením čímsi tajemným a tabuizovaným a často se jejich postoje kryjí s předsudky a mýty uvedenými výše. K nesprávnému až nevhodnému přístupu přispívají také média a realita prezentovaná skrze ně. Z pohledu rodiče se jejich potomek s MP často stává doživotním „dítětem“, ačkoliv již fyzicky či právně dospěl. Právě toto chápání omezuje již dospělého jedince v uplatňování svých práv a přijímání povinností a odpovědnosti za svůj život. I mezi rodiči přetrvávají tendence si myslet, že jejich potomek nemá v důsledku svého postižení žádné sexuální a citové potřeby. V opačném případě se lze také setkat s názorem rodičů, že jejich dítě nepotřebuje žádnou speciální péči a informace v oblasti sexuality, protože se k nim dostane běžnou formou jako jeho vrstevníci bez postižení. Potěšující informací je fakt, že v poslední době je stále více rodičů ochotno zajistit svým dětem potřebnou podporu k naplnění sexuálních, citových a partnerských potřeb.

Velkým milníkem v přístupu k osobám s MP jsou lékaři, od kterých se očekává profesionální přístup k pacientům. Často se ale v praxi stává, že lékař nejeví zájem se člověku s postižením věnovat, nedovedou s daným jedincem komunikovat a pokud už se na něco ptají, tak výhradně doprovodu (asistenta nebo rodiče). Samozřejmě tento přístup nelze generalizovat na celou lékařskou obec, ale jeho výskyt byl několikrát spatřen.

Konečně se dostáváme k pracovníkům v sociálních službách, kteří se s problematikou sexuality potýkají v zařízeních dnes a denně. Vzhledem k nutné profesionalitě pracovníků v sociálních službách se předpokládá, že budou pozitivně

ovlivňovat život klienta, povedou ho k maximální možné soběstačnosti a budou mu pomáhat s prosazováním práv a dodržováním povinností s nimi spojenými. Ne vždy je samozřejmě situace takto ideální a mezi pracovníky lze spatřovat nejednotnosti v oblasti přístupu k osobě s mentálním postižením jako takového, nemluvě pak o přístupu k sexualitě a partnerskému životu. Tyto postoje ovlivňují atmosféru celého zařízení a především pak kvalitu nabízených služeb.

Thorová (Thorová, Jůn, 2012, s. 39) naznačuje, jakým způsobem by měla probíhat změna přístupu k sexualitě klientů u pracovníků v sociálních službách. Prvním krokem je normalizace sexuality klientů. Jejich potřeby jsou akceptovány, služba poskytuje svým uživatelům soukromí a celkový obraz služby je takový, jaký by si přála běžná populace. V dalším kroku je potřeba akceptovat individuálně odlišné formy sexuality klientů, které mnohdy nejsou pro pracovníky normou a pracovníci musí své základní postoje změnit. Teprve poté je možno dosáhnout normalizace života klientů. Život klienta v zařízení by měl být co nejvíce jeho vlastní volbou a nikdo by se neměl vměšovat do jeho postojů. Nedílnou součástí změny postojů pracovníků je jejich otevřenost a komunikace o sexualitě klientů. Nesmíme ale zapomínat na hranici mezi otevřením se tématu a nadměrným vnucováním názorů. Celkový přístup k sexualitě klientů by měla zastřešovat profesionalita pracovníků. Zařízení akceptuje právo klienta na jeho sexuální a partnerský život a poskytuje mu v této oblasti podporu. Téma sexuality by mělo být zaneseno v oficiálním dokumentu, kterým se zařízení řídí (např. Protokol vztahů, intimity a sexuality, viz dále).



## **4. Práva osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra**

Stejně jako všichni lidé, tak i osoby s MP a PAS mají svoje práva a povinnosti. Vzhledem k jejich specifickým potřebám v určitých oblastech jsou jejich práva opřena také o několik národních i mezinárodních dokumentů. Jejich přijetím či uzákoněním se Česká republika zavazuje k naplňování práv v nich uvedených.

### **Všeobecná deklarace lidských práv OSN**

Jedná se o dokument přijatý Valným shromážděním v New Yorku roku 1948. Dokument uvádí, že všichni lidé jsou svobodní a sobě rovni v důstojnosti a právech a nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny či domova (Valné shromáždění OSN, 1948).

### **Listina základních práv a svobod**

Tento dokument, který je součástí Ústavy České republiky (z. č. 1/1993 Sb.), ustanovuje, že *„základní lidská práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.“* Dále je v něm uvedeno, že *„každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života“* (Listina základních práv a svobod, 1993).

### **Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením**

Tato deklarace byla vyhlášena Valným shromážděním OSN v roce 1971 a klade důraz především na dodržování práv osob s MP ve stejné míře, jako mají osoby bez postižení. Dále se věnuje vymezení práva osoby s MP na zdravotní péči a vhodnou terapii, která mu umožní co největší rozvoj jeho možností a dovedností. Důraz je kladen také na možnost žít ve společnosti své vlastní rodiny a účastnit se všech forem společenského života. V neposlední řadě se deklarace věnuje ochraně před vykořisťováním či zneužíváním a to především u osob, kterým byla omezena práva (Valné shromáždění OSN, 1971).

## **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**

OSN přijalo tuto Úmluvu v prosinci 2006. Jménem České republiky došlo k podpisu v březnu 2007 a po následné ratifikaci vstoupila v platnost 28. října 2009. Státy, které tento dokument podepsaly, se zavazují, že: „*uznávají zdravotní postižení jako pojem, který je v neustálém vývoji a je výsledkem vzájemného působení mezi osobami se zdravotním postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti*“. V této úmluvě vidíme výrazný posun v chápání pojmu zdravotního postižení. Do popředí se dostává znevýhodnění jedince z důvodu neschopnosti společnosti a okolí mu přizpůsobit prostředí takovým způsobem, aby mu bylo umožněno zapojit se do společenského fungování. Není již zdůrazňována odlišnost jedince a z toho vyplývající neschopnost se přizpůsobit a zapojit se do společnosti běžným způsobem. Díky tomuto chápání osob se zdravotním postižením byly jejich sexuální potřeby potírány a bylo na ně nazíráno jako na někoho, kdo na sexuální potřeby nemá právo, protože není schopen vnímat informace standardním způsobem a vhodně je aplikovat. V pojetí této úmluvy chápeme jejich právo na sexualitu jako něco, v čem mají být maximálně podporováni a má jim být poskytnuta dostatečná a přiměřená pomoc.

V článku č. 8 o zvyšování povědomí je uvedeno, že „*stát se zavazuje přijmout okamžitá odpovídající opatření s cílem bojovat proti stereotypům, předsudkům a nevhodným až škodlivým praktikám směrem k osobám se zdravotním postižením, včetně těch, které se týkají pohlaví nebo věku a to ve všech oblastech života*“. S ohledem na sexuální potřeby a sexuální osvětu u osob se zdravotním postižením se v článku č. 23 uvádí, že u těchto osob je uznáno právo založit rodinu a svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu svých dětí. Dále mají právo na přístup k věku odpovídajícím informacím, sexuální výchově a výchově k rodičovství a také na poskytnutí nezbytných prostředků, které by jim umožnily uvedená práva realizovat. Včasnou péči v oblasti sexuální a reprodukční medicíny zaručuje článek č. 25 (OSN, 2006).

## **Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010- 2014**

V současné době je tento záměr provázán s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Jednotlivé kapitoly jsou v souladu s články Úmluvy. Prostřednictvím Národního plánu dochází k popisu současného stavu v dané oblasti a ke

stanovení cílů, kterých má být v daném období prostřednictvím určitých opatření dosaženo. V jednotlivých opatřeních je stanoveno, jaký rezort je za plnění cílů odpovědný.

Ministerstvo zdravotnictví by podle Národního plánu mělo podporovat vznik a distribuci informačních materiálů a aktivit v oblasti sexuálního zneužívání osob se zdravotním postižením (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010). Bohužel již není v této sekci, která je navázána na článek č. 25 Úmluvy, zmíněna žádná informace ohledně sexuální osvěty osob se zdravotním postižením a důraz je kladen především na zdravotní péči a rehabilitaci.

Výklad části Národního plánu, který reaguje na článek č. 23 Úmluvy, na nás působí dojmem, jakoby se kdosi chtěl vyhnout odpovědnosti za sexuální reprodukci osob se zdravotním postižením, případně za uskutečňování sexuálních potřeb. V tomto odstavci je v Úmluvě jasně uvedeno, že osoby mají právo na přístup k odpovídajícím informacím ohledně sexuální osvěty. V doporučeních a opatřeních Národního plánu již ale není žádná z těchto oblastí zmiňována a pozornost je věnována především rodině jako nejpřirozenějšímu prostředí pro výchovu dětí. Stanovená opatření jsou směřována především na poskytování poradenských služeb rodinám s dítětem se zdravotním postižením a obětím domácího násilí. Právě v návaznosti na tento článek Úmluvy by bylo vhodné stanovit opatření vedoucí k sexuální výchově osob se zdravotním postižením a jejich podpoře v této oblasti.

### **Charta práv osob s autismem**

Úmluv či jiných závazných dokumentů, které by se týkaly práv osob s autismem je u nás velmi málo a jediný dokument, který se této oblasti věnuje je právě Charta práv osob s autismem. Jako písemná deklarace byla Charta přijata Evropským parlamentem v květnu 1996. K podepsání Charty se připojila v Haagu na kongresu AUTISM- EUROPE v roce 1992 také česká delegátka občanského sdružení AUTISTIK, Ing. Miroslava Jelínková. Charta věnuje pozornost právům osob s autismem vést plnohodnotný život, dále na stanovení správné diagnózy, na dostupné a specializované vzdělávání, na spolurozhodování jedince o jeho budoucnosti, na dostupné a vhodné bydlení, na asistenci, podpůrné služby a pomůcky a další opatření, která vedou k maximálnímu fungování osob s autismem ve společnosti. Bod číslo 14 této Charty je zaměřen na práva osob s autismem na sexuální, partnerské a jiné vztahy. Je zde jasně uvedeno, že v oblasti sexuálních potřeb je vždy potřeba odborné rady a podpory, která by měla být běžně dostupná (Jelínková, 2011).

Více informací týkající se tématu sexuality bohužel v dokumentu nenalezneme a při uplatňování práv osob s autismem je vždy potřeba vycházet z jiných dokumentů, týkajících se osob se zdravotním, případně mentálním postižením, pokud se u osoby s autismem mentální postižení vyskytuje.

## **5. Systém poskytování sociálních služeb v České republice**

Poskytování sociálních služeb je u nás upraveno zákonem č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. Základní druhy a formy poskytování sociálních služeb jsou rozděleny do třech pilířů- služeb sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Z důvodu zaměření naší práce se budeme dále zabývat pouze službami sociální péče, do kterých spadají různá zařízení poskytující pobytové služby pro osoby s MP či PAS. Veškeré služby sociální péče jsou realizovány v zařízeních sociálních služeb, které poskytují buď terénní, ambulantní nebo pobytové služby. Pobytovými službami se rozumí takové služby, které poskytují ubytování. Mezi služby sociální péče, poskytující pobytovou formu péče, řadíme odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a chráněné bydlení. Z následujícího výčtu zařízení se dále nebudeme zabývat domovy pro seniory, protože jejich cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, nikoliv z důvodu mentálního či jiného postižení. Stejně tak se dále nebudeme věnovat domovům se zvláštním režimem, které jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo osobám s Alzheimerovou demencí či jinými typy demencí.

Služby sociální péče mají napomáhat zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob a v důsledku toho jim umožnit co nejvyšší možnou míru zapojení do běžného života společnosti. V případě, že toto zapojení do společnosti vylučuje jejich stav, je úkolem služeb sociální péče zajistit osobám důstojné prostředí a zacházení. Každá služba sociální péče má stanovený rozsah základních činností, které jsou poskytovatelé povinni zajistit. Pokud má osoba zájem o poskytnutí sociální služby, uzavře s jejím poskytovatelem písemnou smlouvu. Veškeré pobytové služby jsou poskytovány za částečnou nebo plnou úhradu nákladů (Zákon o sociálních službách, 2006).

Zákon o sociálních službách zaručuje všem osobám v nepříznivé životní situaci pomoc či podporu. Klade velký důraz na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb, především na zachování důstojnosti a lidských práv osob. V neposlední řadě je zdůrazňován individuální přístup ke každému uživateli sociálních služeb vycházející z potřeb konkrétního jedince, nikoliv skupiny osob nebo potřeb poskytovatele služby. S novým zákonem přišel nový rozměr poskytování sociálních služeb. Uživatel má

nyňi možnost si dobrovolně vybrat, jakou službu a jakým způsobem chce využívat. Poskytnutí sociální služby je vázáno písemnou smlouvou o poskytování sociální služby, ve které se jasně stanoví, za jakých podmínek bude uživateli služba poskytována. Stejně tak se ve smlouvě musí objevit práva a povinnosti jak uživatele, tak poskytovatele sociálních služeb. To vše musí být sděleno takovým způsobem, který je uživateli srozumitelný. Před i v průběhu využívání sociální služby je s uživatelem sestavován a naplňován jeho systém podpory. Systémem podpory chápeme různé formy, způsoby a konkrétní aktivity vedoucí k co nejvyšší samostatnosti a podpoře uživatele služby v jeho soběstačnosti. Pro přehlednost poskytovatelů sociálních služeb a jejich lepší monitorování inspekčním orgánem je povinnost mít oprávnění k činnosti a být veden v registru poskytovatelů sociálních služeb. Důležitým mezníkem v poskytování sociálních kvalitních služeb jsou tzv. standardy kvality sociálních služeb. Kritéria standardů kvality jsou složena z měřitelných podmínek, které jsou uvedeny ve vyhlášce č 505/2006, Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách (MPSV, 2008).

## **5.1 Standardy kvality sociálních služeb**

Tento závazný dokument stanovuje podmínky, které musí poskytovatel sociální služby dodržovat, aby bylo možné sociální službu provozovat. Standardy kvality obsahují tři základní oblasti- oblast procesní (vztahů mezi uživatelem a poskytovatelem), oblast personální a oblast provozní.

**Oblast procesní** obsahuje následující standardy:

- Cíle a způsoby poskytování sociální služby- jasný popis toho, co poskytovatel poskytuje, kdy a kde lze služby využívat, pro koho je služba určena, za jakých pravidel a podmínek je poskytována a s jakým cílem.
- Ochrana práv osob- poskytovatel služby se zavazuje k dodržování práv uživatelů při poskytování sociální služby a podporuje uživatele v jejich prosazování. Zároveň poskytovatel vymezí situace, kdy by mohlo dojít k porušení práv uživatele a jakým způsobem bude tyto situace řešit a předcházet jim.
- Jednání se zájemci o sociální službu- poskytovatel je povinen sdělit uživateli informace o nabízené službě tak, aby jim uživatel rozuměl a projednat s ním požadavky, očekávání a osobní cíle, které by mu služba mohla pomoci naplnit. V případě odmítnutí ze strany poskytovatele je povinen uživateli sdělit důvody

odmítnutí a informovat jej o jiných sociálních službách, které by mohl uživatel využít.

- Smlouvy o poskytování sociální služby- součástí smlouvy je rozsah a průběh služby, včetně konkrétních podmínek poskytování služby a vychází z toho, co si uživatel přeje a potřebuje.
- Individuální plánování průběhu sociální služby- spolupráce pracovníků poskytovatele a uživatele na průběhu služby.
- Dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje- poskytovatel je povinen vytvářet příležitosti, které podporují uživatele v kontaktech a vztazích s rodinou, přáteli či známými. Měl by také zprostředkovat služby jiných organizací či osob.

