

Univerzita Hradec Králové

Filosofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sexualita osob s mentálním postižením  
v sociální službě chráněné bydlení**

Bakalářská práce

Autor: Anežka Primásková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální politika

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Anežka Primásková</b>
Studium:	U1545
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Sexualita osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení</b>
Název bakalářské práce AJ:	Sexuality of persons with mental disabilities in welfare services sheltered housing

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Stručný obsah, popis tématu: Vymezení pojmů mentální retardace, Demence, Autismus, Downův syndrom, sexualita; specifikace cílové skupiny lidí s mentálním postižením; popis sociální služby Chráněné bydlení, sexuální osvěta osob s mentálním postižením a její cíle, přístup k sexualitě lidí s mentálním postižením v organizaci. Cíl práce: Hlavním cílem této práce bude zjištění, jak se staví k sexualitě klientů Chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci. Dále se bude tato práce zabývat tím, jak se v organizacích poskytujících službu Chráněné bydlení se sexualitou pracuje a v kterých dokumentech mají zakotvena pravidla pro práci se sexualitou. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor, studium dokumentů.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.  
VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5. MANDZÁKOVÁ, Stanislava. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9. EMERSON, Eric. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.  
HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Vyd. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	27.4.2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny literatury.

V Kamení dne

Anežka Primásková

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lucii Smutkové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad a připomínek při vypracování mé bakalářské práce. Ráda bych poděkovala mému příteli za trpělivost a podporu při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem lidem, kteří mě podporovali nebo mi byli nápomocni při realizaci bakalářské práce.

## **Anotace**

PRIMÁSKOVÁ, Anežka. Sexualita osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Hradec Králové: Filosofická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018, 84 s. Bakalářská práce.

Tato práce se bude zabývat tématem sexuality osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení.

Teoretická část této bakalářské práce rozčlením do třech kapitol. V první kapitole budou vymezeny pojmy mentální postižení, demence. Dále se zde budu zabývat příčinami vzniku mentálního postižení, klasifikací mentálního postižení dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí a potřebami osob s mentálním postižením. V druhé kapitole vymežím pojem chráněné bydlení, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a popíši, jak funguje chráněné bydlení v praxi. Ve třetí kapitole vymežím pojem sexualita a následně se budu zabývat prací se sexualitou v organizaci, kde se zmíním o ose zapojení pracovníka do práce se sexualitou. Nakonec se zaměřím na sexuální osvětu osob s mentálním postižením, konkrétně na její cíle a metody, pomůcky.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak vnímají téma sexuality klientů chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci. K tomu použiji kvalitativní výzkumnou strategii, metodu polostrukturovaného rozhovoru.

**Klíčová slova:** mentální postižení, chráněné bydlení, sexualita, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách

## **Annotation**

PRIMÁSKOVÁ, Anežka. Sexuality of persons with mental disabilities in welfare services sheltered housing. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2018, 84 pp. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor thesis will deal with the topic of sexuality of persons with mental disabilities in the social service of sheltered housing.

The theoretical part of this bachelor thesis will be divided into three chapters. The concepts of mental disability, dementia will be defined in the first chapter. This work will also deal the causes of mental disability, the classification of mental disability according to the 10th revision of the international classification of diseases and the needs of persons with mental disabilities. I will define the concept of sheltered housing, a social worker, a social service personnel's and I will description of how protected housing works in practice in the second chapter. I will define the concept of sexuality in the third chapter and then I will deal with work with sexuality in the organization where I will mention the axis of the worker's involvement in working with sexuality. I will focus on the sexual education of people with mental impairment, specifically on its aims and methods, the tools at the end of the theoretical part of the work.

The main goal of this bachelor work is to find out how they perceive the theme of sexuality of sheltered housing clients in social service personnels and social workers using a qualitative research strategy and a semi-structured interview method.

**Key words:** mental impairment, sheltered housing, sexuality, social worker, social service personne

# Obsah

Úvod .....	10
<i>Teoretická část</i> .....	13
<b>1 Osoba s mentálním postižením</b> .....	13
<b>1.1 Vymezení základních pojmů</b> .....	13
<b>1.2 Etiologie</b> .....	14
<b>1.2.1 Prenatální období</b> .....	15
<b>1.2.2 Perinatální období</b> .....	16
<b>1.2.3 Postnatální období</b> .....	16
<b>1.3 Klasifikace mentální retardace</b> .....	17
<b>1.3.1 Lehká mentální retardace</b> .....	18
<b>1.3.2 Středně těžká mentální retardace</b> .....	18
<b>1.3.3 Těžká mentální retardace</b> .....	19
<b>1.3.4 Hluboká mentální retardace</b> .....	20
<b>1.3.5 Jiná mentální retardace</b> .....	20
<b>1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace</b> .....	21
<b>1.4 Potřeby osob s mentálním postižením</b> .....	21
Shrnutí.....	23
<b>2 Sociální služba chráněné bydlení</b> .....	24
<b>2.1 Vymezení pojmu chráněné bydlení</b> .....	24
<b>2.2 Chráněné bydlení v praxi</b> .....	28
<b>2.3 Sociální pracovník</b> .....	29
<b>2.4 Pracovník v sociálních službách</b> .....	32
Shrnutí.....	34
<b>3 Sexualita osob s mentálním postižením</b> .....	35
<b>3.1 Sexualita</b> .....	35
<b>3.1.1 Sexuální chování</b> .....	36
<b>3.1.2 Sexuální identifikace</b> .....	37
<b>3.1.3 Sexuální orientace</b> .....	38
<b>3.1.4 Sexuální emoce</b> .....	38
<b>3.2 Rizikové sexuální chování</b> .....	39
<b>3.3 Práce se sexualitou v rámci organizace</b> .....	40
<b>3.4 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s mentálním postižením</b> .....	41
<b>3.4.1 Před osou – na nule</b> .....	42

3.4.2	První čtvrtina osy – respekt .....	42
3.4.3	Druhá čtvrtina osy - řešení konkrétních zakázek .....	44
3.4.4	Polovina osy - zlom .....	47
3.4.5	Třetí a čtvrtá čtvrtina osy – služby.....	48
3.4.6	Protokol sexuality .....	49
3.5	Sexuální osvěta u lidí s mentálním postižením .....	49
3.5.1	Cíle a formy a obsah sexuální osvěty .....	50
3.5.2	Metodické postupy a pomůcky .....	53
	Shrnutí.....	54
	<i>Metodická část</i> .....	55
4	Metodologické zakotvení výzkumných aktivit.....	55
4.1	Hlavní cíl a dílčí cíle .....	55
4.2	Kvalitativní výzkumná strategie, metoda polostrukturovaného rozhovoru .....	58
4.3	Výběr souboru informantů.....	60
4.4	Průběh výzkumných aktivit .....	61
4.5	Rizika výzkumu .....	62
	Shrnutí.....	62
	<i>Výzkumná část</i> .....	63
5	Interpretace získaných dat .....	63
5.1	<b>DC1: Zjistit, co si sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách představují pod pojem sexualita osob s mentálním postižením, a jaký význam přiřkládají sexualitě a partnerským vztahům osob s mentálním postižením?</b> .....	63
	Shrnutí.....	65
5.2	<b>DC2: Zjistit, jaké zakázky sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s klienty s mentálním postižením nejčastěji řeší v oblasti sexuality a partnerských vztahů v sociální službě chráněné bydlení a jaké z nich dle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vyplývají potřeby klientů?</b> .....	66
	Shrnutí.....	68
5.3	<b>DC3: Zjistit, zda mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách podvědomí o tom, v kterých dokumentech naleznou pravidla pro práci se sexualitou?</b> .....	68
	Shrnutí.....	70
	Závěr .....	72
	Zdroje.....	75



<b>Seznam tabulek a grafů .....</b>	<b>79</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>80</b>

## Úvod

Tato bakalářská práce se bude zabývat tématem sexuality osob s mentálním postižením využívajících sociální službu chráněné bydlení.

Téma sexuality osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení jsem si zvolila z toho důvodu, že se o něj zajímám již od střední školy, kdy jsem se s ním setkala poprvé. Tenkrát se má matka zúčastnila kurzu Sexualita osob s mentálním postižením a přivezla si domů knihu od Petra Eisnera „Sexualita osob s postižením a znevýhodněním“. Vyprávění o kurzu mě zaujalo natolik, že jsem knihu přečetla. V té době má matka pracovala zrovna v sociální službě chráněné bydlení a podařilo se jí mě pro tuto službu nadchnout, takže jsem tam směřovala většinu svých praxí, kde jsem se opět setkávala s problematikou sexuality klientů s mentálním postižením a s různými přístupy k ní. Vždy mě zajímalo, jak toto téma vnímají ostatní pracovníci, proto jsem se rozhodla zaměřit svou bakalářskou práci tímto směrem.

Téma sexuality osob s mentálním postižením se v posledních několika letech dostalo do popředí, stalo se aktuálním. Můžeme se o něm dozvědět v novinách, knihách, na internetu. Zabývá se jím čím dál více odborníků jako například Eisner, Venglářová, Mandzáková, Jůn, Thorová, Štěrbová, Drábek a další. Pořádají se různé přednášky, kurzy atd. Z literatury od těchto autorů jsem čerpala informace pro teoretickou část této práce.

Oproti letům minulého režimu je to velká změna. Myslím si, že pozitivním směrem, protože lidé s mentálním postižením mají nárok na sexuální prožitky a na sexuální osvětu jako kdokoliv jiný (Venglářová, Eisner, 2013). Tehdy totiž bylo téma sexuality mentálně postižených lidí tabu. Nikdo s lidmi s mentálním handicapem nemluvil například o tom, jak mají masturbovat. A v tehdejších ústavech bychom asi nenalezli kvalitně nastavená pravidla, metody pro práci se sexualitou osob s mentálním postižením jako je Protokol sexuality. Přestože probíhají různé kurzy pro sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, pro organizace poskytující sociální služby, i dnes se můžeme setkat s tím, že v některých organizacích poskytujících sociální služby se nepracuje se sexualitou

klientů či vůbec nemají pro práci s ní nastavená pravidla. Jejich počet však dnes naštěstí neustále klesá.

V dnešní době je už i na toto téma napsáno i spousta bakalářských prací. Na Ústavu sociální práce Filozofické fakulty Hradec Králové napsaly na podobné téma bakalářskou práci Bc. Václava Kopecká a Bc. Alice Chlebounová. Tématem bakalářské práce paní Kopecké byla Sexuální výchova osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zdůraznit důležitost sexuální výchovy u osob s mentálním handicapem v chráněném bydlení. Výzkumným cílem bakalářské práce Kopecké je zjistit, jak vnímají problematiku sexuální výchovy klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení (Kopecká, 2016). Bakalářská práce paní Chlebounové se zabývá partnerstvím a sexuálním životem osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních. Chlebounová se ve své bakalářské práci spíše zaměřuje na sociální službu Domov pro osoby se zdravotním postižením. (Chlebounová, 2016).

*Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak vnímají téma sexuality klientů chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci.* Hlavní cíl pak člením do třech dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem je zjistit, co si sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách představují pod pojem sexualita osob s mentálním postižením a jaký význam přiřkládají sexualitě a partnerským vztahům osob s mentálním postižením.

Druhým dílčím cílem je zjistit, jaké zakázky sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s klienty s mentálním postižením nejčastěji řeší v oblasti sexuality a partnerských vztahů v sociální službě chráněné bydlení a jaké z nich dle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vyplývají potřeby klientů.

A třetím dílčím cílem je zjistit, jaké mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách podvědomí o tom, v kterých dokumentech naleznou pravidla pro práci se sexualitou.

Pro získání informací jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, techniku polostrukturovaného rozhovoru, a to z toho důvodu, že proniká více do hloubky a získává tak detailní popis jedince (Hendl, 2016). Vzhledem k tomu, že ve výzkumné části budu zjišťovat, jak informanti vnímají danou problematiku, tak předpokládám, že budu potřebovat menší množství dat, jež pronikají více do hloubky.

Má bakalářská práce se tedy liší od výše uvedených samotným cílem a tím, že soubor informantů budu vybírat ze dvou organizací nalézajících se blízko mého bydliště.

Tato kvalifikační práce se bude dělit na tři velké části, tedy na část teoretickou, metodickou a výzkumnou.

Teoretická část se dále bude členit na tři velké kapitoly. První z nich se bude zabývat osobou s mentálním postižením a dále se rozdělí do 4 podkapitol. Tato část bude v této práci obsažena, protože ve výzkumné části se informantů budu dotazovat na osoby s mentálním postižením.

Druhá část teoretické části se bude zabývat sociální službou chráněné bydlení, v níž jsou informanti zaměstnání a žijí v ní výše zmíněné osoby s disabilitou.

Třetí část se bude zaměřovat na sexualitu osob s mentálním postižením, na niž se informantů ve výzkumné části budu dotazovat. Metodická část obsahuje pět podkapitol, v nichž se budu zabývat zvolenou výzkumnou strategií a technikou polostrukturovaného rozhovoru, hlavním a dílčími cíli této práce, výběrem souboru informantů, průběhy rozhovorů a riziky výzkumu. Ve výzkumné části ve třech kapitolách interpretuji získané informace.

Výsledky mé bakalářské práce mohou být v praxi využitelné k tomu, že organizace, v nichž jsem výzkum prováděla, mohou zjistit, jak vnímají sexualitu a partnerství osob s mentálním postižením využívajících sociální službu chráněné bydlení jejich zaměstnanci. Na základě toho se mohou rozhodnout, jakým způsobem mají například aktualizovat pravidla pro práci se sexualitou. Pokud se sexualitou organizace nepracují, tak výsledky mé bakalářské práce mohou přispět k rozhodnutí, jakým způsobem se sexualitou klientů začít či nezačít pracovat nebo jakým způsobem rozšířit dosavadní rozsah práce se sexualitou.

## *Teoretická část*

### **1 Osoba s mentálním postižením**

V této kapitole se budu zabývat objasněním pojmu osoba s mentálním postižením z toho důvodu, že ve výzkumné části této bakalářské práce se sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách dotazuji například na to, jaký dle nich má význam sexualita a partnerské vztahy pro osoby s mentálním postižením.

V následujícím textu z důvodu různého chápání termínu mentální postižení a mentální retardace některými autory vymezím, jak budou tyto pojmy chápány v této závěrečné práci, což usnadní porozumění obsahu této práce.

Dále budu v této kapitole pojednávat o příčinách vzniku, klasifikaci mentální retardace a o potřebách osob s mentálním postižením, jež považuji za důležité, jelikož skrze ně popíši, kdo vlastně je osoba s mentálním postižením, na kterou se ve výzkumné části této práce informantů dotazuji.

V následujících odstavcích se budu také zabývat pojmem autismus, který se v některých případech k mentální retardaci přidružuje.

#### **1.1 Vymezení základních pojmů**

Mentální postižení, mentální retardace a demence jsou pojmy, pro které lze v dnešních publikacích najít mnoho definic např. z právního, pedagogického, biologického, sociálního, psychologického hlediska (Slowík, 2016). Můžeme se také setkat s tím, že jedni autoři používají termín mentální postižení a mentální retardace jako synonyma (např. Černá, 2008). Druzí autoři považují mentální postižení za širší pojem zastřešující všechny lidé s inteligenčním kvocieniem nižším než 85 (Valenta a kol., 2014).

Já jsem se rozhodla, že pro účely této bakalářské práce budu považovat termíny mentální postižení a mentální retardace za slova stejného významu jako např. Černá (2008), jelikož to bude pro účely výzkumu přehlednější.

*„Pojem mentální retardace vychází z latinských slov mens (mysl, duše) a retardare (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opožďení (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd.“ (Slowík, 2016, 111 s.).*

Termín mentální retardace lze dle Vágnerové (2014) chápat také jako souhrnné označení vrozeného postižení intelektuálních schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu adaptovat. Je vykládáno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl vhodným způsobem výchovně stimulován. Hlavními rysy mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější přizpůsobení na běžné životní podmínky.

V předchozích odstavcích jsem vymezila, co je to mentální postižení. V některých výše uvedených definicích je zdůrazněno, že mentální retardace je vrozený mentální deficit, který vznikl v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním, nejpozději však v druhém roce života dítěte (Slowík, 2015). Pokud však dojde k různému poškození mozku v průběhu života jedince (po dovršení druhého roku života), jeho důsledek (úbytek již nabytých schopností) označujeme pojmem demence (Švarcová, 2011).

## **1.2 Etiologie**

Příčin způsobujících mentální postižení je mnoho, jsou velmi různorodé. Z toho důvodu bývají kategorizovány podle různých hledisek. Například Valenta a Müller rozlišují příčiny podle časového hlediska na prenatální, perinatální, postnatální (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012). Švarcová (2011) rozděluje příčiny mentální retardace na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější).

V následujícím textu jsem se rozhodla popsat členění příčin mentálního postižení z časové posloupnosti na prenatalní, perinatální a postnatální, protože jde podle Valenty o nejčastější členění příčin mentální retardace (Valenta a kol., 2014) a považuji ho za logicky seřazené a přehledné.

### **1.2.1 Prenatální období**

Prenatální období lze z hlediska etiologie považovat za období významného působení dědičných faktorů tzv. hereditárních faktorů. Do nich patří především geneticky podmíněné poruchy, zejména metabolické (např. fenylketonurie, galaktosémie apod.). Vliv mohou mít však také specifické genetické poruchy (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Specifické genetické poruchy vznikají vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe, např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy, ale některé příčiny stále ještě neznáme. Dochází zde k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (Valenta a kol., 2014). U osob s mentálním postižením se k nejnámějším chromozomovým aberacím řadí tzv. aberace numerické (trizomie, monozomie). K nejčastějším a nejrozšířenějším vrozeným syndromům v České republice patří Downův syndrom, který je způsobený trizomií chromozomu 21. Dalšími syndromy jsou například Angelmanův syndrom, Cri du Chat syndrom, De Lange syndrom, Edwardsův syndrom atd. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Vágnerová (2014) uvádí, že mezi další příčiny vzniku mentálního postižení v prenatalním období mohou patřit i různé teratogenní faktory (biologické, fyzikální a chemické faktory...). Tyto faktory působí na organismus matky a jeho prostřednictvím postihují i plod. Z faktorů chemických se může jednat například o některé léky, alkohol nebo drogy. Z faktorů biologických to mohou být různé viry a mikroby např. virus zarděnek, toxoplazmóza. Z faktorů fyzikálních může poškodit normální vývoj plodu ionizující záření.

### **1.2.2 Perinatální období**

Po prenatálním období následuje perinatální období, pro které je charakteristická doba během porodu a krátce po porodu (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012).

Pro vymezení perinatálního období jsem zvolila definice dle Valenty (2014), jelikož je považuji za stručné a jasně vydefinované.

Valenta a kol. (2014) uvádí, že do perinatální etiologie řadíme organické poškození mozku, jenž bývá udáváno jako příčina potíží, kterou v dřívějších dobách označovaly termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobnějšího poškození mozku). Dále sem můžeme také zařadit dětskou mozkovou obrnu (rozsáhlejší poškození mozku), jež zhruba ve dvacetině až desetině případů způsobuje mentální retardaci.

K dalším perinatálním příčinám vzniku mentálního postižení patří mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod, nízká porodní váha dítěte, nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka, při níž neodchází bilirubin z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (Valenta a kol., 2014).

### **1.2.3 Postnatální období**

Posledním ze tří výše jmenovaných období je postnatální období, jež nastává dále po porodu a pokračuje v průběhu života (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012). V tomto období může mentální postižení zapříčinit mnoho faktorů (Valenta a kol., 2014).

Mezi tyto faktory řadíme podle Vágnerové (2014) například zánětlivá onemocnění, úrazy, otravu, nádor.



V předchozí podkapitole jsem zmínila, že mentální postižení vzniklé po druhém roce života je označováno termínem demence (Švarcová, 2011). Z toho vyplývá, že ke vzniku demence dochází tedy v postnatálním období.

Slowík (2015) uvádí, že nejvíce případů demence se vyskytuje mezi seniory v důsledku degenerativního nebo jiného onemocnění mozku (Alzheimerova choroba, cévní mozkové příhody apod.) U mladších lidí je demence nejčastěji způsobena úrazy hlavy, hypoxií (při tonutí), eventuálně silnou intoxikací.

### **1.3 Klasifikace mentální retardace**

Mentální postižení můžeme členit dle různých klasifikací například podle manuálu americké psychiatrické společnosti Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Římská číslice IV označuje revidované vydání z roku 2000 (Šelner, 2012) nebo dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN – 10) zpracované Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization) atd.

Já jsem se pro účely této bakalářské práce rozhodla použít klasifikaci mentální retardace dle MKN – 10 zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization). Zvolila jsem ji, protože se jedná o nejčastěji uváděnou klasifikaci, odkazuje na ni např. Slowík (2016), Švarcová (2011), Vágnerová (2014), Šelner (2012). Dále mě také zaujala, protože jejím klasifikačním kritériem je úroveň mentální kapacity vyjádřená naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu (Švarcová, 2006).

Slowík (2016) ale ve své publikaci upozorňuje, že se jedná o klasifikaci pouze orientační, jelikož přesně stanovená jednotná kritéria pro posouzení mentální úrovně a jasné hranice separující jednotlivé klasifikační stupně prakticky neexistují.

Mentální retardace se dle MKN – 10 člení do šesti kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace (Bendová, Zikl, 2011).

### **1.3.1 Lehká mentální retardace**

Lehkou mentální retardaci můžeme nalézt v MKN – 10 pod kódovým číslem F70. Pro jedince s lehkou mentální retardací je charakteristické pásmo inteligenčního kvocientu 50-70 (Vágnerová, 2014).

Vágnerová (2014) uvádí, že myšlení lidí s lehkou mentální retardací se v jejich dospělosti nachází přibližně na úrovni dítěte středního školního věku. Lidé s lehkou mentální retardací nejsou schopni uvažovat hypoteticky. Ve verbálním projevu těchto lidí chybí většina abstraktních pojmů. Myšlení a řeč osob s lehkou mentální retardací jsou konkrétní. Jejich mluvní projev je jednodušší, vyjadřují se v kratších větách, vyskytují se zde občasné nepřesnosti sémantického a syntaktického charakteru.

Lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni se učit, pokud jsou uznávány jejich omezení a hranice. Osoby s lehkou mentální retardací jsou v dospělosti zaměstnatelní, ale potřebují trvalý dohled. Také mohou dosáhnout toho, že v dospělosti budou částečně samostatní (Vágnerová, 2014).

### **1.3.2 Středně těžká mentální retardace**

Středně těžká mentální retardace je MKN – 10 označená kódem F71. Inteligenční kvocient se u středně těžké mentální retardace pohybuje v rozmezí 35–49 (Slowík, 2016 podle MKN -10, WHO, 2006).

Osoby se středně těžkou mentální retardací mají v dětství značně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v dané oblasti jsou individuálně rozdílné. Například někteří jedinci dokáží vést jednoduchou konverzaci, zatímco jiní jsou stěží schopni domluvit se o svých základních potřebách, někteří se nenaučí mluvit nikdy, mohou ale porozumět verbálním instrukcím. Dále mají také tyto lidé omezenou a opožděnou schopnost soběstačnosti (starat se sám o sebe) a zručnosti. Lidé se středně těžkou mentální retardací jsou ve většině případů plně mobilní a fyzicky aktivní (Švarcová, 2011).

Švarcová (2011) se ve své publikaci „Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče“, zmiňuje o tom, že osoby se středně těžkým mentálním postižením jsou omezené také ve škole, ale většina žáků se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy trivía. V dospělosti jsou tyto lidé obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou pracovní úkoly pečlivě strukturovány a je zabezpečen odborný dohled. V dospělosti je u osob se středně těžkou mentální retardací zřídka možný úplně samostatný život.

### **1.3.3 Těžká mentální retardace**

Číselným kódem F72 je v MKN – 10 označována těžká mentální retardace. Pro těžkou mentální retardaci je typické rozmezí v inteligenčním pásmu 20-34 (Bendová, Zíkl 2011).

Osoby s těžkou mentální retardací jsou schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, přemýšlejí na úrovni mladšího batolete. Jedinci s těžkou mentální retardací jsou značně omezeni v oblasti řeči, naučí se nanejvýš několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které také často nepřesně používají. Učení těchto lidí je hodně omezeno a vyžaduje dlouhodobé úsilí. I poté lidé s těžkou mentální retardací zvládají pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů (Vágnerová, 2014).

V předchozím odstavci jsem charakterizovala těžkou mentální retardaci dle Vágnerové (2014), v následujícím textu uvedu další charakteristiky osoby s těžkým mentálním postižením dle Švarcové a Slowíka.

Osoby s těžkou mentální retardací se zpravidla nenaučí ovládat školní trivium, ale jsou schopni si osvojit spoustu užitečných dovedností (Švarcová, 2011). Bez větší podpory nezvládají samostatný život a bývá u nich na základě soudního rozhodnutí omezena jejich svéprávnost a ustanoven opatrovník, jehož pomoc a ochranu potřebují pro většinu právních úkonů (Slowík, 2015).

#### **1.3.4 Hluboká mentální retardace**

Vágnerová (2014) uvádí, že hlubokou mentální retardaci nalezneme v MKN – 10 pod číselným kódem F73. Podle Bendové a Zikla (2011) inteligenční kvocient u lidí s hlubokou mentální retardací je odhadován nižší než 20.

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Tito lidé jsou zpravidla inkontinentní a v lepším případě jsou schopni jen rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost soběstačnosti, z čehož vyplývá, že jsou zcela odkázáni na pomoc jiné osoby a vyžadují neustálý dohled (Bendová, Zikl, 2011).

U osob s hlubokou mentální retardací mnohdy dochází k narušení afektivní sféry a frekventovaně také k sebepoškozování. (Bendová, Zikl, 2011 podle Pipeková, 1998). Podle Švarcové (2011) se k hluboké mentální retardaci mohou přidružit epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání, nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

V předchozím odstavci jsem se zmínila o pojmu autismus, proto ho v následující části vymezím dle Prechta Kazi Páté (2007), protože mě její definice nejvíce zaujala tím, že se v ní zmiňuje o „triádě symptomů“ (narušení komunikace, představivosti a sociální interakci).

Autismus je vrozená porucha některých mozkových funkcí, která se vytvořila na neurobiologickém podkladě. Výše uvedená porucha zapříčiňuje, že jedinec dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší, prožívá. Duševní vývoj je díky tomu narušen především v oblasti komunikace, představivosti, sociální interakci. Pro autismus jsou také typické specifické vzorce chování jedince.

#### **1.3.5 Jiná mentální retardace**

Jiná mentální retardace je dle MKN - 10 označována číselným kódem F78.

Tato kategorie by měla být užitá pouze tehdy, pokud je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné,

a to pro přidružené senzorické nebo somatické poškození například u neslyšících, nevidomých, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (Slowík, 2016 podle MKN – 10, WHO, 2006).

### **1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Nespecifikovanou mentální retardaci nalezneme v MKN–10 pod označením F79.

Tato kategorie se používá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale chybí dostatek informací, aby bylo možno zařadit klienta do jedné z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2011).

## **1.4 Potřeby osob s mentálním postižením**

Potřeby mohou být kategorizovány dle různých hledisek a zřejmě žádné není samo o sobě vyčerpávající (Chalupa, 2007). Matoušek ve své publikaci „Slovník sociální práce“ člení potřeby na ty, jež vycházející z psychologických typologií (vztahujících se např. k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, ke společenskému postavení, související se vztahy k blízkým lidem, spirituální potřeby) a na potřeby v kontextu sociální práce.

Matoušek (2016) potřeby v kontextu sociální práce dále dělí na potřeby pocitované, normativní, vyjadřované potřeby, komparativní potřeby.

Potřeby v sociálním pojetí se liší od definic potřeb psychologických tím, že se vztahují k zákonu nebo jinému druhu oprávnění. V sociální práci má však nezastupitelnou úlohu i psychologické pojetí potřeb (Matoušek, 2016).

Z definic psychologických potřeb mě nejvíce zaujala definice od Paulínové a Neumannové (2008), protože ji hodnotím jako stručnou a srozumitelnou i pro neodbornou veřejnost. Paulínová a Neumannová (2008) definují potřebu z psychologického hlediska jako pocit konkrétního nedostatku či nadbytku

něčeho. Podle nich vede potřeba jedince k činnostem do té doby, než je uspokojena. Vybízí, ponouká jedince k uskutečňování takových činností, jež vedou k jejímu uspokojení. Ve většině případech panuje mezi intenzitou snažení a potřebou soulad. Množství a různorodost potřeb se odvíjí od úrovně vývoje jedince, od materiálních a kulturních podmínek jedincova života.

Podle Vágnerové (2014) mají jedinci s mentálním postižením stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé, i když potřeby osob s mentálním postižením mohou být pod působením omezenější kapacity rozumových schopností různým způsobem upravovány. V obecné rovině platí, že čím závažnější je mentální retardace daného jedince, tím více je závislý na jiných lidech v naplnění svých potřeb. Lidé s mentálním postižením mají sklon saturovat své potřeby neodkladně a bez zábrán způsobem, jenž odpovídá jejich mentální úrovni.