**Oblast personální** obsahuje standardy:

- Personální a organizační zajištění sociální služby- uživatel má právo vědět, kteří pracovníci, s jakými pravomocemi a povinnostmi a s jakou zkušeností, dovedností a vzděláním mu budou k dispozici.
- Profesní rozvoj zaměstnanců

**Oblast provozní** je sestavena z následujících standardů:

- Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby- poskytovatel určuje dobu a místo, kde je možno službu využít podle potřeb uživatele.
- Informovanost o poskytované sociální službě- uživatel má být o službě srozumitelně informovaný.
- Prostředí a podmínky- prostředí pro poskytování služby je materiálně, technicky a hygienicky zajištěno.
- Nouzové a havarijní situace- pro řešení nečekaných situací má poskytovatel vypracovaný postup, jak se v nich zachovat.
- Zvyšování kvality sociálních služeb- poskytovatel si od uživatelů zjišťuje jejich spokojenost s nabízenými službami a podle toho dochází k hodnocení a rozvoji služby s pracovníky (MPSV, 2008).

Jak je patrné z výkladu zákona o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky, nikde není jasně stanoveno právo uživatele sociální služby na sexuální výchovu a osvětu (Štěrbová, 2007, s. 63). V případě, že se organizace rozhodne, že se bude otázkou sexuality svých klientů zabývat, je potřeba zajistit sjednocení týmu pracovníků v otázce přístupu k sexualitě klientů, zajistit kompetence pracovníků k výkonu práce se sexualitou, stanovit rámec a obsah služeb v oblasti sexuality, zajistit transparentní sdělení nabídky uživatelům veřejnosti a zajistit poskytování samostatné služby nebo začlenění práce se sexualitou do stávajících poskytovaných služeb a vypracovat Protokol sexuality (Eisner in Venglářová, Eisner, 2013, s. 45- 46). Právě Protokol sexuality se zdá být nejrozšířeněji používaným dokumentem, ve kterém je jasně vymezeno, jak se bude se sexualitou klientů pracovat. Samotnému Protokolu sexuality se věnuje následující kapitola.

## **5.2 Protokol sexuality, vztahů a intimity**

Tento dokument by měl přispívat k ujasnění si toho, co se v zařízeních poskytující sociální služby v oblasti sexuality a vztahů prosazuje (Thorová, Jůn, 2012). Stále častěji se setkáváme se zájmem odborné veřejnosti o tento dokument a začínají jej využívat také různá zařízení poskytující sociální služby. Protokol sexuality by měl obsahovat souhrn postojů, vnitřních pravidel, znalostí, odpovědností, norem, směrnic a pokynů, které jsou typické pro každou situaci. Souhrn těchto informací by měl pomoci personálu rychle a efektivně jednat ve složitých situacích. Tvorba dokumentu by měla probíhat se všemi osobami, kterých se protokol týká a to především s vedením a pracovníky daného zařízení. Při tvorbě dokumentu je potřeba stále myslet na respektování potřeb a práv osob s MP (Štěrbová, 2007). Je důležité zmínit, že Protokol sexuality nepopisuje pouze práva a povinnosti zaměstnanců, ale také klientů. Proto je potřeba dbát na dodržení srozumitelného obsahu Protokolu, aby byl dosažitelný i pro klienty s MP. Při tvorbě Protokolu je vhodné nechat se inspirovat samotnými klienty a jejich rodinami, protože právě oni jsou nám schopni sdělit jejich pocity, přání a obavy.

Aby byl dokument vypracován co nejlépe, je potřeba vyhnout se nejčastějším chybám při jeho tvorbě:

- Protokol vypracovává pouze jeden pracovník a tzv. „od stolu“.
- Protokol sestaví pouze vedení organizace bez spolupráce se zaměstnanci a poté po nich požaduje, aby jej dodržovali.



- Dokument je psán složitým a nesrozumitelným jazykem. Obsah je zbytečně dlouhý a komplikovaný.
- Autoři nedefinují základní postoje a pravidla, ale věnují se pouze jednotlivým oblastem.
- Dokument obsahuje moc obecná pravidla a informace (Eisner in Venglářová, Eisner, 2013, s. 90).

## 6. Výsledky již proběhlých výzkumů na téma sexuality osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra

V této kapitole se pokusíme zveřejnit několik v minulosti provedených výzkumů a jejich výsledků, které byly výzkumným šetřením zjištěny. Vzhledem k tomu, že se tomuto tématu v České republice věnuje jen malé množství osob a ještě méně na úrovni výzkumné, odrazí se to také na skutečnosti, že všechny uveřejněné výzkumy v této kapitole pochází ze zahraničních šetření.

### 6.1 Výzkum č. 1

První výzkum, který provedla Monika Parchomiuk v Polsku, byl zaměřen na zjištění postojů vybrané skupiny odborníků vzhledem k sexualitě osob s mentálním a tělesným postižením. Výzkumná otázka tohoto šetření zněla: *„Jak se utvářejí emocionální a hodnotící postoje profesionálů vzhledem k sexualitě lidí s mentálním s tělesným postižením?“* Do výzkumu bylo zahrnuto 98 respondentů, z toho 81 žen a 17 mužů, ve věkovém rozmezí 20-55 let. Speciální pedagogové tvořili 40 % všech respondentů, sociální pracovníci tvořili 35 %. Zbývající procenta se rovnoměrně rozdělila mezi zdravotní sestry a fyzioterapeuty.

Výsledky výzkumu nejsou nijak překvapující. Provedená analýza zjistila, že postoje pracovníků k sexualitě osob s mentálním a tělesným postižením se značně liší podle druhu postižení. Pokud se jedná o osoby s tělesným postižením, postoje pracovníků jsou více příznivé. Vysoce hodnocené jsou partnerské vztahy lidí s tělesným postižením, stejně tak je respondenty více uznáváno právo na rodičovství osob s tělesným postižením než osob s MP. Hierarchie hodnocení sexuality osob s MP je jiná. Zde respondenti zdůrazňují především fyzické aspekty sexuality a to v následujícím pořadí: antikoncepce, fyzická atraktivita, somatická sféra, realizace sexuálních potřeb a sexuální touhy. Teprve po těchto všech aspektech, a s nižší ochotou přijetí respondentů, jsou aspekty partnerství a rodičovství. Zajímavostí je, že otázka sterilizace je respondenty nejméně přijatelná a to u obou skupin osob stejně. Analýza zahrnovala také rozdílnost profesionální kvalifikace respondentů, vzhledem k dříve zjištěným významným rozdílům v postojích ve vztahu k osobám s mentálním a tělesným postižením v závislosti na odborné kvalifikaci. Rozdílný názor respondentů s odlišnými odbornými kvalifikacemi byl spatřen pouze u jednoho

zkoumaného aspektu ve sféře přístupu k sexualitě osob s MP. Signifikantní rozdíl byl objeven v emocionálně-hodnotících postojích sociálních pracovníků a speciálních pedagogů vzhledem k pohlavnímu styku osob s MP. Nejvyšší stupeň přijetí realizace pohlavního styku osob s mentálním deficitem ukázala skupina sociálních pracovníků, kdežto speciální pedagogové pohlavní styk přijali nejméně.

Výsledky výzkumu ukázaly, že je pro respondenty více obtížně přijmout některé jevy spojené s psychickou a psychosociální dimenzí sexuality osob s MP než osob s tělesným postižením. Sociální postoje a názory týkající se otázek jako je manželství, možnost mít děti a pohlavní styk, jsou ve vztahu k lidem s MP méně přijatelné. Jako nejpřijatelnější hodnotí respondenti, bez ohledu na typ postižení, psycho-sociální komponenty sexuality jako je láska a přátelství a sexuální výchova. Není až tak těžké pochopit důvody těchto zjištění, protože pramení z obrazu osob se zdravotním postižením, který je prezentován veřejností. Ve společnosti existuje spousta stereotypů o osobách s MP které je prezentují jako zbavené vlastností sexuality (sexuální atraktivita, potřeb a možnosti jejich fyzické realizace) atd. Abnormalita osob s MP je spojená s jejich údajnou abnormalitou sexuální, které je nadměrná, nekontrolovatelná a ohrožující ostatní. Všechny tyto stereotypy vedou k nedbalosti při podpoře sexuality osob s MP. Ukázalo se, že výsledky tohoto výzkumu jsou v obecné rovině totožné s výsledky ostatních studií v této oblasti (Parchomiuk, 2012).

## 6.2 Výzkum č. 2

Další výzkum, vedený Van Bourgondien, Reichle a Palmer (1997), byl prováděn v Severní Karolíně v domovech pro osoby se zdravotním postižením a byl zaměřen na sexuální chování dospělých osob s autismem. Výzkumný vzorek tvořilo 89 dospělých osob s autismem. Vzorek čítal 72 mužů a 17 žen ve věkovém rozmezí 16- 59 let, kdy se podařilo obsáhnout všechny úrovně autismu a mentálního postižení. 26 % respondentů bylo v pásmu lehkého autismu, 23 % v pásmu středního autismu a 51 % v pásmu těžkého autismu. V úrovni kognitivních schopností dosáhlo 18 % respondentů úrovně lehké mentální retardace, 22 % středně těžké mentální retardace a 60 % těžké mentální retardace. 60 osob ze vzorku bylo schopno verbálně komunikovat, 29 osob komunikovalo nonverbálně. 77 respondentů bylo uznáno nesvéprávnými a měli zákonného zástupce. Šetření probíhalo formou čtyř různých dotazníků. První z nich byl demografický dotazník, druhý byl dotazník sexuality, třetí dotazník se zaměřoval na průzkum politiky sexuality

v domovech pro osoby se zdravotním postižením a poslední zjišťoval tréninkové postupy v zařízení. Dotazníky vždy vyplňovali zaměstnanci daného zařízení, kteří respondenta dobře znali a byli schopni dotazník vyplnit podle skutečnosti.

Výsledky výzkumu ukázaly, že 68 % klientů pravidelně masturbuje (z toho 54 mužů a 4 ženy). 75 % žen z výzkumného vzorku určili pečovatelé jako ty, u kterých si nebyli vědomi, že by masturbovaly. Masturbace se odehrávala u 54 osob v jejich pokojích, u 18 subjektů v koupelně a u 17 subjektů jinde v obytném prostředí. Masturbace se jen vzácně vyskytovala mimo domov. Co se týče politiky sexuality v domovech, tak většina zařízení povoluje klientům držení se za ruce a to jak mezi klienty navzájem tak mezi klientem a pracovníkem. Přibližně půlka programů sexuality povolovala mezi klienty opačného pohlaví nebo mezi klienty a pracovníky objímání a polibky. Méně akceptovatelné byly tyto projevy náklonnosti mezi osobami stejného pohlaví. Pouze 2-3 domovy výslovně uvedly, že je zakázáno objímání a držení se za ruce mezi klienty a pracovníky zařízení. Žádný z domovů neměl zakázáno líbání, hlazení přirození či dokonce pohlavní styk mezi klienty a pracovníky zařízení. 12 ze 14 programů sexuality disponovalo nějakou formou sexuální osvěty, která byla klientům dostupná. Nicméně, většina pracovníků v těchto domovech nikdy neprošla žádným školením, které by je naučilo, jak pomáhat osobám s autismem přiměřeně projevovat jejich sexuální pocity. 6 ze 14 programů referovalo, že jejich pracovníci jsou proškoleni ve vedení sexuální výchovy, případně v oblasti sexuálního poradenství pro klienty.

Lze konstatovat, že výsledky tohoto výzkumu ukazují, že většina osob s autismem žijící v residenčních zařízeních se projevuje v sexuálním chování různě. Nejčastěji užívanou formou sexuálního chování byla masturbace, nicméně jedna třetina osob ze vzorku, která byla zaměřena na sexuální chování orientované na určitého jedince, jevila známky sexuálního vzrušení. Tyto na osobu zaměřené projevy chování všeobecně zahrnovaly držení se za ruce a polibky. Pokusy o pohlavní styk byly v této skupině osob vzácné. Zajímavostí je, že z 26 domovů pro osoby se zdravotním postižením, které spolupracovaly na výzkumu, pouze 3 zařízení reagovala na žádost o posudek jejich programů politiky sexuality. Tyto 3 programy měly pevně a jasně stanoveno jaké projevy sexuálního chování mezi klienty a pracovníky jsou nepřijatelné a které veřejné projevy sexuálního chování klientů jsou nevhodné (Van Bourgondien, Reichle, Palmer, 1997).

### 6.3 Výzkum č. 3

Následující výzkum se zaměřuje přímo na postoje osob, které pracují v zařízeních poskytující sociální služby, k sexualitě osob s MP. Účastníky tohoto výzkumu bylo 216 osob pracujících v sociálních službách, z toho 55 mužů a 161 žen, ve věkovém rozmezí od 20 do 67 let věku. Do výzkumu byla zahrnuta zařízení poskytující pobytové služby, denní stacionáře a zařízení poskytující svoje služby ambulantní formou (v anglickém jazyce tzv. outpatient treatment services). Všechna zařízení, která se účastnila výzkumu, byla nejméně poslední dva roky aktivní a svoje služby poskytovala na území severo-východní Itálie. Respondentům byl zaslán uváděcí dopis a dvoustránkový anonymní dotazník. První strana zahrnovala otázky na zařízení sociální služby, ve které osoba pracuje, pohlaví, věk a na které pracovní pozici osoba svou práci vykonává. Druhá strana obsahovala 20 položkovou podstupnici jinak 40 položkového dotazníku Sexuality and Mental Retardation Attitudes Inventory (SMRAI). Dotazníkové položky se týkaly sexuálních práv a stereotypů osob s MP. Pro každou položku měl respondent určit jeho míru shody s použitím 5 bodové Likertovy škály, kde 1 znamená absolutní nesouhlas a 5 absolutní souhlas. V analýzách výsledků bylo použito celkové skóre; nejvyšší skóre ukazovalo na více liberální přístup a nejnižší na více konzervativní přístup.

Výsledky práce ukazují na to, že se dá všeobecně říci, že všichni respondenti prokázali liberální přístup k sexualitě osob s MP s rozmezím výsledného skóre od 41 do 93 bodů. Úroveň vzdělání a zastávaná pozice v zařízení sociální služby byly očekávanou proměnnou, naopak ale tyto faktory nepřinesly žádné rozdíly v přístupech respondentů k sexualitě osob s MP. Tento efekt může spíše souviset s některými kulturními rozdíly anglo-saských a italských skupin jedinců. Některé katolické hodnoty a tradice spojované se sexualitou existují nadále mezi lidmi a ty mohou ovlivnit osoby s vyšším stupněm vzdělání, které zastávají různé profesní role. V souladu s očekáváním se významný rozdíl objevil mezi těmi respondenty, kteří působí v rozdílných službách. Speciálně se tak dělo u respondentů pracujících v zařízeních ambulantního typu, u kterých se ukázaly nejvíce liberální a pozitivní postoje. Tito respondenti vykazovali více pozitivní názory na projevy sexuálního chování a vyjadřovali méně stereotypních myšlenek. Pravděpodobně lze tento výsledek připsat skutečnosti, že pracovníci v tomto druhu služeb pracují s lidmi s MP po krátkou dobu, ve které se nemusí u klienta objevit žádné sexuální projevy a nemusí dojít k žádným náročným situacím. U uzavřených institucí lze sledovat, že pracovníci se více ztotožňují s liberálním postojem a to i ze strany těch, kteří jsou na manažerských postech

a s vysokoškolským vzděláním. Tato práce, ačkoliv vede k podnětům dávat reflexi, má svoje limity. Za prvé, dotazníky se dívaly na MP obecně, zatímco osoby s limitem v oblasti kognitivních schopností jsou heterogenní skupina skládající se z jedinců s rozdílnými stupni obtíží a přizpůsobování se. Dalším důležitým bodem je skutečnost, že u pracovníků v zařízeních ambulantního typu je větší pravděpodobnost, že budou častěji pracovat s osobami s méně závažnými formami MP, kdežto v pobytových a denních centrech jsou spíše osoby s těžšími formami MP. Z tohoto důvodu by bylo důležité zkoumat přítomnost rozdílných názorů na osoby s MP podle typu a hloubky postižení.