Vágnerová (2014) uvádí, že lidé s mentálním postižením mohou mít pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností různým způsobem přizpůsobeny například tyto potřeby:

- potřebu stimulace
- potřebu učení
- potřebu citové jistoty a bezpečí
- potřebu seberealizace
- potřebu životní perspektivy.

Ve výzkumné části této práce se budu dotazovat v polostrukturovaném rozhovoru informantů v jedné z otázek na potřeby klientů s mentálním postižením v oblasti partnerských vztahů a sexuality, proto se v následujícím textu budu na tuto potřebu soustředit.

Pipeková (2006) uvádí, že pohlavní život a sexuální potřeby jsou společné pro všechny živé tvory, z toho důvodu se současný pohled na sexuální otázky oproti minulosti zásadně změnil. Láska a sexuální chování jsou dle ní přirozenou součástí každého jedince. Sexuální potřeby lidí s mentálním postižením jsou u každého jedince jiné, stejně jako je tomu u běžné populace. To, jakým způsobem uspokojují lidé s mentálním postižením své sexuální potřeby, závisí na hloubce jejich postižení. Pipeková (2006) se také zmiňuje o tom, že sexuální

potřeba může být například u některých dospělých jedinců s mentálním postižením naplněna pouze platonickým vztahem.

## **Shrnutí**

V této kapitole jsem vymezila z důvodu různorodého chápání termínů mentální postižení a mentální retardace některými autory (např. Černá, 2008, Valenta a kol., 2014), jak budou tyto pojmy chápány v této závěrečné práci pro lepší porozumění obsahu této práce.

Dále jsem v této kapitole definovala také pojmy demence, autismus a popsala příčiny vzniku mentálního postižení z hlediska časové posloupnosti (prenatální, perinatální, postnatální). V předchozím textu jsem se také zabývala klasifikací mentální retardace podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací (lehká, středně těžká, těžká, hluboká, nespecifikovaná a jiná mentální retardace). V předchozích odstavcích jsem se také zmínila o potřebách osob s mentálním postižením, kde jsem se věnovala pozornost psychologickým potřebám, potřebám v kontextu sociální práce a sexuálním potřebám.

## **2 Sociální služba chráněné bydlení**

Na začátku této kapitoly se budu zabývat tím, co vlastně znamenají pojmy sociální služba a sociální služba chráněné bydlení, protože se výzkumná část této bakalářské práce zabývá názory sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na sexualitu lidí s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení.

Následně popíši, jaké základní činnosti a úkony se dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, poskytují v sociální službě chráněné bydlení a zvláště se pak zmíním o úkonech zabývajících se sexualitou a partnerskými vztahy.

V této kapitole se také objeví informace o tom, jak funguje chráněné bydlení v praxi a na závěr se budu věnovat termínům sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, protože osoby vykonávající tyto profese jsou mými respondenty ve výzkumu k této závěrečné práci.

### **2.1 Vymezení pojmu sociální služba chráněné bydlení**

V následujícím textu nejprve vymezím, co znamená pojem sociální služba, uvedu druhy a formy sociálních služeb, posléze se zaměřím na pojem sociální služba chráněné bydlení.

Matoušek (2016) definuje pojem sociální služby jako všechny služby krátkodobé i dlouhodobé, které jsou poskytovány oprávněným uživatelům. Cílem sociálních služeb je zvýšení kvality klientova života, eventuálně i ochrana zájmů společnosti. V současnosti rozlišujeme v České republice mezi službami poskytovanými klientům (klientskými službami) a službami administrativními. Tento protiklad je používán z důvodu podpory snahy o změnu tradičního administrativního pojetí sociální práce (například: rozdělování dávek, rozhodování o náhradní rodinné péči...) ve prospěch přímé práce s klienty, jejich rodinami, se skupinami, s komunitami. Jednotlivé sociální služby jsou v České



republiky vymezeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální služby také v širším pojetí řadíme do rezortů státní zprávy.

V této podkapitole se budu věnovat sociálním službám poskytovaným klientům. V následujícím odstavci, jak již jsem zmínila výše v textu, se zaměřím na sociální služby definované v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně na formy a druhy sociálních služeb a na sociální službu chráněné bydlení, v níž jsou zaměstnáni informanti, se kterými jsem realizovala rozhovory pro účely této bakalářské práce.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozlišuje 3 základní druhy sociálních služeb: sociální poradenství (základní, odborné), služby sociální péče a služby sociální prevence.

Do služeb sociální prevence se řadí například sociální služba Azylový dům (§57), Tlumočnické služby (§56), Noclehárny (§63) a tak dále. Do služeb sociální péče jsou zařazovány například tyto služby: Osobní asistence (§39), Pečovatelská služba (§40), Domov pro osoby se zdravotním postižením (§48), Chráněné bydlení (§51) a tak dále.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje tři formy poskytování sociálních služeb, jimiž jsou služby pobytové, ambulantní a terénní.

Mezi terénní služby patří ty, které jsou poskytovány jedinci v jeho přirozeném sociálním prostředí. Terénní formou může být například poskytovaná sociální služba Osobní asistence (§39), Tlumočnické služby (§56).

Ambulantní služby jsou podle zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ty služby, za nimiž osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí této služby není ubytování. Ambulantní formou může být například poskytovaná Pečovatelská služba (§40) nebo sociální služba Denní stacionář (§46).

Pobytové sociální služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Do pobytové formy sociálních služeb patří například Domov pro osoby se zdravotním postižením (§48), sociální služba Chráněné bydlení (§51), o které se budu zmiňovat v následujícím textu. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>).

Sociální službu chráněné bydlení vymezím v následujících odstavcích dle Matouška (2016), který vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a dle Marka Rady (2006).

V rámci současné platné právní úpravy (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) se v České republice pod pojmem chráněné bydlení rozumí pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má podobu individuálního nebo skupinového bydlení (Matoušek a kol., 2013).

Rada (2006) definuje chráněné bydlení jako druh sociální služby, kdy jeden či více klientů bydlí v bytech ve speciálním domě s chráněnými byty nebo v bytech v běžné bytové zástavbě.

Definici chráněného bydlení dle Rady (2006) považuji za srozumitelnější pro neodbornou veřejnost, než je vymezení toho to pojmu dle Matouška (2016), který vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na druhou stranu Matoušek (Matoušek, 2016 dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) popisuje v definici uvedené výše i pro koho je sociální služba chráněné bydlení určena, o čemž se Rada (2006) ve své definici nezmiňuje.

V následujícím textu se zaměřím na základní činnosti poskytované klientům na chráněném bydlení dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Sociální služba chráněné bydlení klientům dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách poskytuje tyto základní činnosti v rozsahu těchto úkonů:

**(a) poskytnutí stravy či pomoc při zajištění stravy,**

- pomoc s přípravou stravy,
- zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel),

**(b) poskytnutí ubytování,**

- ubytování, které má znaky bydlení v domácnosti,

- v případě potřeby praní a drobné opravy ložního, osobního prádla a ošacení, žehlení,

**(c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,**

- pomoc při úklidu a údržbě domácnosti,
- pomoc při údržbě domácích spotřebičů,
- podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami,

**(d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,**

- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání,
- podpora v oblasti partnerských vztahů,

**(e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

- doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,
- podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

**(f) sociálně terapeutické činnosti,**

- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

**(g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,**

- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

**(h) pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,**

- pomoc při úkonech osobní hygieny,
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty,

- pomoc při použití WC. (vyhláška č. 5005/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

Z výše uvedeného textu, konkrétně z písmene (d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti vyplývá, že v sociální službě chráněné bydlení se poskytuje úkon, jenž se nazývá podpora v oblasti partnerských vztahů (vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>).

Pokud klienti potřebují podporu v oblasti partnerských vztahů a lidské sexuality, tak se často s různými otázkami a problémy i ze svého intimního života, obracejí na sociálního pracovníka, pracovníky v sociálních službách a jiné pomáhající profese (Drábek, 2013 dle Levická, Truhlářová, 2008).

Pojmům sociální pracovník a pracovník v sociálních službách se budu věnovat v dalších podkapitolách této práce.

## **2.2 Chráněné bydlení v praxi**

V předešlé podkapitole jsem se zabývala pojmem chráněné bydlení z teoretického hlediska.

V praxi funguje chráněné bydlení tak, že organizace poskytne uživatelům byty nebo domy a asistenci. Rozsah asistence se odvíjí od potřeb uživatelů sociální služby chráněné bydlení. Například v některých chráněných bytech poskytují pracovníci v sociálních službách uživatelům 24hodinovou podporu (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010), zatímco jinde pomáhají pracovníci v sociálních službách uživatelům jen s určitými činnostmi (hospodaření s penězi, nakupování oblečení, sestavení domácího rozpočtu, dojednání komerčních služeb, osobní hygiena apod.).

Na chráněném bydlení převládají spíše tyto metody práce s klientem: poskytnutí informací, terapeutická podpora uživatele při zvládání záležitostí s využitím vlastních zdrojů, popřípadě za daných situací bezprostřední dopomoc nebo nácvik příslušných dovedností (Matoušek a kol., 2013 podle Matoušek,

Koláčková, Kodymová, 2005). Pokud je to nutné, pracovníci v sociálních službách informují klienty o tom, co se musí udělat, i o tom, jak to provést, např. zaplatit nájem (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010).

Pracovníci v sociálních službách podporují klienty především v samostatnosti, tedy v tom, aby uživatelé zkoušeli činnosti dělat sami, nejlépe vytvořením vlastního postupu nebo přijmutím navrženého postupu (Matoušek, 2010).

Chráněné bydlení se příliš neodlišuje od domácností v běžné společnosti. Každý člen chráněné domácnosti se zapojuje do jejího chodu, dle svých možností. Klienti sociální služby chráněné bydlení se na chodu domácnosti podílí například tak, že chodí nakupovat, uklízí domácnost, vaří apod. (Němcová, 2011).

Pracovníci v sociálních službách někdy společně s uživateli připravují i různé pomůcky, mezi které patří i např. „rozpis služeb“, podle něhož se obyvatelé střídají v domácích pracích, nebo nákupní seznam (Matoušek, 2005).

Uživatelé sociální služby chráněné bydlení mohou trávit svůj volný čas dle svého uvážení a mohou také navazovat přirozené sociální kontakty (Němcová, 2011).

## **2.3 Sociální pracovník**

Široká veřejnost má o tom, kdo je sociální pracovník a co je sociální práce různé představy. Na základě tohoto tvrzení došel Musil k názoru, že někteří lidé považují sociální práci za blíže nespecifikovanou profesi, a tudíž nemají zpravidla představu o tom, co by jim sociální pracovníci mohli nabídnout, a tedy si o to nemohou říci. To samé se dá říci i o klientech, zřizovatelích sociálních služeb, pracovnících různých pomáhajících profesí a v některých případech i o samotných sociálních pracovnících. (Drábek, 2013 dle Musil, 2008)

Janebová (2014) považuje to, že někteří sociální pracovníci nejsou schopni vysvětlit, co je to sociální práce a k čemu je společnosti prospěšná za jednu z příčin nízké prestiže této profese. Nemusí to však být nutně spojeno s jejich

nekompetentností, ale může to být dáno také tím, že vymezit pojem sociální práce není vůbec jednoduché.

Definice sociální práce existuje mnoho. Já jsem však pro tuto bakalářskou práci vybrala definici, která je uvedená v úvodním ustanovení Etického kodexu sociálního pracovníka České republiky, protože mi přijde stručná, výstižná a pro laickou veřejnost snadno uchopitelná.

*„Sociální práce je profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu, sociální rozvoj, řešení problémů v mezilidských vztazích, sociální rovnost, posílení a zmocnění osob v nepříznivé sociální situaci. Ústředními jsou pro sociální práci principy sociální spravedlnosti, respektování lidských práv, osobnosti jedince, rozmanitosti skupin a jejich specifik.“* (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky, Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)).

Jaké jsou předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a jaké činnosti sociální pracovník vykonává, lze nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle něho sociální pracovník provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>).

Na začátku této podkapitoly jsem zmínila, že se Musil domnívá, že někteří lidé považují sociální práci za blíže nespecifikovanou profesi a z toho důvodu netuší, co by jim soc. pracovníci mohli nabídnout a ani si o to tedy nemohou říci. Na základě toho přichází Musil s hypotézou, že v České republice v praxi sociálních služeb je pestrý prostor, ve kterém se setkávají, mijejí a střetávají různé představy o sociální práci (Drábek 2013, podle Musil, 2008).

Tyto představy lze ohraničit třemi pojetími sociální práce, jež Musil označuje jako administrativní, profesionální, filantropické přístupy k sociální práci. Zjednodušeně by se dalo říci, že se jedná o tři orientační myšlenkové body, o něž se s rozdílnou intenzitou a různými způsoby opírají představy různých jedinců a skupin (Drábek, 2013 podle Musil, 2008).

Drábek (2013) uvádí, že každý ze tří výše uvedených přístupů má v určitých situacích své klady a zápory. Vzhledem k tématu této závěrečné práce bych měla být tedy stoupencem profesionálního pojetí sociální práce podobně jako Musil (2008) Janebová (2008), Drábek (2013).

V následujícím textu charakterizují profesionální pojetí sociální práce a pokusím se vysvětlit, proč je důležitá specializace sociálního pracovníka

Pro profesionální pojetí sociální práce je typické komplexní a situační rozhodování, jež obsahuje složité komunikativní, rozhodovací, koncepční, koordinační a podpůrné činnosti. Profesionální pojetí sociální práce klade také důraz na vzdělání sociálních pracovníků a na pojetí sociální práce jako odborné a výlučné profese (Janebová, 2014 podle Musil, 2008).

Z toho vyplývá, že profesionální pojetí sociální práce čeká od pomáhajícího pracovníka, že bude specialistou, což podporuje globální jev, kdy můžeme stále častěji registrovat celosvětový trend specializace pracovníků nejen ve sféře zdravotní, ale i sociální (Drábek, 2013).

Dle Musila je důležité, aby si sociální pracovník našel specializaci, zájem o konkrétní cílovou skupinu, již během svého studia. Tím můžeme myslet například takovou specializaci, v níž se sociální pracovník zaměřuje na komplexní posouzení individuálně specifických potíží, které klientovi zabraňují zvládat jeho interakce se sociálním prostředím. V rámci interdisciplinárního přístupu pak zprostředkovává součinnost pracovníků jiných pomáhajících profesí při řešení různých nesnází určitých klientů či je schopen sám poskytnout pomoc na bázi zkušeností z praxe nebo pomocí dalšího vzdělávání a samostudia, kdy prohlubuje svou specializaci pro danou oblast (Drábek, 2013 podle Musil, 2008).

Sociální pracovník se takhle může specializovat právě i na oblast partnerství a sexuality lidí s postižením, pakliže budeme akceptovat východisko, jež určit

Novosad, který uvádí, že podpora lidí s postižením obsahuje škálu vzájemně propojených oblastí, které se dotýkají kvality jejich života, kam samozřejmě patří i sexualita lidí s postižením (Drábek 2013 podle Novosad, 2009).

## **2.4 Pracovník v sociálních službách**

Již výše v podkapitolách Chráněné bydlení v praxi a Chráněné bydlení jsem zmínila, že v sociální službě chráněné bydlení poskytují podporu klientům pracovníci v sociálních službách neboli asistenti chráněného bydlení (Matoušek, 2010). Z toho důvodu v následujícím textu vymezím, kdo je pracovník v sociálních službách, a uvedu předpoklady pro výkon této profese.

Pracovníka v sociálních službách vymezuje Matoušek (2016) dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách jako zaměstnance vykonávajícího přímou obslužnou péči o klienty, základní výchovnou činnost, upevňování potřebných návyků, pečovatelskou práci.

Předpoklady pro výkon této profese jsou způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost, bezúhonnost, odborná způsobilost (u některých pracovníků v sociálních službách je požadováno základní vzdělání a kvalifikační kurz, u jiných střední vzdělání a kvalifikační kurz). Další podmínky práce pracovníka v sociálních službách vymezují jiné zákony (Matoušek, 2016 podle zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pracovník poskytující klientovi s postižením jakékoliv sociální služby je logicky osobou, jež by jako profesionál měla skrze služby pozitivně ovlivňovat život klienta, posilovat jeho kompetence, vést ho k maximální možné míře samostatnosti, pomáhat mu zastávat jeho práva a dodržovat povinnosti s nimi spojené a tak dále (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

V dalších odstavcích se budu zabývat sexualitou klientů s mentálním postižením ve vztahu k pracovníkovi v sociálních službách (vzdělání, postoj...) a na závěr se zmíním o etických zásadách, které by se měly při práci se sexualitou klientů dodržovat.



V postoji pracovníka v sociálních službách k sexualitě klientů je důležitým aspektem jeho osobnost. Osobnost pracovníka v sociálních službách nelze chápat pouze jako výčet jednotlivých vlastností, vhodnější je představit si pracovníka jako celek, jenž je tvořený řadou vrstev: poslání (Proč tu vlastně jsem?), identita (Kdo jsem?, Za koho se považuji?), přesvědčení (Jaký je můj osobní názor?), kompetence (Na co stačím?), chování (Co dělám?, Jak se mi daří?) (Štěrbová, Rašková a kol., 2016)..

Významnou složkou v osobnosti pracovníka je jeho identita (tj. představa, kým je, za koho se sám pokládá). V průběhu života si pracovník v pomáhající profesi svou identitu neustále vytváří a přestavuje (např. překonáváním mezilidských konfliktů, získáváním zkušeností, stykem s druhými lidmi). Identitu utvářejí další složky: osobní identita (vztahující se ke zvláštnostem jeho osobnosti), sociální identita (vztahující se k jeho sociálním rolím ve společnosti), profesní identita (týkající se jeho povolání). Profesní identita se například vytváří vyjednáváním s kolegy, nadřízenými, s klienty atd. Pracovník se snaží, aby nebyly dílčí identity navzájem rozporné a pokud možno vytvářely soudržný celek (Štěrbová, Rašková a kol., 2016).

Důležité je také, aby pracovník, jenž intervenuje nejrůznějším způsobem v oblasti sexuality, byl dostatečně odborně vzdělán (průběžné vzdělávání, znalost příslušné legislativy, uvědomění si svých povinností), byl schopný kooperovat a komunikovat s kolegy, odbornými pracovišti, spolupracovat s rodiči a aby vnímal etické hranice své osobní výpovědi (Štěrbová, Rašková a kol., 2016).

Téma sexuality v práci pracovníka v pomáhajících profesích obsahuje předávání informací klientovi, dále se sem také zahrnují i postoje k sexuální morálce, podpora osobnostní autonomie (Štěrbová, Rašková 2016 podle Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy na základních školách, 2010).

Dále je dle Štěrbové důležité, aby byli pro práci se sexualitou zformovány konkrétní podmínky, jimiž se myslí vytvoření rámce, souhrnu vnitřních pravidel a směrnic, jimiž by se měla organizace řídit. Tento souhrn vnitřních pravidel a směrnic by měl pracovníkům v soc. službách umožnit rychle a správně jednat ve složitých situacích (Štěrbová, Rašková a kol., 2016 podle Štěrbová, 2007).

V práci se sexualitou existují také etické zásady např. odmítání rasové diskriminace, respektování pozice homosexuálů ve společnosti, pojmání rovnocennosti mužů a žen v sexuální morálce atd. Mezi etické zásady pracovníka v sociálních službách patří také vědomí si svých hranic (Štěrbová, Rašková a kol., 2016).

## **Shrnutí**

V této kapitole jsem se nejprve zabývala vymezením termínu chráněné bydlení, následně jsem uvedla základní činnosti a úkony, jež se poskytují v sociální službě chráněné bydlení, z nichž jsem se zaměřila na úkony související s oblastí sexuality a partnerských vztahů.

V podkapitole chráněné bydlení v praxi jsem popsala, jak funguje poskytování podpory pracovníky v sociálních službách uživatelům dané sociální služby, jak se uživatelé podílejí na chodu domácnosti.

V posledních dvou podkapitolách jsem se zaměřila na pojmy sociální pracovník, sociální práce a pracovník v sociálních službách. U sociální práce jsem se po uvedení její definice dále zabývala pojetím sociální práce dle Musila (2008) a podrobněji jsem popsala profesionální pojetí sociální práce, jehož by sociální pracovník pracující se sexualitou měl být dle Drábka zastáncem. V poslední kapitole u pojmu pracovník v sociálních službách jsem se zaměřila na klíčové aspekty pro práci se sexualitou (osobnost, vzdělání, etické zásady...).

### **3 Sexualita osob s mentálním postižením**

V této kapitole vydefinuji pojem sexualita a rizikové sexuální chování. Dále se v této kapitole budu zabývat prací se sexualitou v organizaci, především se zaměřím na zapojení pracovníka do práce se sexualitou, protokol sexuality a sexuální asistencí. Závěr této kapitoly budu věnovat sexuální osvětě u lidí s mentálním postižením, kde se zmíním o cílech sexuální osvětě a o metodách a pomůckách pro práci se sexualitou.

Tuto kapitolu jsem do teoretické části této práce zařadila, protože, jak již jsem v této bakalářské práci zmínila, hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit, jak vnímají téma sexuality klientů chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci. V polostrukturovaném rozhovoru se pak respondentů například dotazuji na to, co si představují pod pojmem sexualita osob s mentálním postižením.

#### **3.1 Sexualita**

Pojem sexualita již zmiňuji v samotném názvu této bakalářské práce a i v hlavním cíli této práce, z toho důvodu jsem se ho rozhodla v této podkapitole vymezit.

Sexualita je jednou ze základních lidských potřeb (Venglářová, Eisner a kol., 2013) a vymezit jí není vůbec lehké, protože většina učebnic zabývajících se sexuologií (Štěrbová, Rašková a spol., 2016 podle Weiss a kol., 2010 podle Zvěřina, 2003) tento pojem nedefinuje, jelikož ho považuje za jednoznačný (Štěrbová, Rašková a spol., 2016).

Thorová ve své publikaci *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem* (2012) uvádí, že sexualita je lidskou přirozeností, které se nemůžeme zbavit a která nás provází po celý náš život. Dle ní je každý z nás sexuální bytostí bez ohledu na věk či postižení.

Se sexualitou se setkáváme prakticky všude – v rodině, ve školce a škole, v práci, na ulici, v umění, v médiích, ve sportu, v náboženství atd. (Thorová, Jůn,

2012), a i přesto je sexualita tabuizovaná více než ostatní potřeby člověka (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

V následujících odstavcích vydefinuji pojem sexualita podle Thorové, Jůna (2012) a dle Světové zdravotnické organizace.

Pod pojem sexualita nezahrnujeme pouze pohlavní styk, ale zařazujeme pod něj také znalost ženského a mužského lidského těla, lásku, emoce, romantiku, intimní vztahy, nejrůznější sexuální chování, myšlenkové procesy, chování a fyzické vlastnosti člověka, které jsou spojeny s pohlavím, erotickou láskou a přitažlivostí, rozmnožováním, genitálním sebeuspokojováním, psychickou a genitální rozkoší vyplývající z intimního sblížení (Thorová, Jůn, 2012).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) vymezuje sexualitu jako soubor tělesných, citových, rozumových i společenských znaků člověka jakožto sexuální bytosti, jenž obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k ostatním lidem a rozvíjí schopnost lásky (World Health Organization in Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Jak již z předchozích definic vyplývá, sexualita již není pouze opatřením prokreačním – rozmnožovacím, ale i rekreačním (Uzel, Mitlöchner, 2007), protože díky vědeckému pokroku můžeme v současnosti separovat reprodukční část sexuality od rekreační. Takže v dnešní době, kdy došlo k omezení reprodukční funkce pohlavního styku, získává tedy na významu i dosahování příjemných prožitků a slasti při sexu.

Dle Venglářové zahrnuje sexualita tyto čtyři složky: sexuální chování, sexuální identifikaci, sexuální orientaci a sexuální emoce (Venglářová, Eisner a kol., 2013), proto se je pokusím v následujícím textu vymezit.

### **3.1.1 Sexuální chování**

Sexuální chování je v dnešní době pojímáno jako celistvý proces navazujících motivačních stavů, které míří k volbě co nejvhodnějšího partnera se záměrem zajištění reprodukce. Do toho to procesu patří také jednání člověka, jehož cílem je prezentování vlastních předností, jež můžeme spatřit i u jiných

živočišných druhů formou naparování se, pozorování těchto projevů u potencionálních partnerů, reakce na ně a rozvoj párového sexuálního chování (Venglářová, Eisner, 2013). Toto shrnutí označujeme pojmem sexuální motivační systém (Venglářová, Eisner, 2013 podle Kolářský, 2008).

Podle Venglářové se sexuální motivační systém se skládá z následujících fází: atraktivita (vábení příslušníku opačného pohlaví), proceptivita (svádění konkrétního partnera), doteky na intimních částech těla včetně genitálu, genitální spojení, postkoitální fáze. Sexuálně motivační systém se zaměřuje na vytvoření vhodných reprodukčních dvojic (Venglářová, Eisner, 2013).

Ovšem některé formy sexuálního chování mohou mít individuální charakter, jako např. masturbace. (Uzel, Mitlöchner, 2007) Lidé s handicapem mnohdy nemohou uskutečňovat partnerský život. Odtud také pochází předsudek, že se lidé s handicapem často a intenzivně sebeukájejí (Venglářová, Eisner, 2013).

### **3.1.2 Sexuální identifikace**

Venglářová uvádí, že sexuální identifikaci definujeme jako pocit příslušnosti k ženskému nebo mužskému pohlaví. Sexuální identifikace je silně biologicky podmíněna, konečné formování se však uskutečňuje v interakci s prostředím. Psychoanalytické teorie upozorňují na raný vývoj dítěte a možnost ztotožnění se s rodičem stejného pohlaví. Jestliže vztah rodičů dobře funguje, dítě postupně získává jistotu ve své roli muže či ženy (Venglářová, Eisner, 2013).

Nejzásadnější poruchou sexuální identity je transsexualita, zcela obrácená psychická identita ve vztahu k biologickému pohlaví. Dalšími formami rozdílné sexuální identity jsou například transvestitismus, porucha pohlavní identity v dětství, subklinické formy odlišné pohlavní identity, někdy se souhrnně označují pojmem transgenderismus. Všechny projevy neheterosexuální identity (gay, lesbické, bisexuální, transgenderické) se nazývají pojmem queer (Štěrbová, Rašková a kol., 2016).

Venglářová uvádí, že proces sexuální identifikace je v rodinách s postiženým či nemocným dítětem narušen, jelikož je přizpůsobován sníženým

schopnostem dítěte a mnohdy ještě více obavami rodičů. Rozdílná zkušenost dítěte s handicapem nebo onemocněním se potom projektuje i do identifikace s rolí (Venglářová, Eisner, 2013).

### **3.1.3 Sexuální orientace**

Thorová a Jůn (2012) chápou pojem sexuální orientace jako méně či více profilovanou eroticko – sexuální náklonnost vůči určitému pohlaví. Sexuální styk se stejným pohlavím nemusí automaticky znamenat homosexuální nebo bisexuální orientaci. Jedinců, jež mají sexuální zkušenost se stejným pohlavím, je o mnoho více než lidí s vyhraněnou sexuální orientací.

Ve všech společnostech se převážně setkáváme většinou se zaměřením heterosexuálním, tedy se sympatiemi k osobám opačného pohlaví, v menším počtu případů se můžeme setkat se sexuální orientací homosexuální. Homosexuální orientace není v současnosti pokládána za zdravotní poruchu (Štěrbová, Rašková a kol., 2016).

### **3.1.4 Sexuální emoce**

V následujícím textu popíši sexuální emoce dle Venglářové, protože její vymezení tohoto pojmu hodnotím jako srozumitelné a s jejím tvrzením v posledním odstavci se ztotožňuji.

Podle Venglářové doprovází lidskou sexualitu sexuální emoce například sexuální vzrušivost, která může být ovlivněna postižením, nemocí nebo následnou léčbou nemoci. Orgasmus provází citové vyvrcholení, jež může vzniknout kromě koitu i nekoitálním drážděním. K sexuálnímu vzrušení a orgasmu může jedinec také dojít masturbací. Při masturbaci hrozí pouze jedno jediné riziko, a tím je zranění při nevhodném způsobu sebeukájení. Jeho příčinou bývá nedostatek vhodných erotických pomůcek a neobratnost jedince. S takto způsobeným zraněním se většinou setkáváme u lidí s hlubokou mentální retardací nebo při deviantních praktikách.

Venglářová uvádí, že sexualita, která je plná citů, výrazně zlepšuje kvalitu života člověka. Z toho důvodu je důležité umožnit všem, aby mohli uskutečňovat vztahy dle svých představ (samozřejmě tak, aby neomezovali práva ostatních lidí) (Venglářová, Eisner, 2013).