Současná studie naznačuje, že je potřeba pokračovat ve výzkumu, který předpokládá zapojení ostatních sociálních pracovníků pracujících ve školství a dalších významných osob, jako jsou rodiče, aby se mohlo zkoumat, jak sociální kontext, ve kterém osoby s MP žijí, ovlivňuje tyto problémy (Bazzo, Nota, Soresi, et al., 2007)

#### **6.4 Výzkum č. 4**

Další z výzkumů byl realizován v západním Irsku a jeho cílem bylo zjistit postoje pracovníků v sociálních službách a rodinných příslušníků pečujících o jedince s MP k sexualitě těchto osob. Respondentů z řad pracovníků komunitních služeb bylo 153, respondentů z řad rodičů osob s MP, kteří využívají komunitních služeb, bylo 155. 88 % pracovníků bylo ženského pohlaví a 89 % pracovníků se věkově pohybovalo pod 55 lety věku. Oběma skupinám byl zaslán dotazník, který hodnotil jejich postoje k osobním vztahům a sexualitě osob s MP. V dotazníku byla využita Likertova hodnotící škála a také otázky s možností odpovědi ano nebo ne. Navíc mohli pracovníci v jedné z částí dotazníku nastínit svá doporučení pro organizační vylepšení týkající se sexuality jejich klientů. Dotazník obsahoval témata jako diskuze o sexualitě s klienty, vzdělávání a trénink, sexuální práva klientů a názory na vztahy mezi klienty. Finální sekce dotazníku obsahovala tři hypotetické případové scénáře. Tyto případové scénáře řeší problém těhotenství klientky, soukromí pro sexuální vyjádření a intimitu mezi klienty, která nezahrnuje pohlavní styk. Pro každý scénář byla položena stejná otázka „Jak by se tato situace měla řešit?“ Tyto scénáře se ukázaly jako velmi efektivní v odhalování otázek lidské sexuality jako je nechráněný pohlavní styk, těhotenství mladistvých a sexuální promiskuita. Vzhledem k zaměření práce se budeme ve výsledcích výzkumu věnovat pouze výpovědím pracovníků v sociálních službách.

Z výsledků vyšlo najevo, že 53 % pracovníků již někdy diskutovalo s klienty o sexualitě, 20 % ze všech pracovníků se cítilo nesebevědomě v diskuzích s klienty o jejich sexualitě a to především z důvodů nedostatečné kvalifikace, celkového osobního nedostatku sebevědomí při diskutování tohoto tématu, nejasných organizačních směrnic či rodičovských přání nebavit se s klientem na toto téma. Co se týká typů vztahů, na které mají osoby s MP „nárok“, u pracovníků převládaly názory, že by klientům mělo být povoleno přátelství a neintimní vztah s chlapcem či dívkou. Významně menší skupina pracovníků má pocit, že osoby se středním a těžším stupněm MP jsou schopny zapojit se do intimního nebo dokonce rodičovského vztahu. Další bod v dotazníku se týkal otázky, kdo by měl být zapojen do rozhodování o schopnosti zapojení se klienta do vztahů. Drtivá většina pracovníků se vyjádřila, že se mají rozhodnout klienti sami (79 %), poté rodina (73 %) a nakonec pracovníci (70 %). Všichni tito lidé by se tedy měli podílet na rozhodování, který typ vztahu je pro klienta s MP vhodný. V oblasti soukromí si 42 % pracovníků myslí, že by klienti měli mít právo na soukromí ve vztazích, tj. možnost prožívat svůj vztah bez dozoru. 21 % pracovníků si není jisto, zda by se tato skutečnost měla oznamovat rodinným příslušníkům klienta, kdežto 69 % pracovníků je přesvědčeno, že by rodiče neměli být o vztahu informováni. Výrazně se v této otázce dostali do popředí pracovníci mužského pohlaví, kde je jich celých 50 % přesvědčeno, že by rodiče neměli být o vztahu informováni. V případě pracovníků žen to bylo pouze 18 %. V dalším bodě dotazníku měli pracovníci uvést, zda prošli školením ohledně sexuality osob s MP. Pouze 12 % pracovníků prošlo školením, ale 95 % pracovníků vyjádřilo zájem takto zaměřené školení absolvovat. Z hlediska pohlaví je zajímavé, že větší zájem o budoucí školení projevily pracovnice ženského pohlaví, ačkoliv rozdíly mezi jednotlivými pohlavími nebyly až tak statisticky významné (96 % žen ve srovnání s 83 % procenty mužů). V dotazníku se objevilo několik dalších komentářů, které se týkaly především nutnosti mít speciální metodiku pro práci se sexualitou nebo rozšířit informovanost o sexuálních potřebách osob s MP mezi zaměstnanci, rodiči i samotnými klienty.

Zajímavé byly reakce na hypotetické případové scénáře. První scénář byl zaměřen na otěhotnění dívky s lehkým mentálním postižením. Tato dívka ve věku 25 let žila v chráněném bydlení spolu s další dívkou a dvěma muži stejné úrovně mentálních schopností. Do domova chodili zaměstnanci každý večer na dvě hodiny a poté v deset hodin večer, kdy v domově spali. Dívka popsala jednoho ze spolubydlících jako svého přítele, ačkoliv se nejednalo o nic vážnějšího než jen o platonický vztah. Jednoho dne zaměstnancům oznámila, že nedostala menstruaci. Těhotenský test ukázal, že dívka je

skutečně těhotná a to již 10 týdnů. Vyšlo najevo, že dívka měla s chlapcem pohlavní styk a že ten je tedy otcem dítěte. Chlapcova rodina je šokována, dívčina zdrcena, protože je přesvědčena, že dívka se nebude schopna o dítě adekvátně postarat. Zaměstnanci se v řešení této otázky více naklonili k navržení podpůrné intervence, jako je poradenství, případně praktická podpora péče o dítě, aby bylo možné vhodně reagovat a řešit vzniklou situaci. Nikdo z pracovníků se nevyjádřil tak, že dívka neměla být bez dozoru, případně, že k těhotenství nemělo nikdy dojít.

Druhý scénář se týkal poslechu muziky v pokoji. Jednalo se o muže ve věku 29 let s lehkým mentálním postižením, který jezdil na víkend domů k rodičům. Měl přítelkyni, s kterou pracoval na jednom pracovišti. Jednou ji pozval k sobě do domova na večeři, kde se seznámila s jeho spolubydlícími i zaměstnanci chráněného bydlení. Po večeři ji pozval k sobě do pokoje k poslechu hudby. Pracovníci se shodli, že klient má na soukromí právo a cítí, že by jim mělo být poskytnuto, avšak s diskretním dohledem. Dále se přiklánějí k diskusi s klientem, případně ke kontrole toho, zda je klientovi poskytována dostatečná sexuální osvěta. 4 pracovníci jsou přesvědčeni, že by klientům nemělo být soukromí povolováno. Sice se v procentuálním vyjádření jedná o zlomek pracovníků (3 %), ale i tak je to důležitá informace.

Třetí scénář se odehrával v parku, kde pracovali muž a žena s MP. Zaměstnanci si všimli, že se mají navzájem docela rádi. Na klientovy narozeniny dorazil muž s ženou do práce držíce se za ruce. Jeden člověk z veřejnosti později nahlásil, že je viděl spolu přicházet z odlehlé části parku a že spolu možná udržují intimní vztah. Tento člověk byl po ohlášení incidentu docela naštvaný. Většina pracovníků se shodla, že by po klientech chtěla vysvětlit, co přesně se dělo. Většina pracovníků zároveň obhajovala, že by se s klienty mělo probrat, jaké chování je na veřejnosti přijatelné. 20 % pracovníků si myslí, že je potřeba diskutovat o incidentu s veřejností. 14 % si myslí, že je potřeba klientům poskytnout sexuální osvětu a 6 % pracovníků je přesvědčeno, že by měl být nad klienty zajištěn přísný dohled.

Obecně se dá shrnout, že pracovníci sociálních služeb jsou více otevřeni diskuzím o sexualitě a vztazích a jako překážky pro takové diskuze vnímají spíše vlivy prostředí než osobnostní charakteristiky klientů (Evans, McGuire, Healy., et al., 2009).

## **6.5 Výzkum č. 5**

Následující výzkum pochází ze Slovenska a jeho realizaci prováděla Stanislava Mandzáková. Výsledky výzkumu byly prezentovány na celostátní konferenci Sexualita



mentálně postižených II., organizované o. s. ORFEUS v roce 2008. Výzkum byl zaměřen na projevy sexuality klientů s těžším mentálním postižením v domovech sociálních služeb na Slovensku a způsoby jejich řešení. Výzkumný tým oslovil 24 náhodně vybraných domovů sociálních služeb a z nich se výzkumu zúčastnilo 63 vychovatelů, z toho 90 % žen a 10 % mužů. Nejvíce početná byla skupina věku respondentů 36 až 45 let a 46 až 55 let. Úkolem respondentů bylo pozorovat sexuální projevy 15 klientů z jejich zařízení. Pozorovaní klienti byli v mentální oblasti v rozmezí středně těžkého až těžkého mentálního deficitu. Zastoupení pohlaví bylo 53,3 % ve prospěch žen a 46,7 % ve prospěch mužů. Nejpočetnější skupinou klientů, kteří byli pozorováni, byla věková skupina 18- 25 let.

Samotný výzkum spočíval na metodě přímého nezúčastněného pozorování. Vychovatelé sledovali sexuální projevy klientů a výsledky zapisovali do předloženého pozorovacího archu. Pozorovací arch se skládal ze tří částí. První část se zaměřovala na seznámení respondentů s výzkumem a výzkumným cílem. V úvodní sekci druhé části měli vychovatelé vyplnit základní údaje o klientovi a následovalo deset položek, projevů sexuálního chování a sedm položek, dny v týdnu, kam vychovatelé měli zaznamenat, kdy byl daný sexuální projev u klienta pozorován. Třetí část pozorovacího archu obsahovala formulář, který charakterizuje sexuální chování klienta. Tento formulář vyplňovali vychovatelé na základě dlouhodobého pozorování sexuálních projevů klientů při každodenních činnostech.

Výsledky výzkumu ukázaly, že nejčastěji pozorované projevy sexuálního chování byly v 17 % procentech polibky s jedincem opačného pohlaví a dotýkání se intimních částí vlastního těla. 16 % klientů svoje potřeby vyjadřovalo pocity slasti a blaženosti projevující se v mimice, 15 % klientů masturbovalo, 12 % projevovalo sexuální motivaci ve verbální komunikaci, 9 % se líbalo s jedincem stejného pohlaví, 7 % odhalovalo intimní části svého těla před ostatními a 6 % klientů se dotýkalo intimních částí jedince opačného pohlaví. Zajímavým zjištěním je reakce vychovatelů na projevy sexuality klientů. 33,1 % vychovatelů sexuální projevy klientů toleruje. 24,5 % usměrňuje tyto sexuální projevy rozhovorem s klientem, 15,9 % se k této otázce nevyjádřilo, 15 % reaguje na projevy individuálně dle situace, 9,4 % upozorní klienty na jejich nevhodné chování, 5,6 % izoluje klienta od ostatních, 5,6 % přerušuje klientovu sexuální činnost a vyzývá jej k jiné a 1 % neakceptuje projevy sexuality klientů nebo je nepovažuje za sexuální. Kultivace sexuality klientů se v dotazníku neobjevila u žádného vychovatele. V následující části, která se zaměřuje na analýzu částečných kazuistik sexuálních projevů u vybraných klientů, je zjevné, že projevy sexuálního chování jsou u klientů přítomny a vyznačují se, na rozdíl

od majoritní populace, určitými specifiky. To, že vychovatelé registrovali nevhodné sexuální projevy klientů, může pramenit z nedostatku vhodných příležitostí pro sexuální vyjádření, případně neznalost vhodných projevů a absence sexuální výchovy a osvěty. Stanislava Mandzáková upozorňuje, že mnohé výpovědi vychovatelů byly ovlivněny jejich negativním postojem k sexualitě klientů a jejím projevům.

Závěr výzkumu obsahoval doporučení pro praxi s cílem zlepšit kvalitu života klientů v domovech sociálních služeb v oblasti sexuality:

- Všichni zaměstnanci domovů sociálních služeb by si měli uvědomit, že jejich práce v zařízení by měla směřovat hlavně ve prospěch klientů. Názory vychovatelů ve velké míře ovlivňují názory klientů a je proto potřeba mít pozitivní vliv na vývoj klientů, především v oblasti partnerských vztahů a sexuálního života. Pokud tak budeme jednat, zabrání se tak negativním postojům k sexualitě osob s mentálním postižením a přispěje to k pochopení sexuality jako multidimenzionálnímu procesu.
- Vedení domovů sociálních služeb by mělo podporovat personál a vytvářet podmínky pro účast na odborných školeních, konferencích a setkáních, kde by mohli získávat užitečné informace a hlavně zkušenosti z oblasti sexuality osob s mentálním postižením.
- Vychovatelům, kteří zastávají negativní názory a postoje k sexualitě klientů, se doporučuje tyto postoje zavrhnout. Jedná se především o názory typu, že osoby s mentálním postižením jsou „věčné“ děti a jsou asexuální, případně o druhý extrém, že osoby s mentálním deficitem jsou hypersexuální. Oba tyto přístupy vedou k tomu, že klientům není poskytována dostatečná odborná pomoc v oblasti sexuální výchovy (Mandzáková, 2009).

## 6.6 Výzkum č. 6

Poslední výzkum, který v této práci uvedeme, byl proveden v severním Irsku a zúčastnilo se ho 17 center pro osoby s MP. Tato centra zahrnovala jak státní zařízení poskytující sociální služby, tak speciální školy, ale také zařízení, která provozují neziskové a dobrovolnické organizace. Celkově se rozeslalo zaměstnancům těchto zařízení kolem 300 dopisů s dotazníky. Zpět dostal výzkumný tým 150 vyplněných dotazníků. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak zaměstnanci takovýchto zařízení jednájí v otázce sexuality osob s MP.

V dotazníku bylo popsáno sedm scénářů, které se týkají sexuality osob s MP. Úkolem respondentů bylo popsat, zda se s podobnou situací již někdy setkali a pokud ano, jak se cítili při řešení této situace (případně jak by se cítili, pokud by situaci zažili v budoucnu) a zda požádali o pomoc někoho z kolegů nebo situaci vyřešili sami.

Analýza dotazníků ukázala, že pracovníci se nejčastěji setkávají s masturbací klienta na veřejnosti a to výrazně častěji v pobytových než v denních službách, kdežto naopak otázky týkající se antikoncepce klientek se častěji objevovaly v zařízeních poskytující denní služby. 35 % respondentů se nikdy nesetkalo s žádnou z uvedených situací, 24 % se setkalo s jednou a 41 % s více než dvěma situacemi. Zaměstnanci, kteří prošli odborným školením v oblasti sexuality, uváděli vyšší incidenci daných situací než zaměstnanci bez proškolení. V hodnocení sebejistoty zaměstnanců se objevovaly vyšší hodnoty v situacích, kdy se jednalo o nežádoucí sexuální návrhy, polibky mezi osobami stejného pohlaví a řešení otázky antikoncepce. Nižší sebejistotu zaměstnanci projevují v situacích rozpadu partnerského vztahu klientů nebo dotýkání se na intimních místech na veřejném WC.

Pouze 22 % respondentů někdy prošlo kurzem sexuality, z toho je téměř polovina (45 %) osob na manažerských pozicích a pouze zlomek respondentů (11 %) jsou pracovníci přímé péče. Téměř polovina všech respondentů se shodla, že k jejich větší sebejistotě by jim přispělo více výcviku a tréninku v této oblasti, dále pak jasně nastavené směrnice a pokyny, ale také možnosti diskutovat určité problémy s kolegy. Nejméně oblíbenou odpovědí v oblasti sebejistoty pracovníků byla podpora od vedení zařízení, dostatek vzdělávacích materiálů a podpora od rodiny (McConkey, Ryan, 2001).

## 7. Metodologie výzkumu

V následující kapitole popíšeme, jaký typ výzkumu jsme použili a proč, jakým způsobem probíhal výběr respondentů, jaká byla použita technika sběru dat, jak probíhala analýza výzkumného materiálu a co je cílem naší diplomové práce.

### 7.1 Kvalitativní výzkum

Pro naši diplomovou práci jsme si vybrali kvalitativní výzkum, který je definován následovně: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník tvoří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005, s. 50). Vzhledem k tématu naší práce a skutečnosti, že tato oblast stále není moc probádána, považujeme tento typ výzkumu za vhodný.

Výběr respondentů byl omezen na území jižních Čech a na zařízení, která poskytují své služby pobytovou formou. S prosbou o spolupráci při výzkumném šetření jsme formou emailové zprávy oslovili 11 respondentů z různých zařízení na území jižních Čech. 3 respondenti spolupráci odmítli, 4 respondenti na zprávu neodpověděli a 4 respondenti se spoluprací souhlasili.

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky jednotlivých zařízení, kteří souhlasili se spoluprací na našem výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor jsme zvolili kvůli jeho pružnosti při získávání informací, definovaným účelem a určitou předem danou osnovou (Hendl, 2005, s. 164). Samozřejmostí bylo seznámení respondentů s cílem výzkumu, jakou formou bude rozhovor zaznamenáván a další informace týkající se například zacházení se získaným výzkumným materiálem. Všechny tyto skutečnosti jsou uvedeny v informovaném souhlasu, který každý respondent dostal a potvrdil svým podpisem, že s uvedenými informacemi souhlasí. Vzor informovaného souhlasu je k dispozici v příloze. Podle rozhovoru s prvním respondentem byla sestavena osnova pro rozhovory se zbývajícím respondenty. Původním záměrem bylo hovořit s pracovníky přímé péče, kteří jsou v úzkém kontaktu s klienty a mohou nám tak k tématu sexuality jejich klientů mnohé prozradit. Nakonec jsme ale ve všech 4 případech hovořili s pracovníky na vedoucích pozicích, kteří jsou ale často koordinátory sexuality či iniciovali zájem o problematiku sexuality klientů v zařízení.

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem přistupují k sexualitě osob s MP a PAS v zařízeních poskytující pobytové služby na území jižních Čech. Jde nám tedy o obecné zmapování uspokojování sexuálních, intimních a z části i partnerských potřeb osob s MP a PAS.

Po získání potřebných informací ve formě audio nahrávek rozhovorů s respondenty došlo k jejich doslovné transkripci do písemné podoby. Následně jsme provedli analýzu dat formou otevřeného kódování za pomoci programu na kvalitativní analýzu dat, Atlas.ti. Kódy jsme následovně, podle jejich podobnosti, sdružili do jednotlivých kategorií (oblastí), které nám odhalují podstatu rozhovoru a jaká témata z rozhovorů vyplynula. Jednotlivé oblasti jsou zobrazeny v diagramech u každého respondenta zvlášť a dochází také k jejich podrobnějšímu komentáři. Vzhledem k příbuznosti vyplynulých oblastí u všech respondentů jsme vytvořili tabulku, která obsahuje přehled výpovědí respondentů k daným oblastem. V konečné fázi jsme reflektovali poznatky zjištěné pomocí rozhovorů s informacemi získanými v odborných publikacích, časopisech a již dříve proběhlých výzkumných šetření.

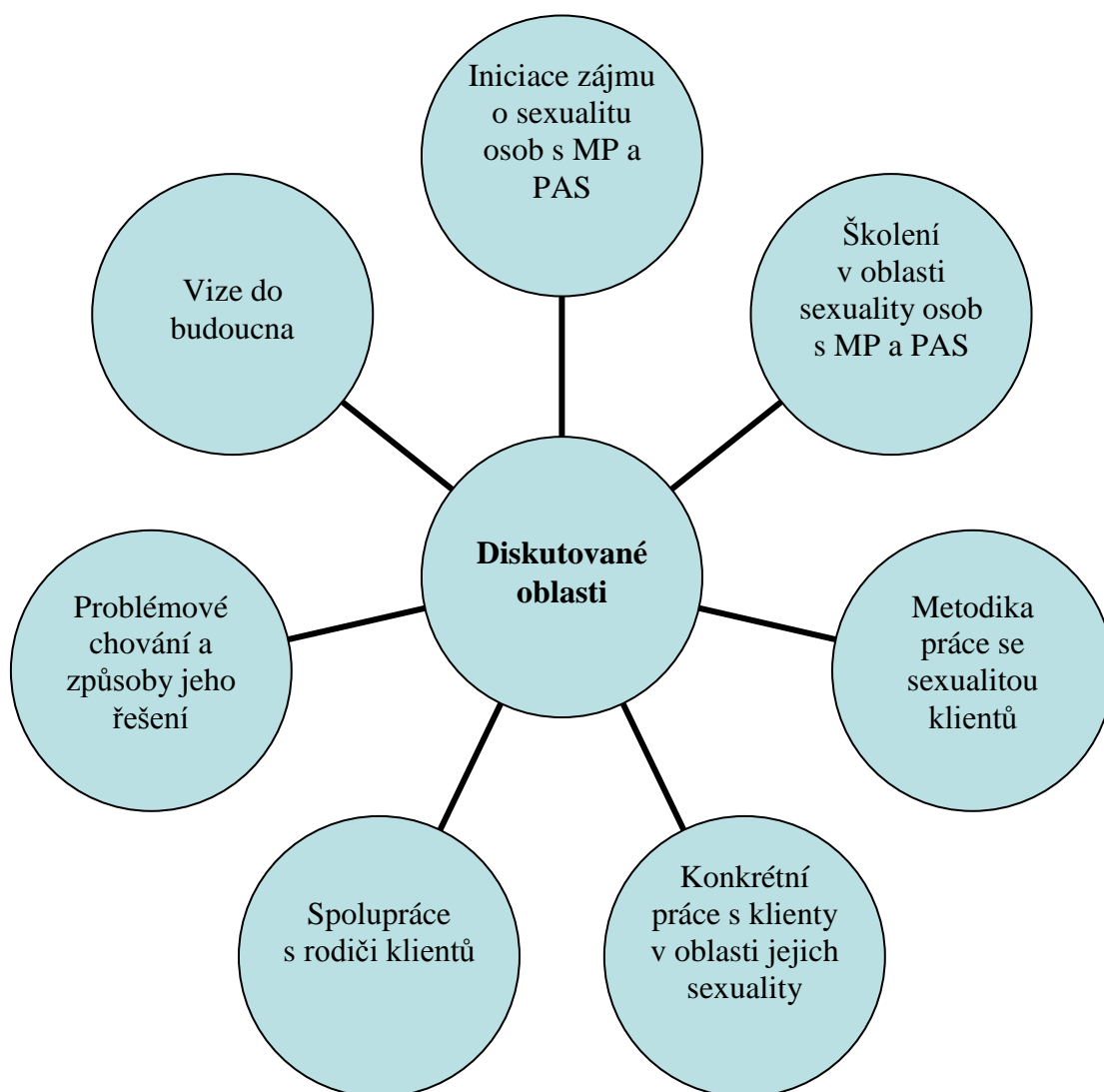
## 8. Výsledky

### 8.1 Respondenta č. 1

První respondentkou je speciální pedagožka, zástupkyně ředitelky a třídní učitelka ze zařízení, které zahrnuje jak školy speciální (mateřská a základní), tak sociální služby (denní a týdenní stacionář). Respondentka zde pracuje již 7 let a do zařízení nastoupila na pozici vedoucího denního stacionáře, kde byla několik let. Zároveň je v celém zařízení koordinátorem sexuality.

Týdenní stacionář, který je předmětem našeho zájmu, disponuje kapacitou 8 míst, ale na těchto 8 místech se prostřídá 10 klientů (někteří nevyužívají službu celý týden, ale pouze některé dny). Celkově službu využívá kolem 16 klientů ročně. Cílovou skupinou týdenního stacionáře jsou osoby s kombinovaným postižením a s diagnózou autismus. Služba je určena osobám od 1 roku věku až do 26 let. Jak uvádí sama respondentka, horní věková hranice pro poskytování služeb týdenního stacionáře je měnitelná. „... *horní strop je 26. S tím, že tady jsou i starší klienti, protože nemaj kam jít, takže ty jsou tu jakoby na výjimku, že každé rok se s nima podepisuje služba.*“

Graf č. 1 Diskutované oblasti rozhovoru s respondentkou č. 1



### **Iniciace zájmu o sexualitu osob s MP a PAS**

Respondentky osobní názor na sexualitu osob s MP a PAS, jak sama uvádí, byl od začátku jasný a konstantní v čase. „Myslím si, že já osobně jsem to vždycky měla tak nějak srovnaný, že sexualita se týká všech a v podstatě je to věc každého z nás, pokud to nepřekračuje nějaký zákon. A v tomhle směru se můj pohled v ničem nezměnil.“ Po nástupu do zařízení pracovala v denním stacionáři s klienty od 18 do cca 32 let věku a právě v této cílové skupině se zdálo, že je potřeba se tématu sexuality začít věnovat. „Takže jsem tady jako to téma otevřela. A samozřejmě ty projevy nebo ty zdroje byly, ale ještě to nikoho tak nepálilo, aby se tomu tématu začali věnovat. Takže jsem přesvědčila vedení, že je potřeba začít něco dělat, že rozhodně je potřeba získat nějaký informace, jak mám co dělat, ať něco nekažim...“ Ze strany vedení zařízení dostala respondentka

maximální podporu a nic nebránilo tomu se začít vzdělávat v oblasti sexuality jejich klientů. *„Vedení je úžasný, takže mě hned ještě s jednou kolegyní vyslalo na všechny školení, co jsem si vymyslela.“*

### **Školení v oblasti sexuality osob s MP a PAS**

Co se týká nabídky kurzů a školení pro zaměstnance zařízení poskytující sociální služby, má respondentka celkem jasno. *„Mám ten pocit, že většinu organizací, co tyhle školení v České republice dělá, jsem měla možnost navštívit a v nějakém kurzu být a i ty kurzy jsou pro mě některý velmi špatný a některý velmi dobrý. Je to taky, si myslím, nečitelný, spíš někdo nemá srovnání. Organizace ho vyšle na jeden kurz, kterej je zrovna blběj, tak může nadělat docela paseku.“* Po absolvování několika školení v této oblasti dospěla respondentka k tomu, že je potřeba kompletně proškolit celý tým zaměstnanců, který čítá také kuchařky a uklízečky. Interní školení trvá jeden den a dochází tam především ke tříbení názorů jednotlivých zaměstnanců. *„Takže všichni mají za sebou zhruba 8 hodinový školení, kde si právě stanovujou ty svoje hranice a řešíme ty otázky, co by mohly nastat. Starší generace má ten názor taky nějaký, ale myslím si, že máme štěstí v tom kolektivu, že v těch základních otázkách, s tím nikdo neměl problém, že by řekl, s tímhle já nesouhlasím.“* Na interním školení pro zaměstnance se tedy klade důraz především na to, aby si každý zaměstnanec našel svoje osobní hranice, v jaké situaci se ještě cítí dobře a v jaké už ne. Největší přínos interního školení vidí respondentka v tom, že se sjednotil přístup všech zaměstnanců k projevům sexuality klientů a k řešení situací spojených s těmito projevy.

### **Metodika práce se sexualitou klientů**

Metodiku utvořila respondentka poté, co absolvovala několik různých školení a cítila potřebu s tímto tématem v zařízení pracovat. Samotná metodika obsahuje několik částí. První část je určena pouze pro zaměstnance, další část je určena výhradně pro koordinátora sexuality a třetí část je Protokol sexuality, tzv. veřejný závazek, který je obecným shrnutím postojů zařízení k sexualitě jejich klientů a je volně přístupný k nahlédnutí.

Metodika určená přímo pro zaměstnance zařízení obsahuje informace, které jsou se zaměstnanci probírány na interním školení zařízení. *„Jsou to vlastně věci, co se probírají i na tom interním školení, kterým všichni projdou. Dohromady má ta metodika 20 stran. Jsou to obecně postoje k sexualitě. Vždycky u všeho je tam nějaká teorie a pod tou teorií je*



*postoj toho zařízení, aby když si to takhle ten zaměstnanec čte nebo kdokoliv jinej, tak jsou to takový obecný věci, který tam musí zaznít, ale pak je tam přesně daný, za čím si stojí ta organizace.“ Respondentka nás také podrobněji seznamuje s tématy, která jsou v metodice rozebírána. „Takže obecný postoj k sexualitě, nějaká trošku teorie o vývoji jedince v oblasti sexuality, pak nějaký termíny. To jsou jenom věci co musej zaznít, aby si člověk vůbec uvědomil o čem se bavíme. V té metodice jsou vypíchný formy vztahů, ale stejně tak se o tom bavíme i na tom školení, jak třeba může bejt pozměněný vnímání vzhledem k mentální retardaci. Zabejváme se tady dále variabilitou sexuálního chování, je tam jasně stanoveno stanovisko organizace k homosexuálům, transexuálům, bisexuálům a dalším různým odchylkám od normy. Co tady tolerujeme a netolerujeme, co se týká pornografie a takovejhle věci. Pak je tady kapitola věnovaná osvětě, kde je rozepsaný, jak pracujem s osvětou a nejobsáhlejší kapitola je samozřejmě sexuální zneužívání, protože tam ty procenta jsou poměrně děsivý u dětí s postižením i u dospělých, ale o tom se bavíme i půlku toho školení, aby prostě zaměstnanci byli nějakým způsobem pozorní, byť v nějakým drobným signálu. Další kapitola už je přímo řešení problematických situací a taky nějaká doporučená literatura.“*

Samotná metodika určená pro koordinátory sexuality obsahuje přesné postupy, jak jednat v jednotlivých situacích a není přístupná ostatním zaměstnancům. Protokol sexuality je veřejný závazek zařízení a je k dispozici také na webových stránkách zařízení. Pokud by ale někdo z rodičů či klientů projevil zájem nahlédnout také do interní metodiky pro zaměstnance, tak to není problém. Primárně ale není tato metodika určena veřejnosti. „Samozřejmě, že kdyby přišli rodiče nebo klienti, je to jedno, a chtěli by se na to podívat, tak je to tak, že jim to nepošlu emailem, ale prostě si sednem a ukážeme si, co tam je. Řekneme si to, vysvětlíme a tak.“

Metodika funguje v zařízení již 5 rokem a prošla několika úpravami, které ale až tak moc nepozměnily obsah metodiky či výraznějším způsobem nedošlo ke změnám postoje zařízení. „Vzhledem k tomu, že my tady máme opravdu klienty se středně těžkou mentální retardací a níž, tak tam třeba neřešíme nějaký společný bydlení nebo nějaký ty vztahy úplně složitější. O to je to pro nás jednodušší.“

### **Konkrétní práce s klienty v oblasti jejich sexuality**

Sexuální osvěta probíhá v zařízení nenásilnou formou, nejedná o žádné jednorázová školení typu „ted' si tady sedneme a budeme si povídat o...“ Zaměstnanci se především snaží, aby klienti vnímali svoji osobnost, svoje tělo a uměli říct ne, pokud se jim něco

nelíbí. Osvěta je také zacílená na prevenci zneužívání. Pokud je na klientovi vidět, že se trápí a neví si se svojí sexualitou rady, tak mu pracovníci vždy pomohou se v dané oblasti zorientovat. Pokud je potřeba konkrétnější pomoci v oblasti, kam už zaměstnanci nemohou jít, tak je vždy možnost požádat o pomoc někoho z externích odborníků. *„Co se týká supervizí, tak spolupracujeme s Hynkem Jůnem, ten k nám jezdí kvůli klukům s autismem, takže tam s ním můžeme otevírat tyhlecty témata a přímo supervizi na sexualitu lidí s mentálním postižením řešíme s Petrem Eisnerem.“* Cílená osvěta v současné době probíhá pouze s jedním klientem, který si pomoc od koordinátorky sexuality sám vyžádal.

### **Spolupráce s rodiči klientů**

V první řadě dostanou Protokol sexuality všichni ti, kteří podepisují smlouvu o poskytování sociální služby. Nikdy se neobjevily žádné negativní reakce na tento dokument, ani žádný z rodičů nekontaktoval koordinátorku pro bližší informace. Někteří rodiče se obrátili na koordinátorku s prosbou o pomoc při zvládnání nevhodných projevů chování jejich dítěte v domácím prostředí. Respondentka to komentuje následovně: *„Prakticky věci chtějí vědět poměrně často. Stalo se, že jsem domů psala i nějaký návody nebo jsem jim dávali nějaký obrázky, takže se to snažíme řešit. Ale je to těžký v tom, že ty děti v tom týdnem se taky hodně chovají jinak než doma a oni nám popisují takový situace, kdy já jim poradit nemůžu, protože to nevidím a to co jim poradím, to co nám funguje tady, tak jim doma nefunguje.“* S nevhodnými projevy chování by se měli rodiče obrátit na odborníky z terénu. Respondentka má zkušenost jak se službami speciálně pedagogického centra, tak se službami poskytující Asociace pomáhající lidem s autismem Jižní Čechy (APLA JČ). Nejčastěji ale dávají rodičům kontakty přímo na pracovníky z APLA JČ nebo jim doporučují školení, o kterých vědí, že by pro ně mohla být prospěšná. V případě potřeby je také možnost obrátit se na pana Petra Eisnera nebo na pražskou APLU. Celkově ale hodnotí respondentka externí nabídku pomoci jako nedostačující.