### **3.2 Rizikové sexuální chování**

Jestliže budeme hledat nějaké normy sexuálního chování, tak podle Uzla existuje jedno maximálně tolerantní kritérium, kde je za normální možné považovat každé chování, jenž lidé konají dobrovolně a bez nátlaku, nepřináší nikomu ze zúčastněných tělesnou nebo duševní újmu a nevzbuzuje veřejné pohoršení (Uzel, Mitlöhner, 2007).

V předchozím odstavci jsem vymezila, jaké sexuální chování je možné považovat za normální, ale kromě pojmu normální sexuální chování se můžeme také v literatuře, v člancích atd. setkat také s pojmy nevhodné sexuální chování (Emerson, 2008), rizika sexuality a sexuální volby (Mandzáková, 2013), rizikové sexuální chování (Jonášová, 2012).

V následujících odstavcích se budu zabývat pojmy rizikové sexuální chování a rizika sexuality a sexuální volby, protože se na ně dotazují respondenti ve výzkumné části této závěrečné práce.

Pod pojem rizikové sexuální chování je zařazován předčasný začátek pohlavního života, náhodné známosti, promiskuita, vysoká frekvence pohlavních styků, krvavé sexuální praktiky, styk bez použití preservativu (vaginální, anální a orální), prostituční chování. V širším slova smyslu se pod tento pojem zařazují i další ovlivňující faktory, například asociální chování, agresivita, užívání alkoholu a drog. (Jonášová, 2012)

Pod slovní spojení rizika sexuality a sexuální volby začleňuje Mandzáková sexuální zneužívání (osoby s mentálním postižením jako oběti i jako pachatelé), jež považuje za jeden z nejzásadnějších problémů v oblasti rizik sexuality. Dále do oblasti rizik sexuality a sexuální volby zahrnuje sexuálně přenosné nemoci, homosexualitu, (ne)naplňování sexuálních práv osob s mentálním

postižením, problematiku antikoncepce z etického hlediska, řešení otázek medikace a sterilizace u osob s mentálním postižením (Mandzánková, 2013).

### **3.3 Práce se sexualitou v rámci organizace**

V této podkapitole se budu zabývat prací se sexualitou v organizaci. Následující text bude především vycházet z publikace „Sexualita osob s postižením a znevýhodněním“ od Petra Eisnera, jehož považuji za jednoho z předních odborníků v této problematice.

Práce se sexualitou lidí s handicapem je dle Eisnera v ČR z globálního hlediska stále na začátku, i přestože některé organizace v posledních několika letech učinily významné kroky pro to, aby práce se sexualitou byla vnímána jako součást poskytovaných soc. služeb. Bohužel se jedná jen o jejich malou část.

Některé organizace mají u poskytovaných sociálních služeb stanoveno poslání pomáhat žít lidem „plnohodnotným životem“. Eisner uvádí, že se v praxi můžeme setkat s tím, že sjednocen v otázce výkladu poslání není ani tým pracovníků, jenž má službu v souladu s tímto posláním poskytovat. Každý si pod touto frází může představit jiné hodnoty. Jedna část pracovníků pak do plnohodnotného života klientů zařazuje vztahové a sexuální potřeby a druhá ne. Obdobně je rozdělena i neodborná veřejnost, jejíž mínění je ještě navíc ovlivněno mýty a předsudky o sexualitě lidí s mentálním postižením. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Nezbytnost zakotvení práce se sexualitou a vztahy je očividná. Už jenom z toho důvodu, že pokud se řeší v organizaci nějaký problém, téměř vždy souvisí se sexualitou nebo vztahy uživatelů služeb (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Než se organizace rozhodne pracovat se sexualitou klientů s mentálním postižením, měla by zvážit následující: do jaké míry se bude otázkou sexuality a vztahů svých klientů zabírat, technické a organizační podmínky, rámec poskytovaných soc. služeb a celkové poslání organizace, personální možnosti, prostředí, veřejné vnímání dané problematiky (Venglářová, Eisner a kol., 2013).



Jestliže po důsledném zvážení dospěje vedení organizace k rozhodnutí, že chce se sexualitou pracovat, mělo by postupnými kroky zajistit následující:

- sjednocení týmu v otázce sexuality lidí s handicapem,
- zjištění potenciálu pracovníků, zajištění kompetencí k výkonu práce se sexualitou,
- vymezení rámce a obsahu služeb v oblasti sexuality,
- vytvoření Protokolu sexuality na základě dobré praxe organizace,
- transparentní oznámení nabídky uživatelům a veřejnosti,
- poskytování samostatné služby či začlenění práce se sexualitou do stávajících poskytovaných služeb.

Jedná se o stále živý proces, jenž se vyvíjí a je postaven na základech dobré praxe organizace, tudíž výše uvedené kroky se mohou měnit a přizpůsobovat aktuálním potřebám uživatelů, současnému stavu organizace atp. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

### **3.4 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s mentálním postižením**

V následujícím textu se budu zabývat osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s mentálním postižením, protože tuto osu považuji za důležitou pomůcku při vymezení hranic pracovníka pro práci se sexualitou. V následujícím textu budu čerpat výhradně od Eisnera, kterého, jak již jsem zmínila v předchozí podkapitole, považuji za jednoho z předních odborníků v této oblasti.

V oblasti sexuality a vztahů je důležité, aby pracovník poskytující služby lidem s disabilitou, znal svou roli, vymezené hranice vztahu a míru svých možností a dovedností. Účinnou pomůckou pro pracovníka ve vymezení hranic při práci se sexualitou je jednoduchá osa, která rozlišuje zapojení pracovníka do práce se sexualitou. Pro použití osy ke zmapování možností týmu a vyznačení reálné pozice pracovníka na ose, je nezbytný dobrý výklad jednotlivých úseků a vytvoření bezpečné atmosféry pro pracovníky (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

### **3.4.1 Před osou – na nule**

Před osou neboli na nule se podle Eisnera nalézají ti pracovníci, jenž nevnímají práci se sexualitou osob s mentálním postižením jako součást služby a své práce.

Mohou to být například ti pracovníci, kteří nerespektují jedince s handicapem jako „pohlavní osobu“ se sexuálními potřebami a právem na jejich uspokojení (v rámci norem, zákona ...). Tito pracovníci téma sexuality ignorují a projevy sexuality eventuálně i trestají. Postoj těchto pracovníků je buď lhostejný (dělají, že „nevidí“) či negativní (nadávají, a tím vytvářejí v uživateli dojem, že je to něco špatného). Pracovníky s tímto postojem je dobré znát a jejich jednání ošetřit tak, aby nekazili práci se sexualitou ostatním spolupracovníkům.

Dále sem mohou patřit také pracovníci, kteří uznávají člověka i jeho potřeby a jejich přístup je správný, ale z osobních důvodů (náboženství, vlastní negativní zkušenost např. znásilnění) se od této tematiky distancují. Postoj těchto pracovníků by měl být respektován a jejich působení v týmu vysvětleno tak, aby jejich reakce byly srozumitelné kolegům i uživatelům. Tito pracovníci se na ose nenacházejí úplně na bodu nula, protože jejich respekt k sexuálním potřebám lidí s postižením je staví spíše k první třetině osy (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

### **3.4.2 První čtvrtina osy – respekt**

V první třetině osy se dle Eisnera pohybují všichni pracovníci, kteří uznávají člověka s disabilitou jako pohlavní osobu se sexuálními potřebami a reagují odpovídajícím způsobem na projevy spojené s těmito potřebami. Významnou roli zde hraje právě ona adekvátní reakce, která pomáhá jedincům s handicapem orientovat se nejen ve svém chování a potřebách, ale i v sociálních a eventuálně i v zákonných normách. Tento přístup pracovníků je mnohdy vnímán jako zcela normální a hodně pracovníků pracuje v tomto duchu zcela automaticky. Pracovníci nacházející se v první čtvrtině osy tvoří také atmosféru, která je potřebná k tomu, aby uživatelé cítili bezpečí a důvěru v této intimní oblasti

a mohli být beze strachu sami sebou, popřípadě mít v této oblasti i své zakázky (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

V předešlém odstavci jsem použila termín zakázka, který v následujícím textu a i ve výzkumné části této práce použiji ještě několikrát, z toho důvodu ho v následujícím odstavci vymezím.

Insoo Kim Berg definuje termín zakázka jako vztah, kdy si klient a pracovník nemusejí být ještě 100 % jisti cíli. Klient však verbálně i neverbálně dokazuje, že z jakéhokoliv důvodu dozrál do bodu, kdy je připravený začít dělat kroky nezbytné k řešení problému bez ohledu na to, zda věří či nevěří, že za problém nese odpovědnost. Klienti mohou dospět do tohoto bodu různými cestami, některými dobrými, některými ne tak docela. Sociální pracovník může poznat, že klient k němu má vztah zakázky z výpovědí typu: „Je čas vzít věci do vlastních rukou, ale já nevím, jak to sama udělat. Můžete mi pomoci?“, „Takhle už to dál nejde.“ (Berg, 2013).

V předchozím odstavci jsem vymezila termín zakázka dle Insoo Kim Berga. V následujícím textu se vrátím opět k popsání první čtvrtiny osy a konkrétně se zaměřím na zaměňování termínu tolerance a respekt při práci se sexualitou, na které se v publikaci *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* zaměřil Eisner.

Eisner upozorňuje na to, že se v této části osy často stává, že pracovníci zaměňují respekt za toleranci, tedy místo respektujícího partnerského přístupu jsou jenom tolerantní. V praxi se můžeme setkat s tím, že jsou pracovníci tolerantní pouze z postu jakési moci, nadřazenosti například povolí či nepovolí klientovi, aby masturboval. Jestliže projevy kterýchkoliv lidí nepřekračují sociální nebo zákonné normy, nemá nikdo právo, aby je restriktivním způsobem usměrňoval či se jim snažil zamezit úplně (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Mnoho lidí je zvyklých považovat toleranci za pozitivní, ale musí si uvědomit, že být tolerantní neznamená totéž jako být respektující. Mezi těmito přístupy je velký rozdíl. Pakliže se pracovník ocitne v určité situaci, kdy musí reagovat, může mu posloužit jako pomůcka položení otázky: „Jsem teď opravdu respektující, nebo pouze tolerantní?“ (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Respekt v obecné rovině patří k těm projevům sexuality, které neubližují jiným osobám (objektům, zvířatům), nenarušují sociální či zákonné normy, nenarušují hranice, jež si jako jedinci individuálně tvoříme (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

V praxi se můžeme potkat také s tím, že někteří pracovníci mají problém s respektováním například homosexuální orientace klienta, deviace... Jestliže má pracovník podezření na deviantní chování uživatele, Eisner doporučuje navštívit odborníka (sexuologa, specializovaného psychologa). Diagnostika pak pracovníkovi může pomoci porozumět sexualitě klienta a nalézt příslušné metody práce (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

V dnešní době se většina pracovníků nachází v této části osy a někdy v podstatě nevědomě pracuje se sexualitou. To může být bohužel také prostor pro děláni velmi častých chyb. Mezi nejčastější chyby při práci se sexualitou patří například to, že pracovníci povolí lidem s handicapem takové projevy sexuality, které nejsou běžně přijatelné, jen z toho důvodu, že to jsou právě lidé s postižením. Další chybou může být „podivné nastavení pravidel (norem)“, jež platí uvnitř v zařízení, ale v běžném světě ne, a dokonce by klientům mohly i uškodit, pokud by dle nich jednali (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

První čtvrtina osy je naprostým standardem, v němž by se měli nacházet všichni pracovníci v sociálních službách (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

### **3.4.3 Druhá čtvrtina osy - řešení konkrétních zakázek**

V této druhé čtvrtině osy se pohybují ti pracovníci, kteří již dokáží řešit určitou zakázku uživatele služby. Do pozice v této části osy by neměl být pracovník nucen. Tlak na pracovníka může působit z mnoha stran, např. klient, vzniklá situace, spolupracovníci, vedení organizace, rodiče klienta atd. Pracovník by se měl rozhodnout sám, zda se chce dané problematice věnovat i na úrovni, která je již nadstandardní (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Zde je nezbytné, aby na této úrovni klientovi předával informace skutečně kompetentní pracovník, který umí s jistotou a otevřeně mluvit o obsahu, je

proškolený a rozhodnut na podkladě svých vlastních hranic. Je to nutné například z toho důvodu, že pracovník klientovi předává potvrzení legitimacy sexuálních a vztahových potřeb a toho určitě nedosáhne roztřeseným hlasem, rudnutím, zakoktáváním se, šepotem atd. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Jestliže se organizace rozhodne poskytovat službu na této úrovni, je už nezbytné, aby byla práce se sexualitou ošetřena například následujícími kroky:

- pověřením vybraných kompetentních pracovníků k výkonu práce se sexualitou na této úrovni, tuto kompetenci musí mít pověřeni pracovníci pojmenovanou a uvedenou v náplni práce nebo jiném dokumentu,
- kompetence pověřených pracovníků by měla být srozumitelná celému týmu, aby mohli všichni co nejlépe kooperovat,
- zajištění vhodných pomůcek pro práci se sexualitou,
- srozumitelné prezentování organizací práce se sexualitou veřejně (web, výroční zprávy, osvětové akce...)
- vytvoření souboru funkčních pravidel pro práci se sexualitou.

Tyto informace mohou být částečně součástí etických kodexů, metodik. Pro seskupení funkčních pravidel pro práci se sexualitou do samostatné formy se používá označení Protokol sexuality (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Jelikož vstupuje pracovník s klienty do intimnějšího kontaktu, ať už pracuje se skupinou, v páru či individuálně, je nezbytné přísně dodržovat pravidla pro bezpečnost práce na této části osy (Venglářová, Eisner a kol., 2013):

**Znát vlastní hranice!** Pracovník vždy před začátkem práce s klientem vyznačí svou pozici na ose a určený limit na ose nepřekračuje. Překročit stanovené hranice na ose pracovník může až na další schůzce, pokud se mezitím ubezpečí, že zvládne obstát i náročnější zakázku (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Vyjasnit si role a hranice ve vztahu ke klientovi a k zakázce.** Důležité je, aby pracovník na začátku i na konci práce s klientem srozumitelně vysvětlil klientovi hranice jejich vztahu. Jestliže pracovník hranice vztahu jasně nevymezení,

mohl by si klient např. myslet, že pracovník je jeho milenka, partner... S klientem, který hranicím nerozumí, nebo je nerespektuje, nedoporučuje Eisner pracovat individuální formou. Informace má podle Eisnera takový klient dostávat např. skupinovou osvětou (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Zajištění bezpečného prostoru a prostředí pro práci.** Velice důležité je, aby pracovník zabezpečil pro práci s klientem prostředí, jež bude bezpečné pro dané téma a kde je nebude nikdo vyrušovat (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Podpora pracovníka.** Pracovník je vázán mlčenlivostí. Kolegy a rodiče informuje pracovník pouze na přání klienta a sděluje jenom ty informace, jež klient určí (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Zjištění slovníku daného klienta.** Při práci s klientem by měl pracovník ujišťovat, zda mu klient rozumí. Ověřit si klientův slovník může pracovník např. tím, že bude klientovy ukazovat obrázkové karty, panenky s dospělými těly a bude se klienta ptát: „Jak říkáte tady tomu místu? ... (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Názornost.** Při práci s klientem je vhodné, vzhledem k efektivitě práce, mentálnímu nebo i smyslovému postižení celkovou komunikaci, příjem a zpracování informací podporovat názornými pomůckami (obrázky, filmy...) (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Maximální možné zapojení klienta.** Jestliže je při práci s klientem aktivní pouze pracovník, klientova pozornost brzy opadne. Klient informacím, které mu budou poskytnuty ve velkém bloku, nebude rozumět a nebude ani schopen si je zapamatovat, natož je následně použít. Aby se toto nestalo, musí být klient do procesu maximálně (dle jeho schopností a dovedností) zapojen (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Používat vlastní příklady.** Významnou podporou pro navázání klientovy důvěry k pracovníkovi je použití vlastních příkladů. Klient se ale také potřebuje většinou ubezpečit o legitimitě sexuálních a vztahových potřeb a ideální pro to je i příklad, s nímž se může ztotožnit. Informace v příkladu, který pracovník uvede, by měly být obecně platné, a pokud se dostanou přes klienta ven, neměly by pracovníka ohrozit nebo zdiskreditovat. Například: „Nebojte vy nejste sám, komu

se líbí velká prsa. Mě se také líbí ženy s velkými prsy. Vždyť jsme přece chlapi. Tak je to v pořádku.“ (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Nezkoumat!** Lidé s postižením přitahují pozornost jiných lidí a mnohdy tvoří předmět zájmu, zvědavosti, zkoumání. Člověk s postižením, se kterým pracujeme, není automaticky žádným objektem pro pozorování či výzkum, ale je plnohodnotnou lidskou bytostí! (Venglářová, Eisner a kol., 2013)

**Informovaná volba!** Pracovník se sexualitou je pouze zodpovědný za srozumitelné předání informací, jestliže je to v rámci poskytované služby, ne za činy a rozhodnutí klienta. Klient nese v oblasti sexuální potřeb a vztahů zodpovědnost sám! Rozhodovat za něj nemůže ani opatrovník, protože sex a vztahy jako takové nejsou právními úkony (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

**Nevměšovat se!** Pracovník by neměl klientovi přehnaně radit, moralizovat a kontrolovat ho. Pracovník by měl být schopen sebereflexe a v určitý okamžik se zastavit a zhodnotit, zda nejedná za klienta či s ním na základě svých hodnot a norem nemanipuluje svým směrem (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

#### **3.4.4 Polovina osy - zlom**

Polovina osy vyznačuje zlom mezi prací s klientem formou sezení, povídání nebo používání pomůcek a fyzickou přítomností při samotném aktu, například při masturbaci, problémech s hygienou, používání antikoncepce atp. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Tato forma se používá například tehdy, pokud se klientovi nedaří masturbovat i přestože byl poučen pomocí všech dostupných pomůcek, viděl obrázky, zhlédl film, vyzkoušel pohyby na vibrátoru a stále se mu nedaří masturbovat, je nezbytné se podívat, jak danou věc dělá a v čem tkví problém (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Většina problémů klientů v této části osy je spojená se špatnou motorikou, takže hrozí nebezpečí zranění pohlavních orgánů a příčinou mohou být i samotné dysfunkční nebo proporcčně odlišné genitálie. Většina klientů v této části osy má

spíše fyzické či kombinované postižení, popřípadě těžké mentální postižení (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Na této úrovni osy platí pro práci s klientem velmi přísná pravidla. Na takové úrovni na klienta při aktu samozřejmě nesaháme! Pracovní se v žádném případě nikdy nestává přímým podnětem k uspokojení klienta! (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

### **3.4.5 Třetí a čtvrtá čtvrtina osy – služby**

Hranici mezi třetí a čtvrtou čtvrtinou služby vytváří služba typu asistované soulože. Jedná se o jasně pojmenovanou a definovanou službu, kdy asistent pomáhá klientům v „nastavení pozice“ pro milování, eventuálně pomáhá s kopulačními pohyby. Tato služba je sjednatelná jako jiné typy asistence a měla by být poskytována jenom v organizacích, jejichž pracovníci stojí ve všech předchozích bodech osy. V tomto bodě ovšem končí v České republice všechny možnosti napojení práce se sexualitou s lidmi s disabilitou na oblast sociálních služeb (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

V poslední části osy se nachází placená služba, která je poskytována např. v Nizozemí. Sexuální asistenci provádí proškolené sexuální asistentky (asistenti), které by se měly řídit Etickým kodexem sexuální asistence. Sexuální asistencí se v ČR zabývají organizace Rozkoš bez rizika a Freya. Jedná se o externí službu, což znamená, že ji nenabízí organizace poskytující soc. služby, ale sexuální asistentky docházejí na objednávku klienta (rodičů) do zařízení, domů ke klientovi (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Sexuální asistentky mohou také pomáhat rodičům osob s handicapem. Velkým rozdílem mezi sexuální asistentkou a pracovníkem se sexualitou je ten, že sexuální asistentka se může klientů dotýkat (obejmout, pohládit), jít do sexuální interakce na rozdíl od pracovníka se sexualitou, který tuto činnost nesmí vykonávat. V zahraničí mohou tuto činnost vykonávat např. psychologové, lékaři, terapeuti, zdravotní bratři a sestry atd. (FREYA., dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence>).



### **3.4.6 Protokol sexuality**

Protokol sexuality je souhrnným materiálem, jenž se zaměřuje na veřejné pojmenování přístupu, vymezení působnosti organizace při práci se sexualitou jejich uživatel. Dále obsahuje soubor pravidel, eventuálně metodiku, v nichž je ošetřena práce se sexualitou v organizaci. Protokol sexuality může také zahrnovat kompetenční strukturu práce se sexualitou uvnitř organizace, pojmenování kritérií pro stanovení určitých kompetencí pracovníků (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Protokol sexuality popisuje práva a povinnosti nejen pracovníků, ale i klientů, z toho důvodu je nezbytné, aby byl srozumitelný pro obě strany. Protokol sexuality by neměl být pro všechny organizace stejný, protože všechny organizace neposkytují stejné typy služeb, každá organizace má jiné zaměření, jinou skladbu klientů například protokol sexuality vytvořený v malém denním stacionáři bude nepoužitelný v pobytové službě (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Jůn v publikaci *Vztahy, intimita a sexuality lidí s mentálním postižením a autismem* uvádí příklad rozdělení protokolu sexuality: 1. tělo a zdravotní věda, 2. prostředí a soukromí klienta, 3. postoje, normy a hodnoty, jež organizace v oblasti sexuality uznává, 4. vztahy, 5. zajištění bezpečnosti, 6. možnosti vzdělávání klientů, personálu v oblasti vztahů a sexuality (Thorová, Jůn, 2012).

### **3.5 Sexuální osvěta u lidí s mentálním postižením**

Jedinec s mentálním postižením má právo na sexuální život i s povinnostmi s tím souvisejícími jako kdokoliv jiný, stejně tak má právo i na poskytnutí sexuální osvěty, jakožto na informace, jež mu pomáhají objevovat a bezpečně prožívat svou sexualitu a orientovat se v ní. Bohužel, i přesto se v dnešní době najdou lidé, jež jsou například toho názoru, že osoby s mentálním postižením nemají sexuální a vztahové potřeby, nebo lidé, kteří tvrdí, že sexuální osvěta pro lidi s mentálním postižením je nepotřebná. Přitom sexuální osvěta umožňuje spoustě lidem s mentálním postižením žít skutečně plnohodnotný život, jehož kvalitu vytváří právě vztahové nebo sexuální naplnění jedince (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Zamlčování a zkreslování potřebných informací o sexualitě člověku s mentálním postižením může mít za následek újmu na zdraví nebo na kvalitě života jedince s postižením. Ten, pokud nemá potřebné informace o sexualitě, se nedokáže v určité situaci správně orientovat, rozhodnout nebo bránit (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Na začátku této podkapitoly jsem se zaměřila na to, abych vysvětlila, proč je sexuální osvěta u lidí s mentálním postižením důležitá a jaké může mít následky její neposkytnutí. Dále se budu zabývat cíli, formami, metodickými postupy a pomůcky při poskytování osvěty a pravidly průběhu osvěty. V následujícím textu budu opět výhradně čerpat informace od Eisnera, protože s některými jeho pravidly a cíli souhlasím, jelikož jsem již měla možnost některé využít v praxi.

### **3.5.1 Cíle a formy a obsah sexuální osvěty**

Cíle sexuální osvěty mohou být různé. Sexuální osvěta nemusí být nutně zaměřena pouze na klienty s mentálním postižením, ale může být zacílena také na jejich rodiče, pracovníky, širokou veřejnost (Venglářová, Eisner a kol., 2013). V této podkapitole se budu zaměřovat na cíle sexuální osvěty poskytované lidem s mentálním postižením stejně jako Eisner, protože osoby s mentálním postižením a jejich sexualita jsou předmětem výzkumu této závěrečné práce.

Níže uvedu 10 základních cílů sexuální osvěty tak, jak je na podkladě své práce vyhodnotili Erik Bosch, Ellen Suykerbuyk (Venglářová, Eisner a kol., 2013), protože mi přijdou srozumitelné a výstižné.

Prvním cílem je zprostředkování informací. Do tohoto cíle řadíme otázky typu: „Jsem žena, nebo muž“, „Jsem heterosexuál, nebo homosexuál?“ (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Dalším cílem je posílení sebevědomí. Zde se postižený jedinec učí vymezit své hranice, pojmenovat a roztřídit své vlastní pocity, jež přicházejí při dotyku jiného člověka. „Který dotek je v pořádku a který ne?“ (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Třetím cílem je vytvoření pozitivního obrazu sebe samého. Pozitivní obraz svého vlastního těla je posílením obrazu sebe samého, tak se vytvoří sebedůvěra, jenž působí na identitu člověka. Do tohoto cíle se tedy řadí například detailnější poznávání svého těla, pozorování vlastního tělesného vývoje atp. (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Čtvrtý cíl se zabývá navazováním a udržováním vztahů. Jestliže jedinec pozná vlastní tělo, jeho pozitivní obraz a má stanoveny hranice, tak splňuje všechny předpoklady pro navazování vztahů a jejich případné udržení. Tento cíl osvěty se tedy zaměřuje na posílení sociálního chování jedince ve vztahu k intimním prožitkům a sdílení sexuality s druhým jedincem (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Pátý cíl se soustředí na zacházení s normami a hodnotami, a to z toho důvodu, že lidé s mentálním postižením nezvládají žít dle běžných norem a hodnot, jsou pro ně nesrozumitelné a špatně se v nich orientují. Pod tento cíl patří například otázka pornografie nebo sexuálního zneužívání (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Šestým cílem je citlivé zacházení s tělem vlastním a partnerovým, péče o tělo. Tento cíl se tedy zaměřuje na hygienu (menstruace, pohlavní styk, masturbace...), úpravu zevnějšku (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Sedmý cíl se zabývá prevencí, např. prevencí pohlavně přenosných nemocí, ochranou před početím a otěhotněním (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Osmým cílem je prevence sexuálního zneužívání. Lidé s mentálním postižením se často stávají oběťmi sexuálního zneužívání. Pokud jim budou poskytnuty potřebné informace z oblasti sexuality (budou umět pojmenovat své intimní zóny, uvědomit si své hranice), bude možno sexuální zneužívání lépe odhalit nebo mu úplně předejít (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Cíl devátý se zabývá prostorem pro rozmanitost. Každý člověk je jiný, žije jinak, a i sexuální život každého člověka je jiný. Někteří lidé s mentálním handicapem své „záliby“ neznají. Proto se do tohoto cíle řadí témata jako je například homosexualita, snaha o uspokojení jedinečnosti každého člověka... (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Posledním cílem sexuální osvěty je odstranění tabu a strachu. Tento cíl sexuální osvěty může napomoci v rozptýlení četných nesprávných předsudků a představ jako je např. strach z homosexuality, z orgasmu atp. Informovanost o vlastním těle a jeho potřebách a znalost těla a jeho potřeb druhého člověka od těchto strachů osvobozuje. (Vengléřová, Eisner a kol., 2013)

Výše uvedené cíle mohou vytvářet zároveň i obsah sexuální osvěty, ovšem záleží na tom, jaké znalosti a zkušenosti má jedinec jemuž osvětu poskytujeme. Jestliže budeme předpokládat, že naši klienti nemají žádné zkušenosti v této oblasti, je dobré držet se určeného konceptu, jenž obsahuje všechna podstatná témata a celý koncept s ním projít. Pakliže bude náš klient zkušený, tak by se mohl při procházení určeného konceptu v některých pasážích nudit, bojkotovat je. Z toho důvodu je dobré zjistit klientovu vzdělanost v této oblasti předem a připravit si jenom ta témata, jež odpovídají jeho zakázce. V případě zjištění absence některých informací nebo dovedností lze obsah dále rozšířit (Vengléřová, Eisner a kol., 2013).