### **Problémové chování a způsoby jeho řešení**

Respondentka uvádí, že není výjimkou, že se řeší různé situace, kdy se klient na veřejnosti nevhodně choval. Nejčastěji se jedná o svlékání, naznačování masturbace či masturbace, případně močení na nevhodných místech. Připouští, že po zavedení metodiky toto chování nevyzrálo, ale značně se omezilo. *„To interní školení hodně přispělo k tomu, že jsme se sjednotili v tom, že každé cejtíl tu potřebu to nějak řešit a teď to vlastně začali*

*řešit všichni stejně. A to bylo to, proč to začlo fungovat. To, že se sjednotil přístup, tak to pomohlo tomu, že ty klienti přestali tyhle věci dělat.“*

Stejně tak se v zařízení řešila problematika náklonnosti klientů k zaměstnancům. Respondentka poukazuje především na vývoj klientů. *„To je těžký že jo. Máte tady klienta od 5 let a najednou mu je 15 a předtím přišel a potulil se a teď přijde a už nemůže. Takže hlavně u kluků s autismem, tam jsme to hodně řešili.“* Dále také popisuje, jak se postupovalo v jednom konkrétním případě. *„Měli jsme takovou řešící skupinu. Bavili jsme se o jednom klientovi a přišli jsme na to, že už se nám to tam přehoupává do toho, že to objetí není o tom, že se mu třeba něco stalo, brečí a chce podržet, ale už je to o tom, že jsou zajímavý prsa a že to je fajn, takže tam jsme ho museli trochu odstavit. On to ale pochopil, jen to bylo o tom, že jsme našli doteky, který jsou v pohodě. To že ho člověk pohladí po hlavě, po zádech nebo ho vezme za ruku a někam s nim jde, ale bylo to pro něj určitě za začátku těžký. No ale ten klučina to teda furt zkouší, i když ví, že si to nemůže dovolit.“*

### **Vize do budoucna**

Ohledně vizi do budoucna, co se týká změn přístupu k sexualitě osob s MP a PAS v zařízeních, které poskytují pobytové služby, to nevidí respondentka moc optimisticky. *„Na to, jak dlouho se to řeší nebo spíš kolik už průšvihů bylo i mimo rámeček zákona, tak se to neřeší a pokud se to řeší, tak se to zamete, protože ty největší krajský zařízení, co má kraj a to znamená stát, tak ten si tam problémy řešit nebude. Já nevím no, já trochu jsem otřesená z těch školení, z těch příběhů, které jsem tam slyšela, takže optimista opravdu v tomhle nejsem a nenapadá mě, co by to mohlo změnit. Musí být prostě osvícený vedení, který s tím chce něco udělat, protože od kraje nebo od Vlády to nepude.“* Podobně to vidí s vývojem názoru laické veřejnosti na problematiku sexuality osob s MP a PAS. *„Nemyslím si,, že „laická“ veřejnost může mít na to nějaký objektivní názor, když sami ti odborníci se občas chovají jako prasata. Ne, že bych se o to úplně starala, co si ta veřejnost myslí. Možná bych asi měla mít nějaký poslání, že to budu šířit dál a budu někoho lámat, ale nemám to tak.“*

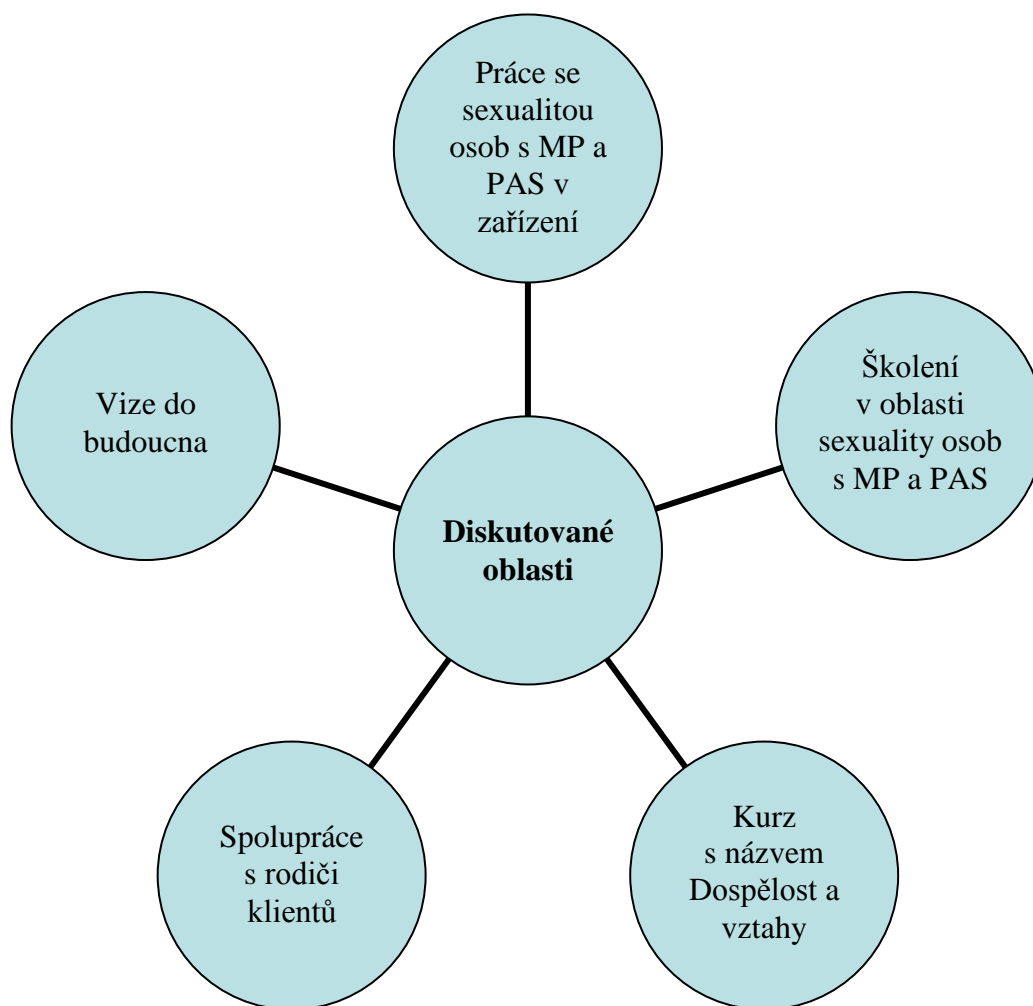
## **8.2 Respondentka č. 2**

Další respondentkou je opět speciální pedagožka a pracuje jako vedoucí zařízení zahrnující v sobě denní a týdenní stacionář (do konce roku 2013 také Domov pro osoby se zdravotním postižením). Pracuje zde již 21 let a do zařízení nastoupila na pozici

vychovatelky, následně na vedoucí přímé péče a posléze na současnou pozici vedoucí zařízení.

V týdenním stacionáři mají aktuálně 15 klientů, z toho 10 školního věku, kteří jsou každý den dováženi do speciálních škol. Zbývajících 5 klientů jsou dospělého věku a část z nich jsou bývalí obyvatelé domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), který tu fungoval do konce roku 2013. Tito klienti během dne navštěvují terapeutické dílny, které jsou součástí zařízení. Cílovou skupinou stacionáře jsou osoby s mentálním postižením (převážně lehčí formy) od 5 let věku. Nejstaršímu klientovi v zařízení je 35 let. Klienti s diagnózou poruchy autistického spektra nejsou cílovou skupinou tohoto zařízení, ale jsou tu klienti s kombinací mentálního postižení a autistickými rysy.

Graf č. 2 Diskutované oblasti rozhovoru s respondentkou č. 2



## **Práce se sexualitou osob s MP a PAS v zařízení**

Pohled a přístup ke klientům v oblasti jejich sexuality se v zařízení měnil postupně s věkem klientů. *„Děti začaly dospívat, procházely pubertou a my jsme zjistili, že se s tím něco musí dělat. A hlavně nám přišli do celoročního pobytu taky noví klienti, kteří přišli už z dospělé party a začala se nám tady více a naléhavěji rýsovat ta potřeba řešit jejich sexualitu, protože zejména u těchto chlapců je to důležitá věc. „* Jak sama respondentka uvádí: *„Postupně jsem dospěla k tomu, že je třeba těmto mladým lidem s mentálním postižením zprostředkovat informace nutné k tomu, aby byli schopni vytvořit si správné názory a postoje ke své sexualitě, kterou začali pociťovat. A s tím souvisí i rozvoj vztahů.“* U některých klientů v zařízení se začaly projevovat prvky agresivního chování a nikdo ze zařízení netušil proč. Nakonec odhalili příčinu agresivního chování (hlavně u chlapců) v tom, že si sami se sebou a se svojí sexualitou neumí poradit, jejich sexualita není řešená.

## **Školení v oblasti sexuality osob s MP a PAS**

V té době, kdy zaměstnanci pocítili, že je potřeba se sexualitou klientů něco dělat, tak respondentka navštívila dva navazující kurzy u paní docentky Šterbové, týkající se sexuality osob s mentálním postižením. Byla v zařízení první osobou, která se začala vážně zajímat o sexualitu klientů. Za původního vedení zařízení měla volnou působnost a podporu ze strany ředitele zařízení. Po nastoupení nové paní ředitelky sice nedošlo k bojkotování dané problematiky, ale zajímala se o jiná témata a s respondentkou otázku sexuality klientů vůbec neřešila, nezajímala se o ní. Proto měla respondentka možnost se věnovat problematice podle svého. V roce 2011 nastal v zařízení velký zlom, protože přijel pan Petr Eisner, aby proškolil zaměstnance stacionáře. *„Takže on tady byl na 3 dny a všichni zaměstnanci se museli proškolit. Ono to bylo v podstatě podmínkou, aby tady mohli pracovat. Všichni prošli základním školením, pět nás pak prošlo nástavbovou částí, což byla podmínka pro to, abychom mohli pracovat v dané problematice s klienty.“* Jak je uvedeno výše, ze všech proškolených zaměstnanců se vyprofilovalo tzv. „pevné jádro“ 5 osob, kteří měli zájem pokračovat v nástavbovém kurzu pana Eisnera. Z těchto 5 osob byla ale nakonec respondentka jediná, která otázku sexuality dotáhla až do zdárného konce, zrealizování kurzu s názvem Dospělost a vztahy. *„Bohužel, já si stejně myslím, že většina těch děvčat na to byla moc mladá, aby pracovaly s klienty v tomhle tématu, klienti je brali spíše jako sexuální objekt. Těžko říct, jak by klienti reagovali v průběhu kurzu, který by vedly ony.“*

## **Kurz s názvem Dospělost a vztahy**

Vyústěním snahy pracovat se sexualitou klientů byla realizace kurzu pro klienty DOZP s názvem Dospělost a vztahy. Tento kurz trval 8 měsíců a klienti se s lektorkou kurzu (respondentkou) setkávali jednou týdně na 1,5 hodiny. Kurz proběhl pouze jednou (v období září 2012- duben 2013) a byl zvlášť pro děvčata a zvlášť pro chlapce. *„S chlapama jsme řešili většinou masturbaci, pohlavní styk a vztahy. U děvčat vztahy, možnosti zneužívání a chování mužů. Dále jsme probírali etiku sexuálního chování, ale i intimní hygienu, dovednost (schopnost) komunikovat o pohlavním styku, téma lásky a přátelství, atd. Přístup a chápání děvčat se výrazně lišilo od kluků. Práce s každou skupinou byla zcela odlišná. Spousta věcí se samozřejmě na tom kurzu řešit nedala, protože se třeba styděli nebo báli něco říct před ostatními, takže pak jsem ještě měla individuální setkání s těmi klienty, pokud měli zájem. Ty kluci ty vztahy řešili hodně, protože oni prostě chtěli mít holku. A mít s ní sex. Holky ale ty kluky na sex nechtěly. Jen „je mít“. Řešili jsme ale také jejich představy o budoucím životě, o výběru partnerů. Řešili jsme i to, jestli je důležitý, aby jejich přítelkyně byla krásná, nebo spíše hodná, či pracovitá, atd...“* Na kurzu se také sehrávaly různé scénky, jak se chovat k cizím lidem, které potkáme na ulici nebo když sedíme s někým na lavičce.

Aktuální situace v zařízení je taková, že většina klientů přešla po zrušení DOZP do jiných zařízení a pouze hrstka klientů přešla do týdenního stacionáře. *„Bohužel, klienti, se kterými bylo třeba stále co řešit, zde již nejsou. V tuto chvíli už tu vlastně není nic, protože po zrušení DOZP nám tu zbyly 3 klientky v týdenní stacionáři, které tím kurzem prošly. Pokud někdy dojde k nějakému excesu, tak se jim prostě připomene, co jsme si říkali. V tuto chvíli už vlastně není s kým ten kurz dělat, protože máme zbytek malý školáky a tam je ještě na to čas.“*

Obecné postoje zařízení k sexualitě jsou uvedeny ve směrnici zařízení, jejíž součástí je také zkrácená verze Protokolu sexuality. Oba dokumenty jsou k dispozici k nahlédnutí. Metodika kurzu Dospělost a vztahy je k nahlédnutí, ale respondentka by ji nikomu neposkytla.