Tak, jak jsem na začátku této podkapitoly zmínila, že mohou být rozličné cíle sexuální osvěty, tak jsou rozmanité i její formy. Výběr formy, jíž chceme poskytnout sexuální osvětu, by měl především záležet na potřebách a schopnostech konkrétních klientů. Forma, kterou poskytneme sexuální osvětu klientům, se odvíjí také od aktuálních možností pracovníků a organizace, od vybavenosti pomůckami (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Sexuální osvětu můžeme poskytovat jednotlivci, páru nebo skupině (na jednoho pracovníka ideálně 6 klientů). Může ji poskytovat jeden či dva pracovníci (ideálně 10 klientů) (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Časové naplánování osvět by se mělo odvíjet od aktuální schopnosti soustředěnosti jejich účastníků. Jedna výuková hodina proložená přestávkami a aktivitami by měla trvat maximálně 90 minut. Nejideálnější doba trvání jedné výukové hodiny je dle Eisnera 50 minut. Dále Eisner doporučuje rozestup jednoho týdne mezi jednotlivými hodinami. Týden je vhodná doba na zpracování tématu z minulé hodiny. Při delším intervalu hrozí riziko zapomenutí původní látky. Jestliže osvěta probíhá ve velkém bloku (víkendová akce), je nezbytné ji proložit

přestávkami na odpočinek a program pojmu spíše interaktivně (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

### 3.5.2 Metodické postupy a pomůcky

Metodických postupů pro oblast sexuální osvěty existuje celá řada a ve většině případů se vztahují k používání konkrétní pomůcky. Některé z daných postupů se dají označit za obecně platné a použitelné ve většině situací vznikajících při osvětě (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Základními pravidly jsou:

- do osvěty není nikdo nucen násilím,
- jasné vymezení rolí jednotlivých účastníků a pracovníka,
- zajištění klidného, bezpečného prostředí (prostoru) pro konání osvěty,
- zjištění úrovně vědomostí v oblasti sexuality jednotlivých účastníků a sladění slovníku,
- použití sebe sama jako vzoru,
- maximální možná názornost,
- maximální možné zapojení klienta,
- určení času začátku a konce každé hodiny,
- mlčenlivost, diskrétnost, adresné informace zůstanou ve skupině,
- respektování hranic každého klienta, nemusí říkat nebo dělat nic, co sám nechce,
- respektování odlišných názorů a prostor pro jejich vyjádření,
- jestliže je téma obtížné a vyvolává emoce, klient dá vědět a může odejít, pokud chce (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Kromě metodických postupů sexuální osvěty máme také celou řadu pomůcek pro práci se sexualitou. V České republice jsou v současnosti dostupné obrazové publikace (karty, grafické listy), filmy na DVD, speciální panenky, běžně dostupné zboží (kondomy, vibrátory, hygienické potřeby...) (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Jednou z nejčastějších metod použití pomůcek je například Pexeso Sex a vztahy, které vytvořila organizace SKOK do života, o.p.s. z Hradce Králové (Venglářová, Eisner a kol., 2013).

S touto pomůckou jsem se setkala již několikrát v praxi, z toho důvodu jsem jí také zvolila pro účely této bakalářské práce.

Nejprve popíši, jak pomůcka vypadá a následně představím nejčastější techniku jejího použití.

Pexeso Sex a vztahy jsou jednotlivé kartičky s kresbami, které zachycují následující fáze vztahu. Například: poznali jsme se, zamilovali jsme se, držíme se za ruku, objímáme, líbám se atd. S těmi to kartičkami se nejčastěji pracuje tak, že se klienti seznámí s jednotlivými kartičkami a pak je mohou uspořádat dle míry intimity jednotlivých projevů. Pracovník a klienti se soustředí na to, jaké projevy patří na veřejnost, jaké do soukromí, jak říci partnerovi, co se mi líbí a co už ne. Klienti mohou také vytvořit své vlastní řady, do kterých mohou a nemusí zahrnovat všechny kartičky. Hlavním tématem je zde cesta k pohlavnímu styku, ne sex samotný (Venglářová, Eisner, 2013).

## **Shrnutí**

V této kapitole jsem vymezila pojem sexualita a složky, jež zahrnuje: sexuální emoce, sexuální chování, sexuální identifikace, sexuální orientace (Venglářová, Eisner, 2013). Dále jsem vydefinovala pojem sexuální rizikové chování a zabývala jsem se prací se sexualitou v organizaci, kde jsem popsala osu zapojení pracovníka do práce se sexualitou. V závěru této kapitoly jsem se zmínila o sexuální osvětě u lidí s mentálním postižením.

## *Metodická část*

### **4 Metodologické zakotvení výzkumných aktivit**

V této kapitole se budu zabývat transformací dílčích cílů do tazatelských otázek pomocí transformační tabulky. Dále vymezím kvalitativní výzkumnou strategii a budu se zabývat technikou polostrukturovaného rozhovoru. Následně popíši soubor informantů a průběh rozhovorů a na konci této kapitoly budu reflektovat možná rizika výzkumu.

#### **4.1 Hlavní cíl a dílčí cíle**

**Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak vnímají téma sexuality klientů chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci.**

Hlavní cíl dále člením do třech dílčích cílů:

**DC1: Zjistit, co si sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách představují pod pojem sexualita osob s mentálním postižením a jaký význam přiřkládají sexualitě a partnerským vztahům osob s mentálním postižením.**

V tomto dílčím cíli chci zjistit, proč se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách rozhodli pracovat s cílovou skupinou osob s mentálním postižením. Dále bych také chtěla v tomto dílčím cíli zjistit jejich znalost pojmu sexualita osob s mentálním postižením a také to, jak téma sexuality a partnerských vztahů u svých klientů vnímají, jak je dle nich důležité.

**DC2: Zjistit, jaké zakázky sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s klienty s mentálním postižením nejčastěji řeší v oblasti sexuality a partnerských vztahů v sociální službě chráněné bydlení a jaké z nich dle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vyplývají potřeby klientů.**

V DC2 budu zjišťovat, jaké zakázky v oblasti sexuality a partnerských vztahů sociální pracovníci, popřípadě pracovníci v sociálních službách, nejčastěji s klienty řeší a jaké z nich dle pracovníků vyplývají potřeby klientů. Dále zde budu také zjišťovat, jak vnímají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách téma rizikového sexuálního chování u osob s mentálním postižením.

**DC3: Zjistit, zda mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách podvědomí o tom, v kterých dokumentech naleznou pravidla pro práci se sexualitou.**

V tomto dílčím cíli budu zjišťovat, jak by se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách zachovali, kdyby je klient požádal v oblasti sexuality a partnerských vztahů o radu, a v kterých dokumentech organizace by popřípadě našli pravidla, metody pro práci se sexualitou. Dále se v tomto dílčím cíli zaměřím na to, co si sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách myslí o nastavených pravidlech a metodách pro práci se sexualitou v organizaci, kde pracují, a zda se dle jejich zkušeností a názorů dají aplikovat do praxe, případně jak dle nich pracují.



**Tabulka 1 – transformace dílčích cílů**

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Výzkumné otázky	
Zjistit, jak vnímají téma sexuality klientů chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci.	DC1: Zjistit, co si sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách představují pod pojem sexualita osob s mentálním postižením a jaký význam přiřkládají sexualitě a partnerským vztahům osob s mentálním postižením.	TO1: Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodla pracovat s osobami s mentálním postižením?	
		TO2: Co si představujete pod pojmem sexualita osob s mentálním postižením?	
		TO3: Jaký význam má a jak důležitý dle Vás je sex a partnerství osob s mentálním postižením?	
	DC2: Zjistit, jaké zakázky sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s klienty s mentálním postižením nejčastěji řeší v oblasti sexuality a partnerských vztahů v sociální službě chráněné bydlení a jaké z nich dle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vyplývají potřeby klientů.		TO4: S jakými zakázkami se v oblasti sexuality a partnerských vztahů s klienty s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení setkáváte nejčastěji?
			TO5: Jaké dle Vás vyplývají nejčastěji potřeby klientů s mentálním postižením ze zakázek v oblasti sexuality a partnerských vztahů?
			TO6: Jaký názor máte na téma rizikové chování u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů?
	DC3: Zjistit, jaké mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách povědomí o tom, v kterých dokumentech naleznou		TO7: Jak byste se zachovala, pokud by Vás klient požádal o radu v oblasti sexuality a partnerských vztahů? A kde byste našla(a) metody, pravidla pro práci v této

	pravidla pro práci se sexualitou.	oblasti?
		TO8: Jak se dají aplikovat zakotvené metody a pravidla pro práci se sexualitou a partnerskými vztahy v dokumentech organizace, v níž pracujete do praxe?
		TO9: Jak jsou dle Vašeho názoru tyto pravidla nastavena?
		TO10: Jak pracujete podle těchto metod a pravidel?

Zdroj: vlastní

## 4.2 Kvalitativní výzkumná strategie, metoda polostrukturovaného rozhovoru

V metodické části mé bakalářské práce jsem si po důkladném zvážení výhod a nevýhod kvalitativního a kvantitativního výzkumu vybrala jako výzkumnou strategii kvalitativní výzkum, protože jeho hlavní výhodou je, že proniká více do hloubky a získává tak detailní popis jedince (Hendl, 2016).

Dále v této podkapitole vydefinuji kvalitativní výzkum, zaměřím se na jeho výhody a nevýhody a následně popíši techniku polostrukturovaného rozhovoru a zdůvodním jeho výběr.

Z počátku vývoje kvalitativního výzkumu, ho pojímali někteří metodologové pouze jako doplněk obvyklých kvantitativních výzkumných strategií, ostatní jako protipól či vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech vystavěné vědě. Postupem času však získala kvalitativní výzkumná strategie v sociálních vědách rovnocenné postavení s jinými formami výzkumu (Hendl, 2016).

Creswell definuje kvalitativní výzkum následovně. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří

*komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Hendl, 2017, 46 s., in Creswell, 1998, 12 s.).

Na začátku této kapitoly jsem uvedla jednu z výhod kvalitativního výzkumu jako důvod mé volby této výzkumné strategie. V následujícím textu uvedu další výhody kvalitativního výzkumu dle Hendla (2016) a zmíním také i jeho negativní stránky.

Další výhody kvalitativního výzkumu jsou:

- zkoumání jevu v jeho přirozeném prostředí,
- umožnění studovat procesy a navrhovat teorie,
- hledání lokální příčinné souvislosti,
- reakce na místní situace a podmínky,
- pomoc při počátečním výzkumu fenoménu
- pružný typ výzkumu (například možnost doplňování a modifikování otázek v průběhu výzkumu...)
- celá řada postupů pro zjištění hodnověrnosti svých výsledků.

Nevýhody kvalitativního výzkumu jsou:

- jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů,
- z důvodu pružného a nestrukturovaného charakteru ho lze těžko replikovat,
- z důvodu nízkého počtu jedinců a obvykle na jednom místě, vznikají problémy se zobecňováním výsledků,
- neprůhlednost, malá transparentnost
- výsledky jsou snáze ovlivnitelnější výzkumníkem a jeho osobními preferencemi
- jeho časová náročnost
- obtížnější testování hypotéz a jeho teorie
- je těžké provádět kvantitativní předpovědi, odhady (predikce) (Hendl, 2016).

Dle Hendla (2016) jsou výhrady ke kvalitativního výzkumu vyváženy jeho ostatními vlastnostmi.

Jednou z technik kvalitativní výzkumné strategie je polostrukturovaný rozhovor (Miovský, 2006), který jsem zvolila jako nejvhodnější techniku sběru dat. Umožňuje pokládat otázky v různém pořadí (u každého informanta jiném) například dle vyplývající situace při rozhovoru. Dále jsem tuto metodu sběru dat preferovala před ostatními z toho důvodu, že nemusím mít doslovně stanovené otázky, kterých se budu striktně držet a mohu i pokládat doplňující otázky, abych si například ověřila, že jsem správně pochopila myšlenku informanta (Miovský, 2006).

Miovský (2006) uvádí, že metoda polostrukturovaného rozhovoru je náročnější na technickou přípravu než nestrukturovaný rozhovor. Má příprava pro následnou realizaci polostrukturovaného rozhovoru vypadala následovně. Nejprve jsem si stanovila hlavní cíl bakalářské práce a tři dílčí cíle. Tři dílčí cíle jsem následně transformovala do 2 až 4 základní otázek pro každý dílčí cíl. Tři stanovené dílčí cíle a tazatelské body jsem využila při polostrukturovaném rozhovoru jako schéma, kterého jsem se držela a dle plynutí rozhovoru ho případně rozšiřovala o doplňující otázky. Tazatelské otázky jsem informantům pokládala flexibilně dle nastalých situací při rozhovoru.

### **4.3 Výběr souboru informantů**

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila za soubor informantů sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří pracují v sociální službě chráněné bydlení ve dvou organizacích nacházejících se ve Středočeském kraji. Pro výběr informantů jsem použila záměrný účelový výběr. První podmínkou pro záměrný účelový výběr informantů byla jejich ochota vést se mnou rozhovor na dané téma. Dalším kritériem byla délka praxe minimálně 6 měsíců. Z každé ze dvou uvedených organizací jsem vybrala 5 zaměstnanců. Celkem jsem tedy uskutečnila rozhovory s 10 informanty ve věkovém rozmezí 25- 60 let, z nichž 4 byli sociální pracovníci a 6 z nich pak bylo zaměstnáno na pozici pracovníka v sociálních službách.

#### 4.4 Průběh výzkumných aktivit

Výzkumné aktivity jsem započala tím, že jsem si v dubnu 2017 stanovila hlavní cíl, dílčí cíle a formulovala otázky pro polostrukturovaný rozhovor. Následně jsem osobně oslovila zaměstnance (sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách) chráněného bydlení ve dvou organizacích, nacházejících se ve Středočeském kraji, zda by se účastnili výzkumu k mé bakalářské práci. Pečlivě jsem jim vysvětlila, jakým tématem se moje bakalářská práce zabývá a jaký je její hlavní cíl a dílčí cíle, jak bude výzkum probíhat. Když souhlasili informanti s účastí v mém výzkumu, domluvila jsem si s nimi termíny uskutečnění rozhovorů. Rozhovory jsem realizovala v prosinci 2017 a v lednu 2018.

Rozhovory probíhaly na základě smluvených schůzek na pracovišti informantů v místnostech, kde jsme měli zajištěno soukromí a klid na rozhovor. Jestliže informanti souhlasili, nahrávala jsem si rozhovor na mobilní telefon, pokud ne, tak jsem si celý rozhovor detailně zapisovala na papír. Před začátkem rozhovoru jsem informanty ujistila, že rozhovor je z důvodu citlivosti tématu anonymní, tedy že v mé bakalářské práci nikde nebude uvedeno jejich jméno. Rozhovory probíhaly v různé délce, nejkratší rozhovor trval 45 minut a nejdelší 1 hodinu a 30 minut. Někteří informanti odpovídali velice stručně, takže jsem se jich více doptávala, ostatní informanti byli velice hovorní.

Po proběhnutí posledního rozhovoru jsem začala s jejich doslovnou transkripcí. Rozhovory jsem přepisovala v lednu a v únoru 2018. Všechny přepisy rozhovorů a poznámky, které jsem si v průběhu rozhovoru zaznamenávala, jsou uschovány v mém osobním archivu. Jeden přepis rozhovoru je přílohou této bakalářské práce. Rozhovory označuji písmenem I (informant) čísly 1–10 a písmenem A nebo B dle toho, v jaké ze dvou organizací příslušný informant pracuje například I1A (informant 1, organizace A) nebo I3B (informant 3, organizace B).