## **Spolupráce s rodiči klientů**

Předtím než došlo ke spuštění kurzu Dospělost a vztahy, pozvala si vedoucí zařízení rodiče klientů, aby je seznámila s významem a cíli kurzu. Někteří rodiče nepřišli a proto jim byla potřeba poslat dopis. *„Protože ty rodiče jsou vesměs starší a mají jinou výchovu, jinak to vidí, mají jiný náhled i přístupy. My jsme jim tedy napsali o čem kurz*

*bude a požádali je o souhlas účasti jejich dítěte/ /opatrovance. Všichni s tím nakonec souhlasili.“* Poté se s rodiči sešel také pan Eisner, aby rodiče v této oblasti trochu vzdělal. *„Byl tam s nima asi dvě hodiny a říkal, že to s nima bylo těžký, protože někteří rodiče ho prostě přesvědčovali, že jejich dcera či syn nemají problém se sexualitou.“* Rodiče mají i nadále možnost obrátit se na zařízení s prosbou či dotazem ohledně sexuality jejich dětí, ale zatím se tak nestalo. Respondentka uvádí, že rodiče o problémech ani mluvit nechtějí a jejich děti to od nich mají také zakázáno. *„Já jsem to při těch individuálních rozhovorech viděla, že mají problém se o rodině nebo o problémech v ní bavit. Někteří klienti jsou prostě rodiči dobře zpracovaní, že nemají nikde vykládat, co se děje doma a občas neřeknou o rodině vůbec nic. Rodiče často nechtějí ventilovat svoje problémy.“*

### **Vize do budoucna**

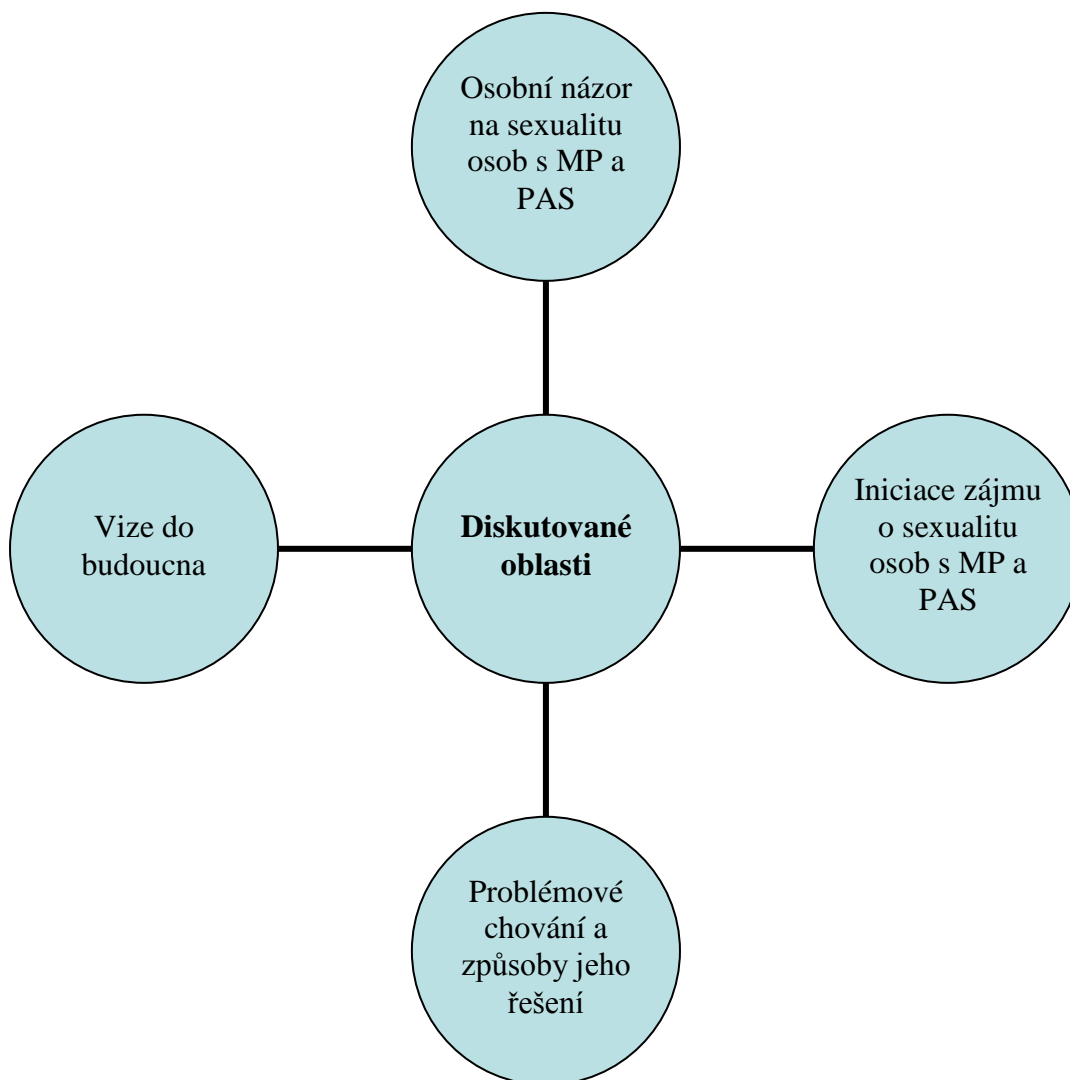
Posun zařízení poskytující sociální služby v přístupu k sexualitě vidí respondentka následovně: *„V těch zařízeních, kde jsou lidi „zabedněný“, takže mají takhle kolem hlavy bedýnku a nechtějí přijmout a slyšet, že ten problém tam je, vyslechnou potřebu, ale nebudou s tím nic dělat, tak tam je velký problém. Po těch zkušenostech, které já osobně mám, tak to moc optimisticky nevidím. Protože vím, že jsou zařízení, kde jsou proškolení zaměstnanci, že dostali potřebné informace, a tím to ale skončilo. Dál se to nijak neřeší.“* Další problém vidí respondentka v provázanosti a spolupráci zařízení mezi sebou. Vnímá, že mezi jednotlivými zařízeními je obrovská rivalita a každý si tzv. „hrabe na svém písečku“. Jak to dál bude s jejich zařízeními, to si není respondentka vůbec jistá. *„Takže naše vize do budoucna z hlediska zařízení, nevíme jaký budou, protože vzhledem k tomu, že už se zrušila polovina našeho zařízení a jedna budova je prázdná... Pokud naše zařízení zůstane zachované, možná až nám povyroستou naši školáci, zopakujeme si kurz.“*

### **8.3 Respondentka č. 3**

Další respondentkou je speciální pedagožka, vedoucí sociálního úseku domova pro osoby se zdravotním postižením. Domov je nekoedukovaného typu, tj. je určen pouze pro jeden typ pohlaví, v tomto případě mužské. Respondentka pracuje v zařízení krátkou dobu, od února 2014.

V současné době je v domově 145 klientů od 18 let věku. Cílovou skupinou domova jsou osoby s mentálním postižením a se získaným deficitem mentálních schopností, demencí.

Graf č. 3 Diskutované oblasti rozhovoru s respondentkou č. 3



### **Osobní názor na sexualitu osob s MP a PAS**

Jak sama respondentka uvádí, nemá se sexualitou osob s mentálním postižením žádné problémy. „*Jsem pro sexualitu mentálně postižených, v tom nevidím nic špatného, ale mám svůj osobitý názor pro reprodukci, aby mentálně postižení měli děti. Pokud je to lehké mentální postižení a ti dotyční se dokážou o to dítě postarat, tak proti tomu nemám nic. Ale aby měli třeba středně těžcí nebo těžce mentálně postižení lidé děti, to ne. Můj názor je takový.*“ Podstatně hůř ale vnímá náhled společnosti na otázku sexuality osob s mentálním postižením. Majoritní společnost není vůbec připravena na integraci nebo inkluzi osob s mentálním deficitem, případě i osob s jiným typem postižením. A co se týká sexuálního nebo partnerského soužití, tam vidí ze strany majoritní společnosti velký



problém a nesouhlas. Negativní postoje a názory společnosti, podle respondentky, pramení z neznalosti problematiky, za kterou stojí nedostatečná osvěta, především ze strany státu. *„Je to státem. Je to osvětou. Je to tím, že o tomhleto problému se nemluví. Spíš se to tabuizuje, než aby se o tom normálně hovořilo na veřejnosti.“* Respondentka silně vnímá také skutečnost, že v nekoedukovaném zařízení se „klasické“ vztahy mnohem hůře navazují. *„Já si teda myslím, že v těch koedukovaných zařízeních je to daleko jednodušší, protože tam ty partnerské vztahy vznikají denodenně. Tam se ti lidé scházejí a rozcházejí na různých činnostech, takže ty vztahy tam vznikají úplně samozřejmě a jednoduše.“* Jak dále připouští, rozhodně není podporovatelem zařízení určených pouze pro jeden typ pohlaví. *„Podle mě by měli žít všichni dohromady, protože tak to je i v běžném životě přece. Navíc naši klienti, když vidí ženu, tak je to vždycky oblečená žena. A oni nám kreslí pak obrázky a jsou tam polonahé nebo nahé ženy. Oni podvědomě touží po tom doteku, přítulení se. Jim i v pokoji visí různé kalendáře s nahými ženami a oni moc dobře ví, že ta paní je jen na papíře a touží po té doopravdivé.“*

### **Iniciace zájmu o sexualitu osob s MP a PAS**

Až do září roku 2013 se s tématem sexuality klientů nijak nepracovalo. Staré vedení domova nechtělo o tomto tématu ani slyšet a jak respondentka uvádí *„bylo to tady hodně sešněrované.“* S novým vedením a především s jejím nástupem na pozici vedoucí sociálního úseku se snaží toto téma v domově otevřít a začít s ním pracovat. Situaci v domově za starého vedení popisuje následovně: *„Dřív se o tom nemluvílo, to bylo tabuizované. A bylo to spíš takové „Co to děláš? Přestaň a zalez.“ Ale že by tam došlo k vysvětlení, nějaké ty uvolňovací techniky, to si myslím, že ne.“*

Poté, co začala respondentka téma sexuality osob s MP otevírat, tak se začala rozvolňovat atmosféra uvnitř zařízení. Nové vedení domova je řešení sexuality velmi nakloněno a ihned se domluvilo setkání s panem Petrem Eisnerem, který by měl do domova přijet a začít řešit jejich situaci. Sama respondentka již dříve prošla několika školeními v oblasti sexuality osob s MP a velmi se těší na setkání s panem Eisnerem, který proškolí celý personál domova.

### **Problémové chování a způsoby jeho řešení**

Vzhledem k ignoraci sexuálních a vztahových potřeb osob s MP se domov potýkal s řadou problémových situací. *„Fakt je ten, že jsou tady spíše pseudohomosexuální vztahy. Je to tak. Nic si nebudeme zakrývat. Tady někteří ti pánové žijou od dětství a ty potřeby si*

*uspokojujou mezi sebou. Víme o tom.“ V domově se často setkávají se situacemi, kdy jeden klient sexuálně obtěžuje druhého. Dochází k ním především v noci, kdy se klienti vzájemně navštěvují na pokojích. Tyto situace se doposud řešili pohovorem či vysvětlením. Po tomto zásahu je chvíli klid a často dochází k tomu, že si obtěžující klient najde druhou osobu, která má k těmto potřebám vstřícný přístup. Je jen ale otázkou času, zda něco nového nevybublá na povrch. Vzhledem k tomu všemu se občas stává, že si klienti „ořukávají“ novou zaměstnankyni. Respondentka to vnímá následovně: „Ona tahle klientela je vůbec haptická. Přitulit se, pohladit se, to je normální. To je hovorová záležitost. Fakt je ten, že se u kolegyně stalo, že ji klient plácl po zadku nebo ji nějak objal, ale já v tom nevidím to překročení až té hranice. Záleží na té kolegyni, jak si to zkoriguje sama. Musí mít určitou hranici. To si musí srovnat sama.“*

### **Vize do budoucna**

V první řadě je potřeba, aby došlo k proškolení všech zaměstnanců, protože doposud nemají o této problematice žádné hlubší informace. Poté co dojde k důkladnému proškolení od pana Eisnera, by se chtěla respondentka se zaměstnanci sejit sama a znovu si celou problematiku probrat. Obavy ohledně přijetí nových postojů uvnitř zařízení vidí především u starší generace zaměstnanců. *„Předpokládám, že u té starší generace ty problémy budou, oni nejsou zvyklí o tom hovořit. Spíše spoléhám na tu generaci do těch 40, že to potáhne.“* Cítí, že ne každý zaměstnanec je hned připravený se o této problematice bavit a řešit různé situace. Proto by nejdřív chtěla sama převzít funkci koordinátora sexuality a časem si vytipovat nějakého z kolegů, kterému by tuto funkci předala. Předpokládá, že se udělá plán, metodika a spousta dalších věcí, které s tímto tématem souvisí. Do budoucna je v zařízení vize zřídit chráněné bydlení pro smíšené páry. *„Máme tady dům, který patří ústavu a čekáme až se z něj vystěhují na konci roku nájemníci a v tom době bychom chtěli udělat takovém chráněné koedukované bydlení pro nějaké dva, tři páry. Ale to je otázka až příštího roku, teď ne.“* Jakým způsobem bude v zařízení probíhat sexuální osvěta ještě není jasné, vše bude záležet na návrzích pana Eisnera, který by měl domovu s těmito otázkami pomoci. *„Já si myslím, že záleží na nás, jak to klientům podáme. Musíme se přizpůsobit. Mam ty zkušenosti, že člověk s nim nemůže hovořit jako se sobě rovným, ač to zní hnusně, ale musíme jim to podat formou, kterou jsou schopni pochopit. Na internetu je takový výborný kreslený příběh, namluvil to Liška a Geislerová, myslím a je to výborně udělaný. Je to o tom, že vlastně chtějí být dva sami a je tam pořád to oko maminky a kdesi cosi.“*

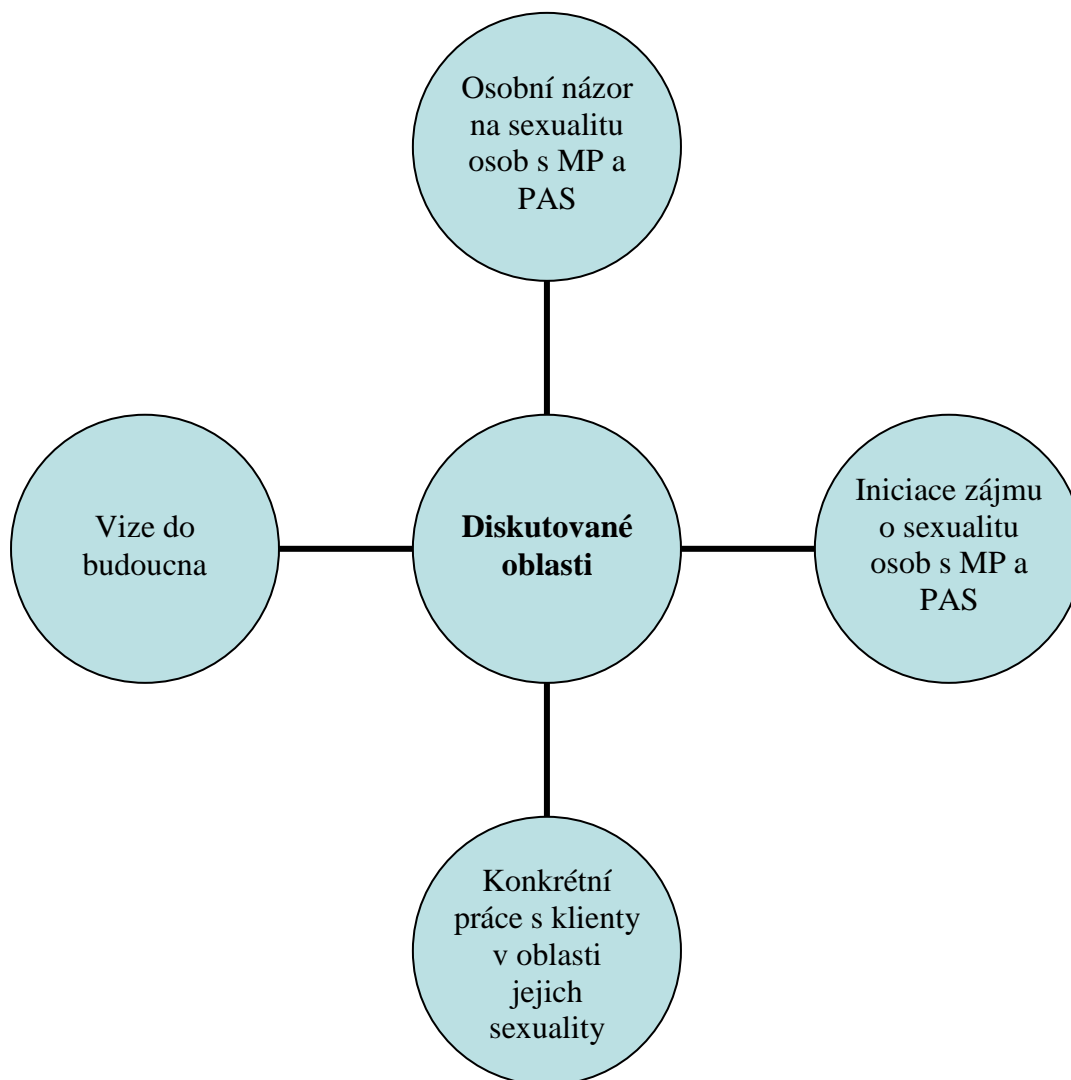
Pokroky v transformaci názorů a postojů majoritní veřejnosti neočekává respondentka žádné. *„Ideál je krásná blondýna, která má zářivý úsměv, dlouhé nohy až po krk a je úspěšná manažerka. To je ideál společnosti. A kdokoliv má nějaký hendikep, tak už je vyčleněný. Společnost se o tohleto zajímat nebude. Společnost jako taková nechce vidět postižení a už vůbec ne to, že by měli práva jako oni sami. Myslím si, že to je otázka příští generace.“*

#### **8.4 Respondentka č. 4**

I poslední respondentka je speciální pedagožka. Pracuje na pozici vedoucí sociální pracovnice v zařízení poskytující službu sociální rehabilitace pobytovou formou. V zařízení pracuje 5 let a na pozici vedoucí sociální pracovnice je od nástupu do zařízení. Téma intimity a sexuality klientů v zařízení otevřela právě ona.

Pobytová forma sociální rehabilitace, kterou zařízení poskytuje, je zaměřena na osoby se zdravotním postižením. Většina klientů, kteří využívají tuto službu mají mentální postižení, ale můžeme se zde setkat také s klienty s kombinovaným, smyslovým, tělesným nebo duševním onemocněním. Jak sama respondentka připouští, kombinace osob s různými typy postižení není vždy úplně vhodná. *„Míchat lidi s duševním a s mentálním postižením není šťastná stránka sociální práce, ale asi dva klienty s duševním onemocněním tady máme.“* V zařízení mají také klienty, kteří mají rysy autismu. Služba je určena pro osoby od 18 do 60 let věku. Věková hranice lze snížit, ale pouze v jednom případě. *„Máme výjimku a to od 16 let, kdy si tady můžou někteří uživatelé splnit praxi v rámci výuky na speciálních školách.“* Zařízení disponuje 10 ubytovacími jednotkami pro klienty využívající pobytovou formu sociální rehabilitace.

Graf č. 4 Diskutované oblasti rozhovoru s respondentkou č. 4



### **Osobní názor na sexualitu osob s MP a PAS**

Respondentka vnímá intimní a sexuální potřeby osob s MP a PAS jako potřeby každého jiného člověka a nevidí na tom nic špatného. Tyto osoby mají svá práva a svoje potřeby a není potřeba, aby jim do nich někdo zasahoval nebo dokonce za ně rozhodoval, například při výběru partnera. Zásah ze strany rodičů či sociálních pracovníků v zařízení vidí jako potřebný v následujícím momentě. „*Pokud by to mělo špatný směr, to jejich sexuální zaměřování, tak jim to nějakým lehkým způsobem osvětlit, vysvětlit.*“ Během studií na vysoké škole respondentka zároveň pracovala v různých zařízeních a tam se dnes a denně řešily otázky z oblasti sexuality klientů.

Názor společnosti na sexualitu osob s MP je, podle respondentky, kladný, ale pouze do té doby, dokud se nemusí tato situace řešit v praxi. Tam už se k tomu jedinci staví příliš racionálně a spíš negativně, odmítavě. Nejčastěji se s tímto přístupem setkává u rodičů a příbuzných klientů. V rámci práce s tématem sexuality v jednotlivých zařízeních vidí respondentka velký posun směrem k řešení otázek spojených s intimitou, vztahy a sexualitou osob s postižením. *„Já si myslím, že v dnešní době, kdy se hájí lidský práva a lidi se začínaj ozývat čím dál, tím víc, že vedoucí a ředitelé těch organizací jsou čím dál více otevření a nejsou takoví zpátečnický. Takže bych to neviděla úplně tak negativně.“* Jako velké plus, které přispělo ke zlepšení situace, hodnotí celkovou proměnu způsobu poskytování sociálních služeb. V dnešní době se v zařízeních málo setkáme se situacemi, kdy se o 40 klientů stará 1 pracovník, který svou práci nestíhá a neví, co se ve skupině těchto osob děje. V současnosti je spíše typické formování komunit či pobytových jednotek, které čítají méně klientů a pracovníci se tak mohou více věnovat individuálním potřebám osob.

### **Iniciace zájmu o téma sexuality osob s MP a PAS**

Potřebu řešit sexuální a partnerské potřeby klientů v zařízení pocítila respondentka tehdy, když si uvědomila, že dřív nebo později budou mít klientelu mladých lidí kolem 25 let, kteří už jsou sice vyzrálí fyzicky, ale psychicky se ocitají v pubertě a začínají řešit svoji sexualitu. I vzhledem k tomu, že je v zařízení víc klientů mužského pohlaví, tak se potřeba pomoci při řešení jejich potřeb zdála být naléhavá. *„Takže jsme si s kolegou sedli a řešili jakým způsobem to bude s tím klientem řešit, kde si s nim sedne, aby měli soukromí a vysvětlí mu to. Ale je to otázka nejčastěji masturbace, protože lidi s mentálním postižením často neví, co to je, co se to tam děje.“* Právě respondentka a jeden její kolega jsou proškoleni v oblasti sexuality osob s mentálním postižením a proto začali situace řešit. Respondentka cítila, že otevřením tohoto tématu přivedla ostatní zaměstnance do rozpaků, ale věděla, že bude dřív nebo později potřeba tohoto téma řešit. *„Ostatní kolegové jsou několika věkových skupin, takže jsou i různý pohledy. Některý takový zpátečnický, ale jsou tu i otevřenější. Reakce je většinou šok, ostych, ale já samozřejmě nemůžu po každým chtít, aby hned na lusknutí byl profesionál. Aby se hned otevřeně bavil o masturbaci, o sexu a nebo třeba o souložení.“* Vedení zařízení bylo otevření tématu sexuality otevřené a vstřícné. *„Já mám velmi vstřícného ředitele, který mě tak nějak nechává v tomhleto působit“*

## **Konkrétní práce s klienty v oblasti jejich sexuality**

V zařízení nemají žádný sexuální protokol. „*Ne, že bychom se tomu tak nějak vyhýbali, ale já si myslím, že je lepší tyhle věci provádět prakticky. Mluvit o tom, dělat to a nemít spoustu papírů a ještě si přidělovat další práci. Dnes a denně, hned, když je nějaký problém, tak jdu a řeším to. Jak s kolegy, tak s uživatelema.*“ Na začátku bylo potřeba uvést kolegy do tématu. Rozhodně nešlo o žádné čtení knih a předčítání z metodik. Spíše se jednalo o klasické „popovídání si“ o názorech jednotlivých zaměstnanců a jak řešit různé situace.

Respondentka se pravidelně, 2x denně, setkává se všemi klienty ve společenské místnosti a pokud je potřeba, tak se zde řeší konkrétní problémy, které se v zařízení objevily. Jednou se například v zařízení řešilo, že se našla kazeta s pornografií. Pracovníci se snažili klientům vysvětlit, že mohou takové kazety sledovat, že to není nic špatného, ale že je sleduje každý člověk sám a v soukromí. „*Nicméně v prostorách našeho zařízení jsem je poprosila, aby to sem nenosili a neobtěžovali s tím ostatním, především děvčata. Zdůraznila jsem, že zasahují do práv druhých lidí, kterým to je nepříjemný.*“ Dále není problém poradit klientovi co a jak, jakým způsobem a kde, ale ne na půdě zařízení. Tato pravidla jsou v zařízení striktně dodržována a jsou uvedena v ubytovacím řádu, se kterým je klient před nástupem na službu seznámen a musí s nimi souhlasit. „*To jsou prostě naše pravidla. Pokud by s tím člověk nesouhlasil, tak my mu nemusíme tu službu poskytnout. My tu službu nabízíme s tím, že máme vlastní pravidla.*“ V zařízení je klientům povoleno tvořit páry a projevovat se přijatelným chováním, které člověk běžně vidí na ulici, tj. chození za ruku, polibky, objímání atd. „*Na ulici ale určitě neuvidíte někoho, kdo by druhému dával ruku mezi nohy nebo něco. Takže pravidla na této bázi fungují i tady.*“ Důležité je si uvědomit, že každý člověk vnímá partnerský vztah úplně jinak. „*Někdo si to představuje jako držení se za ruku, někdo do toho ani nezahrne tělesný kontakt. někdo chodí se 4 až 5 naráz. Můj úkol je tady kolegy i sebe držet a nezasahovat jim do toho. Nebudeme jim radit, že není dobrý chodit se 4 holkama, protože je zraní. I kolegy instruuju v tom, aby nezasahovali do těch vztahů, ať si potom klienti vychutnají, co se stane, když si zahrávají s lidmi. Aby si to na vlastní kůži vyzkoušeli.*“

S každým uživatelem se po nástupu do zařízení vyplňuje obsáhlý dotazník, který se zaměřuje na různé oblasti života klienta. Oblast intimních vztahů je jednou z témat dotazníku a dotýká se otázek jako je představa o vztahu s blízkou osobou, realizace partnerství, hluboké přátelství, hodnoty, láska, tělesný kontakt s blízkou osobou

a rovnováha mezi tělesným a citovým vztahem. I tento dotazník může pomoci při řešení různých situací.

Řešení problémového chování klientů není v zařízení až tak často diskutovaným tématem, i když se občas stane, že se musí řešit projevy náklonnosti klientů k novým zaměstnancům, ale především pak ke stážistkám. *„S tím se ale asi setkávají ve všech zařízeních. To jsou prostě mladý holky, který nejsou příliš zasvěcený. Od toho je taky ta praxe. Když přijdou, tak já si je tady posadím a proběhne tak hodina zasvěcení, co se týká praxe, ale také co se týká projevů lásky a náklonnosti od uživatelů. Některá si dá říct, některá ne, ale budiž to pro ně poučení. Naši uživatelé jsou lidé, kteří umí moc dobře myslet ve svůj prospěch, takže té svojí pozice dokážou využít.“* Klienti sami moc dobře ví a chápou, že se tímto způsobem nesmí chovat k druhým lidem, ale problém respondentka vidí v reakci osob, které jsou „obětmi“ jejich projevů náklonnosti. Respondentka popisuje situaci, kdy se například klienti setkávají ve městě nebo na zastávkách, kde je zároveň spousta studentek. Vzhledem k vysoké sociální inteligenci klientů s lehkým mentálním postižením dochází k rychlému navazování přátelských vztahů a následnému objímání či jiných projevů náklonnosti směrem ke studentkám. Často nedochází k žádnému důraznému upozornění, že nechtějí, aby je klient objímal a nijak na tuto, pro ně nepříjemnou situaci, nereagují. *„Lidi prostě neví. Oni si řeknou, že ten člověk vypadá postiženě a od něj si to musí nechat všechno líbit. Lidi se hlavně bojejí toho, že když zvednou hlas nebo, nedaj bože, daj ránu člověku, kterej vypadá postiženě, tak okolí se na něho sesype a zmydlí ho, co si to na toho chudáka dovolili.“*

### **Vize do budoucna**

Vzhledem k tomu, že otázku sexuality, partnerství a vztahů osob s postižením dnes respondentka považuje za hodně otevřenou a řešenou, tak neví, kam dál by se situace mohla posouvat. Sice připouští, že zajímavé postupy zaujímá Holandsko, kde je možnost objednat klientovi profesionální asistentku, které klientovi ukáže, jak se svojí sexualitou pracovat a zasvětil ho do této problematiky, ale nedokáže si představit, že by se tato služba měla poskytovat u nás, v našich podmínkách. *„Myslím si, že by byl velkej posun, ale je to hrozně ošemetný téma a v dnešních podmínkách na to nejsme připraveni. Je to téma pro bulvár, kterej by se toho velmi rychle a rád ujal a lidi jsou přece jenom ještě zpátečnický a opravdu bych v tom viděla jenom atraktivní téma.“*

Názor veřejnosti na téma sexuality se pomalu rozvolňuje a velmi tomu přispívá osvěta. „Lidi, kteří jsou zasvěcený, přibývá a opravdu lidi jsou šikovný. Nevím ale jako kam dál bysme se ještě měli posouvat. Nevím, jaká bariéra by ještě měla být prolomena.“

## 8.5 Přehled výpovědí

Jak bylo již dříve avizováno, rádi bychom prezentovali přehled výpovědí jednotlivých respondentů ke konkrétním oblastem či otázkám, které byly během rozhovoru pokládány. Chtěli bychom tímto poukázat na shodnost či rozdílnost názorů respondentů.

### A. Osobní názor na sexualitu osob s MP a PAS

R1: „Já osobně jsem to vždycky měla tak nějak srovnaný, že sexualita se týká všech a v podstatě je to věc každého z nás, pokud to nepřekračuje nějaký zákon.“

R2: „Jsou to lidi jako každý jiný a ty potřeby mají stejné. I když mají snížený rozumný schopnosti, tak to neznamena, že mají menší sexuální potřeby. Ta sexuální potřeba je tam stejná, jen je třeba ji korigovat.“

R3: „Jsem pro sexualitu mentálně postižených, v tom nevidím nic špatného.“

R4: „Jsou to lidi jako každý jiný, kdekoliv jinde. Maj svý práva, maj svý potřeby a nevím, proč by do nich měl někdo nějakým způsobem zasahovat.“

### B. Názor společnosti na sexualitu osob s MP a PAS

R1: „Snažíme se pro naše klienty, pro jejich rodiče a jejich okolí, aby to bylo otevřený, dobrý a bezproblémový téma. Dokad' ale vládne kraj a stát v obrovskéjch zařízeních, kde to sami neřeší, tak si myslím, že se nemůžeme zlobit na laickou veřejnost, že prostě se k nim staví tak, jak se staví.“

R2: „Oni jsou lidé, kteří se o to zajímají a i se mě ptali, jestli mají naši klienti nějaký sexuální potřeby a jak to s nima řešíme. Takže je to individuální. Někteří zase mají pocit, že lidé s postižením sexuální potřeby nemají. Ty lidi se ale spíš zajímají, ne že by je odsuzovali.“

R3: „Lidé z majoritní společnosti nejsou vůbec připraveni pro integraci, inkluzi našich klientů nebo vůbec téhlecté skupiny. A navíc, co se týče sexuálního nebo partnerského soužití, už vůbec ne.“

R4: „Pokud se ptáte jenom na nějaký sexuální život, tak si myslím, že se k tomu každý samozřejmě staví kladně, aby vypadal dobře, ale pak až se to převrhne do praxe, tak ty lidi se k tomu staví racionálně a spíš negativně.“



### **C. Iniciace zájmu o problematiku sexuality osob s MP a PAS**

R1: „Ty projevy nebo ty zdroje byly, ale ještě to nikoho tak nepálilo, aby se tomu tématu začal věnovat. Takže jsem přesvědčila vedení, že je potřeba začít něco dělat, že rozhodně je potřeba získat nějaké informace, jak mám co dělat, ať něco nekažim.“

R2: „Děti začaly dospívat, procházely pubertou a my jsme zjistili, že se s tím něco musí dělat. Postupně jsem dospěla k tomu, že je třeba těmto mladým lidem zprostředkovat informace nutné k tomu, aby byli schopni vytvořit si správné názory a postoje ke své sexualitě, kterou začali pociťovat.“

R3: „Dřív se tady o tom nemluvalo, bylo to tabuizované. A bylo to spíš takové „Co to děláš? Přestaň a zalez.“ S novým vedením se do toho snažíme nějak dostat, nějak to uvolnit.“

R4: „Myslím si, že je potřeba o tom mluvit, protože dřív nebo později máte prostě klientelu mladejch lidí od 25 let, kteří už jsou fyzicky dávno vyvrálí, i když ta psychika ještě pokulhává. No a dostávají se do nějaký puberty a začínaj řešit svoji sexualitu.“

### **D. Problémové chování**

R1: „Určitě slikačí akce, čůrání kdekoliv, nějaká masturbace před ostatníma nebo aspoň náznaky masturbace, to všechno tady bylo.“

R2: „S tím tady problémy nemáme.“

R3: „Agresivita, obtěžování druhých...Pokud je to vítáno od toho druhého člověka, tak pak to je samozřejmě jejich věc. Ale obtěžování i sexuálního rázu po nocích atd. to se tady u dvou klientů objevuje, že se v noci navštěvují v pokojích.“

R4: „My máme spíš lidi s lehkým mentálním postižením, takže úplně až takový extrémní projevy tady nemáme.“

### **E. Spolupráce s rodiči klientů**

R1: „Nikdo z těch rodičů nereagoval špatně.“ (pozn. na protokol sexuality)

R2: „Oni o těch problémech mluvit ani nechtějí. Někteří rodiče jsou přesvědčeni, že jejich dcera či syn nemají problém se sexualitou.“

R3: „Bohužel tady má až 90 % klientů opatrovníka obec. Zbytek klientů mají třeba sourozence, ale ti o ně moc nejeví zájem. Je tady opravdu pár klientů, kteří odjíždějí domů, o které ta rodina opravdu stojí. S některými opatrovníky je komunikace velice špatná a někteří jsou natolik staří, že ti odmítají veškeré novinky, které přijdou.“

R4: „Rodiče jsou vždycky samozřejmě v šoku, protože na to nejsou zvyklí se o sexualitě svých dětí bavit, ale na druhou stranu vidíte, jak jim ta otázka leze z očí, ale bojí se zeptat.“

#### **F. Změna přístupu zařízení k sexualitě osob s MP a PAS**

R1: „No já si upřímně myslím, že se to v těch zařízeních moc nemění. Na to, jak dlouho se to řeší nebo spíš kolik už průšvihů bylo i mimo rámec zákona, tak se to neřeší a pokud se to řeší, tak se to zamete, protože ty největší krajské zařízení, to má kraj a to znamená stát a ten si tam problémy řešit nebude.“

R2: „V těch zařízeních, kde jsou lidi „zabedněný“ a nechtějí přijmout a slyšet, že ten problém tam je, vyslechnou potřebu, ale nebudou s tím nic dělat. Tam je velký problém. Po těch zkušenostech, které já osobně mám, tak to moc optimisticky nevidím. Protože vím, že jsou zařízení, kde jsou proškolení zaměstnanci, že dostali potřebné informace, a tím to ale skončilo. Dál se to nijak neřeší.“

R3: "Co se týče té sexuality, tak ty problémy jsou všude. Nikde to není idylické. Každý si tak trochu hrabe na svém písečku, takže nevím."

R4: "Já teda nevím, kam dál by se to ještě mělo posouvat. Já si myslím, že v dnešní době, kdy se hájí lidský práva a lidi se začínají ozývat čím dál, tím víc, že ty vedoucí a ředitelé těch organizací jsou čím dál více otevření a nejsou takoví zpátečnický."

## 9. Diskuze

Z výše uvedených interpretací rozhovorů je patrné, že ve všech oslovených zařízeních pracují nebo začínají pracovat se sexualitou klientů, ale každé zařízení si jde svou vlastní cestou. I tento fakt potvrzuje, že v České republice není oblast sexuality osob s MP a PAS v sociálních službách ošetřena „shora“, tedy od vládních orgánů či příslušných ministerstev. Vzhledem k tomu, že jsme oslovili 11 zařízení v Jihočeském kraji a s kladnou odpovědí se ozvala pouze 4, tak to také částečně vypovídá o postoji zařízení vzhledem k sexuálním a intimním potřebám jejich klientů.

Vzhledem k cíli našemu výzkumu, obecně zmapovat péči o osoby s MP a PAS v zařízeních poskytující pobytové služby v jižních Čechách, si myslíme, že se nám povedlo jej dosáhnout a skutečně jsme v obecné rovině nastínili realitu dnešních dní. Problémem se v tuto chvíli zdá diskutování nad souladem či nesouladem získaných výsledků s výsledky publikovanými již dříve a uvedenými výše v této práci, protože většina dříve proběhlých výzkumných šetření se zaměřuje již na konkrétní projevy a potřeby sexuality, intimity a vztahů. Respondenti často musely odpovídat na konkrétní otázky, týkající se například masturbace či partnerského soužití osob s MP či PAS. V našem výzkumu jsme se k těmto konkrétním situacím také s některými respondenty dostali, ale dále jsme je nerozváděli. Nebylo naším cílem se zaměřovat na konkrétní situace a projevy sexuálních potřeb. Ke konkrétnějším informacím bychom se jistě dostali tehdy, pokud bychom rozhovory prováděli s pracovníky přímé péče, což bylo naším původním záměrem. Na elektronickou výzvu o spolupráci při výzkumu ale reagovalo velmi málo respondentů. I vzhledem k časové náročnosti sběru dat a následné analýzy jsme rozhovory prováděli s vedoucími pracovníky a myslíme si, že i od nich jsme získali zajímavé informace.

V první řadě z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že řešení tématu sexuality a potřeby vztahů klientů s MP a PAS je během na dlouhou trať a dá se konstatovat, že je v podstatě na svém začátku. Všichni respondenti potvrdili, že bylo potřeba vzít iniciativu do svých rukou a začít jednat. U všech těchto respondentů došlo k podpoře ze strany vedení. Respondenti si byli vědomi, že není možné s tímto tématem pracovat, pokud o něm nic neví a tak všichni prošli jedním či více školeními. Ve 3 zařízeních se již úspěšně pracuje s klienty a jejich potřebami v oblasti sexuality. V jednom zařízení se začíná teprve „rozvolňovat“ atmosféra, která zde byla za starého vedení, které otázku sexuality klientů naprosto ignorovalo. Jak jsme naznačili výše, s tématem sexuality se více či méně v zařízeních pracuje, ale je patrná roztržitost a nejednotnost v postupech mezi

jednotlivými zařízeními. Ze 4 zařízení se v jednom pracuje s Metodikou a protokolem sexuality, v jednom probíhal Kurz dospělosti a vztahů, v dalším se pracuje se sexualitou klientů v situacích, které to vyžadují a v posledním zařízení se práce s tímto tématem teprve plánuje. Jasný postoj vládních orgánů a příslušných ministerstev by jistě přispěl ke sjednocení přístupu ke klientům v oblasti jejich sexuality ve všech zařízeních a to i v těch, ve kterých se do dnes s tímto tématem nepracuje a potřeby klientů jsou potlačovány či ignorovány.

Pozitivním zjištěním je fakt, že nikdo z respondentů nevnímá sexuální a intimní potřeby osob s MP a PAS jako něco, co je potřeba tabuizovat či odmítat, ale všichni plně souhlasí s tím, že tyto osoby mají nárok na sexuální potřeby jako každý jiný člověk. Na druhé straně většina respondentů uváděla, že vidí problém se zaměstnanci staršího věku, kteří se o tomto tématu nechtějí moc hovořit a řešit jej. Nervozita těchto osob může pramenit z jejich výchovy v dětství, z jejich víry či celkové neochotě diskutovat o tomto tématu s kýmkoliv i kdyby se jednalo o jejich osobní problémy. U těchto osob je potřeba jim situaci osvětlit a vyvarovat se vytváření nátlaku. V každém případě je ale potřeba, aby tito zaměstnanci dodržovali pravidla nastavená zařízením v oblasti sexuální osvěty či řešení různých situací spojených se sexuálními potřebami a projevy klientů. Jak uvádí odborná literatura, dítě si vytváří svoje postoje k sexualitě již v rodině a silně jej ovlivňuje. I zde je nutné počítat s tím, že vliv rodiny není vždy ten správný, který očekáváme. I z našeho výzkumu se částečně dokazuje, že spolupráce s rodinou není vždy stoprocentní a rodiče stále svoje dospělé děti považují za „malé“ a tak k nim také přistupují. Není výjimkou, že klienti se za svoje sexuální touhy a potřeby stydí, neví, co se s nimi děje, protože jim to doma nikdo nevysvětlil. Rodiče klientů z námi oslovených zařízení mají možnost se na pracovníky obrátit s prosbou o pomoc či radu, ale využívají toho minimálně. Pohled veřejnosti na sexualitu osob s MP a PAS popisují respondenti jako neustále opředenou mýty a předsudky. Pramení to především z neznalosti problematiky, která je důsledkem nedostatečné veřejné osvěty, která je v tématu sexuality osob prakticky nulová. I odborná literatura uvádí, že laická veřejnost vnímá sexualitu osob s postižením jako tabu a tajemné téma, kdy k tomuto obrazu z velké části přispívají média a prezentování skutečnosti skrze ně.

Práva osob MP a PAS vyplývající z různých mezinárodních či národních dokumentů, které Česká republika přijala a tím pádem je musí dodržovat, nejsou podle nás naplňována tak, jak by měla být. Stejně tak ale vnímáme jako nedostatek, že stále není stanoven žádný závazný dokument, který by jasně vyjadřoval stanoviska státu k sexuální

výchově a přístupu ke klientům s MP a PAS v oblasti jejich sexuálních, intimních a partnerských potřeb. Navíc, jak nám sama jedna respondentka potvrdila, ani kontrolní orgány, které provádějí v zařízeních poskytující sociální služby kontrolní šetření, se nezajímají o péči o klienty v oblasti jejich sexuality a dávají od tohoto tématu spíše ruce stranou. Těžko pak můžeme po zaměstnancích chtít, aby se daným tématem zabývali.

V praxi by se výsledky našeho výzkumu mohly stát inspirací pro zařízení, která prozatím nepracují se tématem sexuality, sexuální osvěty a partnerství osob s MP a PAS. Výsledky našeho výzkumu naznačují, že pomoc klientům v této oblasti je potřebná a rozhodně by neměla být opomíjena či potlačována. Na druhou stranu výsledky také ukazují, jak nejednotné jsou postupy při práci s tímto tématem v jednotlivých zařízeních a to vše na území jednoho kraje. I to by mělo přispět k zamyšlení vládních orgánů a ministerstev nad aktuální situací v oblasti péče o potřeby uživatelů sociálních služeb.

## Závěr

Cílem naší práce bylo zjistit, jakým způsobem přistupují k sexualitě osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra v zařízeních poskytující pobytové služby na území jižních Čech. Výsledek našeho bádání nás až tak moc nepřekvapil, protože jsme očekávali, že je nějakou formou pomoc klientům v oblasti jejich sexuálních potřeb poskytována a stejně tak jsme počítali s různorodostí přístupu jednotlivých zařízení k tématu. To vše vyplývá z nedostatku vydaných nařízení vyššími instancemi. Pracovníci v zařízeních se vždy sami rozhodli, že chtějí klientům v této oblasti pomáhat a našli si svou vlastní cestu, jak na to.

Práce s odbornými publikacemi byla časově náročná a zdoluhavá. Stále není v České republice dostatek autorů, kteří by se tématu sexuální výchovy, sexuality a partnerství osob s MP a PAS věnovali. Proto jsme byli nuceni pracovat také s několika zahraničními zdroji, často odbornými časopisy, kde se autoři našemu tématu věnují více do hloubky a delší dobu než je tomu u nás. Ne vždy se ale daly výsledky výzkumu ze zahraničí komparovat s našimi výsledky, protože podmínky pro život a fungování člověka v systému poskytování sociálních služeb je v zahraničí často na jiné úrovni než u nás.

Další výzkumy v tomto oboru by se mohly zaměřit na konkrétní projevy sexuálních potřeb klientů a jejich řešení. Rozhovory by se tentokrát skutečně měly provádět s pracovníky přímé péče, kteří s klienty pracují každý den. Sběr dat by mohl probíhat jak formou rozhovorů, tak také formou dotazníků, ale při počtu zařízení, která byla ochotna spolupracovat na našem výzkumu, se obáváme, že by se na dotazníkové šetření nenašel dostatek respondentů.

## Seznam použitých zdrojů

1. BAZZO, G., NOTA., L., SORESI, S. et al. Attitudes of Social Services Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 2007, vol. 20, issue 2, p. 110- 115 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3148.2006.00308.x/pdf>.
2. ČESKO. Zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992, listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1.
3. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37.
4. ČESKO. Sbírka mezinárodních smluv č. 10 ze dne 12. února 2010, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010, částka 4.
5. DEKLARACE PRÁV LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM, rezoluce OSN č. 2856/XXVI z 20. 12. 1971. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>.
6. DRÁBEK, T. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením- publikace pro odborné sociální poradenství*. 1. vyd. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., 2013. 98 s. ISBN 978-80-260-5282-1.
7. EVANS, D. S., MCGUIRE, B. E., HEALY, E., et al. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 2009, vol. 53, issue 11, p. 913- 921 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/10.1111/j.1365-2788.2009.01202.x/pdf>.
8. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

9. HAROIAN, L. Child sexual development. *The Electronic Journal of Human Sexuality* [online]. 2000, vol 3, Feb. 1 [cit. 2014-01-12]. Dostupné z: <http://www.ejhs.org/volume3/Haroian/body.htm>.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 296 s. ISBN 80-7367-041-0.
12. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
13. JELÍNKOVÁ, M. *Charta práv osob s autismem & Dospívající a dospělí s autismem* [online]. Občanské sdružení Autistik, 2010. [cit. 2014-3-03]. Dostupné z: [http://www.autistik.cz/content/download/461/2846/.../sbornik\\_Autistik\\_2.pdf%E2%80%8E](http://www.autistik.cz/content/download/461/2846/.../sbornik_Autistik_2.pdf%E2%80%8E).
14. LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.
15. MAKOVSKÁ, Z. *Aspergerův syndrom v kontextu poruch autistického spektra*. *Československá psychologie* [online]. 2007, ročník 51, č. 2., s. 198- 203 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/235723952?accountid=15618>
16. MANDZÁKOVÁ, S. *Prejavy sexuality klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb na Slovensku*. In: *Sexualita mentálně postižených II: Sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Centrum denních služeb o.s. ORFEUS, 2009. s. 78- 91. ISBN 978-80-903519-7-4.
17. MANNING-COURTNEY, P., et. al. *Autism Spectrum Disorders. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* [online]. 2013, vol. 43, issue 1, p. 2-11 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1538544212001551>.



18. MCCONKEY, R., RYAN, D. Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 2001, vol. 45, issue 1, s. 83-87 [cit. 2014-04-28]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2001.00285.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2788.2001.00285.x>.
19. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Stadardy kvality sociálních služeb- příručka pro uživatele, 2008. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss\\_final\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf).
20. PARCHOMIUK, M., RYAN, D. Specialists and Sexuality of Individuals with Disability. *Sexuality and Disability* [online]. 2012, vol. 30, issue 4, s. 407-419 [cit. 2014-04-28]. DOI: 10.1007/s11195-011-9249-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11195-011-9249-x>.
21. PREIßMANN, Ch. *Život s Aspergerovým syndromem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7367-688-9.
22. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-7178-821-X.
23. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob se mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 101 s. ISBN 978-80-244-1689-2.
24. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova u osob s mentálním postižením: strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*. 1. vyd. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, spol. s.r.o., 2009. 85 s. ISBN 978-80-7415-005-0.
25. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 465 s. ISBN 978-80-262-0215-8.

26. THOROVÁ, K., JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo autismem*. 1. vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem- APLA PRAHA, STŘEDNÍ ČECHY, O.S., 2012. 116 s.
27. TONGE, B., BRERETON, A. Autism spectrum disorders. *Web of Science* [online]. 2011, vol. 40 (9), p. 672- 677 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/September/201109tonge.pdf>
28. VAN BOURGONDIEN, M.E., REICHLER, N.C., PALMER, A. Sexual behavior in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [online]. 1997, vol. 27, Issue 2, p. 113- 125 [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://link.springer.com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1023/A%3A1025883622452>.
29. VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. *Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvoreni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>.
30. VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV, rezoluce OSN č. 217/III z 10. 12. 1948. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
32. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. doplněné a upravené vydání. Praha: PARTA, 2007. 392 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

34. WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1** Informovaný souhlas

**Příloha č. 2** Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce před její obhajobou

**Příloha č. 3** Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce

## **Příloha č. 1** Informovaný souhlas

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Sexualita osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra v pobytových zařízeních v jižních Čechách*“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumné šetření ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) Výzkumný materiál bude uschován na bezpečném místě a ihned po ukončení výzkumného šetření bude audio nahrávka ze zařízení vymazána.**
- (4) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (5) Jako informant/informantka máte právo kdykoliv odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Veronika Beránková

Podpis: .....

V ..... dne ..... Podpis: .....

**Příloha č. 2** Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce před její obhajobou

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta**

**M.D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce před její obhajobou

Závěrečná práce:

Druh práce:	<b>Diplomová práce</b>
Název práce:	<b>Sexualita osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra v pobytových zařízeních v jižních Čechách</b>
Autor práce:	<b>Bc. Veronika Beránková</b>

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Jsem si vědom/a, že pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny dané práce lze pouze na své náklady a že úhrada nákladů za kopírování, resp. tisk jedné strany formátu A4 černobíle byla stanovena na 5 Kč.

**V Praze dne** .....

Jméno a příjmení žadatele:	
Adresa trvalého bydliště:	

.....  
Podpis žadatele

**Příloha č. 3** Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta**

**M.D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

**Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce**

**Evidenční list**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

<b>Poř. č.</b>	<b>Datum</b>	<b>Jméno a příjmení</b>	<b>Adresa trvalého bydliště</b>	<b>Podpis</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				