## 4.5 Rizika výzkumu

Za jedno z hlavních rizik výzkumu považuji to, že výzkum realizuji poprvé, tudíž můžu z důvodu malých, ba žádných zkušeností se více dopouštět chyb. Toto riziko jsem se pokusila minimalizovat nastudováním příslušné odborné literatury.

Za další riziko výzkumu považuji z etického hlediska samotný výběr tématu a hlavní cíl, protože se jedná o téma velice citlivé a mohlo by dokonce zasahovat i do soukromí informantů, tudíž by byli informanti nervózní, čímž by mohlo dojít ke zkreslení dat. Z toho důvodu jsem informanty dopředu informovala o tom, jak bude rozhovor probíhat a před začátkem rozhovoru jsem se ještě ujistila, zda ho chtějí opravdu dobrovolně absolvovat.

Dalším rizikem, které reflektuji je, že by informanti mohli zamlčet některé informace ze strachu na reakci jejich zaměstnavatele. Konkrétně se obávají toho, že by se jejich zaměstnavatel mohl z výsledků této práce dočíst, jaké mají názory a postoje na sexualitu klientů a na základě toho by jim mohl například snížit osobní ohodnocení. Informanty jsem před začátkem rozhovoru několikrát ujistila, že je rozhovor anonymní.

## Shrnutí

Na začátku této kapitoly jsem se zabývala dílčími cíli, jejich specifikací a transformací do tazatelských otázek. Následně jsem vymezila pojem kvalitativní výzkumná strategie, zdůvodnila jsem její výběr a zaměřila jsem se na výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu. Dále jsem také zdůvodnila výběr metody sběru dat polostrukturovaného rozhovoru a zmínila jsem se o tom, jak probíhala moje příprava polostrukturovaného rozhovoru před jeho realizací. Poté jsem charakterizovala zvolený soubor informantů pro výzkum této bakalářské práce a popsala průběh rozhovorů s informanty. Na konci této kapitoly jsem reflektovala možná rizika výzkumu.

## *Výzkumná část*

### **5 Interpretace získaných informací**

V této kapitole se pokusím o interpretaci získaných informací ve výzkumném šetření. Získané informace budu interpretovat postupně v návaznosti na dílčí cíle a na závěr každé interpretace uvedu shrnutí.

V následujícím textu budu uvádět i doslovné citace informantů, jež budou psané kurzívou a vyznačené uvozovkami. Jednotliví informanti budou označeni písmenem I (informant), číslem 1- 10, a písmenem A či B, dle organizace, v níž pracují. Označení bude vypadat například takhle I3B (informant 3 z organizace B).

#### **5.1 DC1: Zjistit, co si sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách představují pod pojem sexualita osob s mentálním postižením a jaký význam přiřkládají sexualitě a partnerským vztahům osob s mentálním postižením.**

Cílem tohoto dílčího cíle bylo zjistit, jakou představu mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách o pojmu sexualita lidí s mentálním postižením a jaký význam přiřkládají sexualitě a partnerství osob s mentálním postižením. Také jsem se ptala, z jakého důvodu se rozhodli pracovat právě s osobami s mentálním handicapem.

Jako úvodní otázku jsem vždy pro navození příjemné atmosféry pokládala následující otázku: Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodla pracovat s osobami s mentálním postižením? Tuto otázku jsem pokládala také z toho důvodu, že jsem se chtěla dozvědět, jaké vzdělání informanti mají a jestli už na jeho základě, například středoškolského, o sexualitě něco vědí, či ne.

Většině informantů byla práce s osobami s mentálním postižením nabídnuta či se k ní dostali náhodně. Například jeden z dotazovaných odpověděl následovně I8: *„No v první řadě mi to bylo nabídnuté, protože jsem si udělala tuhle tu školu*

*a bylo mi to nabídnutý na pracáku a něco na internetu.“ „Touhle tou školou“* myslel informant IK8 kurz pracovníka v sociálních službách. Jedna z informantek zvolila práci s mentálně postiženými jedinci jako druhou alternativu, protože nemohla pracovat s dětmi a práce s lidmi s mentálním postižením na chráněném bydlení jí přišla podobná, ale mentálně postižené osoby za děti nepovažuje. Ostatní informanti buď potřebovali změnit cílovou skupinu klientů, u nichž původně pracovali, nebo už věděli od dětství, že chtějí pracovat s mentálně postiženými lidmi, či se rozhodli pracovat s mentálně postiženými lidmi během vysokoškolské praxe. Například jeden z dotazovaných IC9 zareagoval na položenou otázku následovně: *„Změna. Já jsem dlouho pracovala u lidí bez domova a už jsem cítila, že potřebuji změnu. Vyzkoušet něco nového. Tak jsem se přihlásila sem na výběrové řízení a jsem tu.“*

Ze získaných informací jsem se také dozvěděla, že většina sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vnímá, představuje si pod pojmem sexualita osob s mentálním postižením sexualitu podobnou jako u běžné populace. Z toho vyplývá, že pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci mají jasnou představu o pojmu sexualita osob s mentálním postižením.

Od jedné z informantek z organizace B jsem se dozvěděla, že klienti chráněného bydlení téma sexuality zajímá, a dokonce ho vyžadují. Informantka také navrhl, že by se tento požadavek klientů dal řešit tím, že by se v organizaci zavedla sexuologická poradna.

Pouze jedna z informantek nevěděla, co si pod tím to pojmem představit, a po delším zamyšlení se pokusila popsat pojem sexualita. I5A: *„Mh. Tak co to podle mě znamená. Sexualita je něco, co máme... Já vlastně ani nevím, co to přesně je ta sexualita jako taková. Já nevím, jak bych ji charakterizovala přesně. Je to nějaký ukojení potřeb na základě nějaký přitažlivosti, tužeb, touhy a samozřejmě každý je má jiný.“* Po mnou položené doplňující otázce: Co byste pod tento pojem sexualita osob s mentální postižením zařadila? Odpověděla IC5: *„Zahrnula bych tam třeba sexuální orientaci a dál už nevím.“*

Na základě získaných informací jsem se dozvěděla, že někteří informanti schvalují sexuální asistenci.



Dále jsem také zjistila, že dle sociálních pracovníků a pracovníků je význam sexuality a partnerství u každého klienta s mentálním postižením individuální, ale že sexualitu u svých klientů rozhodně jako důležitou vnímají. Partnerství podle nich jako takové význam nemá. Klienti jsou ve vztahu (partnerství) pouze z toho důvodu, že to vidí u běžné populace. Někteří informanti pak také upozornili na to, že sex je pro lidi s mentálním postižením, kteří jsou agresivnější důležitý, protože když uspokojí svou sexuální potřebu, tak se zklidní, uvolní. I10A: *„Tak partnerství oni chtějí jenom proto, protože to vidí u nás u zdravých lidí, jinak to pro ně moc velkej význam nemá. Ale ta sexualita je rozhodně pro ně důležitá, už jenom třeba protože, když jsou někteří klienti agresivní, tak se po tom zklidní.“*

## **Shrnutí**

Z informací získaných při výzkumu vyplynulo, že informanti začali u osob s mentálním postižením pracovat z důvodů, že jim to bylo nabídnuto nebo se dostali k této práci čistě náhodou, rozhodli se tak na základě vysokoškolské praxe, potřebovali změnu cílové skupiny či si zvolili tuto cílovou skupinu jako alternativu toho, že nemají vzdělání pro práci s dětmi.

Na základě informací získaných při výzkumu usuzují, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách mají jasnou představu o pojmech sexualita osob s mentálním postižením a sexuální asistence. Pod pojem sexualita osob s mentálním postižením si informanti představují sexualitu podobnou jako u běžné populace.

Dále jsem také došla k závěru, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají sexualitu svých klientů jako důležitou, ale zároveň upozorňují nato, že význam sexuality a partnerství u každého klienta s mentálním postižením je individuální. Sexualitu klientů považují za důležitou, protože když se klienti uspokojí, posléze dojde k jejich zklidnění a uvolnění. Informanti uvádějí, že partnerství podle nich jako takové význam nemá, protože klienti jsou ve vztahu (partnerství) pouze, protože to vidí u běžné populace.

## **5.2 DC2: Zjistit, jaké zakázky sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s klienty s mentálním postižením nejčastěji řeší v oblasti sexuality a partnerských vztahů v sociální službě chráněné bydlení a jaké z nich dle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vyplývají potřeby klientů?**

V tomto dílčím cíli bych chtěla zjistit, s jakými zakázkami v oblasti sexuality a partnerských vztahů nejčastěji přicházejí klienti s mentálním postižením za sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a jaké z nich vyplývají potřeby klientů pro tuto oblast. Dále bych se také v tomto dílčím cíli chtěla dozvědět, jaký názor mají informanti na rizikové sexuální chování osob s mentálním postižením.

Základní sadou otázek vztahující se k tomuto dílčímu cíli tvořily tyto: „S jakými zakázkami se v oblasti sexuality a partnerských vztahů s klienty s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení setkáváte nejčastěji?“, „Jaké dle Vás vyplývají nejčastější potřeby klientů s mentálním postižením ze zakázek v oblasti sexuality a partnerských vztahů?“, „Jaký názor máte na rizikové chování u osob s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů?“

Z výzkumného šetření vyplynulo, že se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se setkávají u lidí s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů nejčastěji se zakázkami, které vedou k uspokojení sexuálních potřeb klientů, např. „Chci naučit masturbovat.“ a se zakázkami z oblasti mezilidských vztahů, např. „Jak vyjít s druhým?“, „Chci si někoho najít. Co pro to mám udělat?“

Někteří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se se zakázkami tohoto typu u lidí s mentálním postižením nesetkali vůbec. Jako důvod, proč se nesetkávají s tímto typem zakázek, spatřují informanti například to, že mají v organizaci sexuální poradkyni anebo to, že je mají klienti spojené spíše s administrativní činností. I4B: *„Já si myslím, že já jsem pro ty uživatele tady jakoby třeba hodně spojená spíše jakoby s těma administrativníma záležitostmi a přeci jenom oni asi v týdle souvislosti choděj za pracovníkama, který jsou jim*

*prostě nejbliž, to znamená klíčákama, s lidma, se kterejma vlastně jsou každý den, který jim pomáhaj opravdu v těch jejich i intimních prostě oblastech...“*

Na otázku „Jaké dle Vás vyplývají nejčastěji potřeby klientů s mentálním postižením ze zakázek v oblasti sexuality a partnerských vztahů?“ reagovali informanti okamžitě. Hned po položení otázky velká část informantů odpověděla, že ze zakázek klientů s mentálním postižením v oblasti sexuality a partnerských vztahů nejčastěji vyplývá potřeba soukromí. Někteří informanti potřebu soukromí v závěsu doplnili o potřebu osvěty, sexuální asistence, potřebu, aby klienti byli bráni svými rodiči jako dospělí lidé, potřebu blízkého člověka, potřebu být přijat, potřebu vybití, uvolnění, uspokojení.

Na základě výsledků výzkumu jsem došla k závěru, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách si myslí, že sexuální rizikové chování osob s mentálním handicapem zapříčiňuje neinformovanost nebo to, že nerozumí své sexualitě (tomu, co cítí).

Jedna z informantek uvedla, že klienti s mentálním postižením mohou být o rizikovém sexuálním chování poučeni, ale to, jak se pak klient zachová už je na něm. Informanti si pod pojmem rizikové sexuální chování představují například sex bez ochrany, promiskuitu, pedofilii, agresivitu, zneužívání. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se v praxi nejčastěji setkali s rizikovým sexuálním chováním u osob s mentálním postižením v podobě promiskuity, nechráněného pohlavního styku, se sex. zneužíváním, s velkou důvěřivostí klientů k neznámým lidem, s pedofilii.

*IB3: „... Setkal jsem se s rizikovým chováním u jednoho našeho uživatele, který dokonce měl diagnostikovanou pedofilii, ten pán už je po smrti, samozřejmě nebudu říkat jméno. Nicméně ten člověk byl samozřejmě léčený a bylo zajímavý, že přesto, že měl mentální handicap a byl zbavenej způsobilosti k právním úkonům celkem jako značně, tak si tuhle tu svojí komplikaci v tom životě velice dobře uvědomoval a byl ji schopnej dokonce nějakým způsobem detekovat, tak že byl schopnej říct ted', ted' si potřebuju vzít prášek, takže jsem se s tím setkal, ale tady ten člověk to dokázal konkrétně zcela jasně definovat a nesetkal jsem se s tím, že by tam vzniklo nějaký rizikový chování jenom, že by to přehnal. ...“*

## Shrnutí

Na základě výsledků výzkumu jsem zjistila, že informanti, za nimiž přicházejí lidé s mentálním postižením se zakázkami z oblasti sexuality a partnerských vztahů, nejčastěji v této oblasti řeší zakázky, jež vedou k uspokojení sexuálních potřeb klientů a se zakázky z oblasti mezilidských vztahů např. „Chci naučit masturbovat.“ a „Jak vyjít s druhým?“

Dále jsem také zjistila, že nejčastějšími potřebami lidí s mentálním postižením vyplývající ze zakázek v oblasti sexuality a partnerských vztahů jsou dle informantů především potřeba soukromí, dále pak potřeba osvěty, sexuální asistence, potřeba blízké osoby, potřeba někam patřit, potřeba, že mě má někdo rád, potřeba doteků, potřeba být považován za dospělého jedince hlavně svými rodiči, potřeba vybití, uvolnění a uspokojení.

Dále jsem se také dozvěděla, že informanti považují za příčinu sexuálního rizikového chování osob s mentálním handicapem neinformovanost nebo to, že nerozumí své sexualitě (tomu co cítí). Informanti si pod pojmem rizikové sexuální chování představují například sex bez ochrany, promiskuitu, pedofilii, agresivitu, zneužívání. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se nejčastěji v praxi setkali s rizikovým sexuálním chováním u klientů s mentálním handicapem v podobě promiskuity, nechráněného pohlavního styku, se sexuálním zneužíváním, s velkou důvěřivostí klientů k neznámým lidem, s pedofilií.

### **5.3 DC3: Zjistit, zda mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách podvědomí o tom, v kterých dokumentech naleznou pravidla pro práci se sexualitou?**

V tomto dílčím cíli jsem chtěla zjistit, jak by se pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci zachovali, kdyby je klient požádal o radu. Dále jsem se zde zaměřila na pravidla a metodiky práce se sexualitou v organizaci, konkrétně např. na to, jak se dle informantů dají aplikovat do praxe, jak jsou nastavena atd.

Většina sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách by klientovi poradila, kdyby je požádal o radu v oblasti sexuality a partnerských

vztahů a bylo by to v jejich silách nebo by klienta odkázala na sexuální poradkyni, pokud v organizaci pracuje či na jiné odborníky (sexuolog, odborník zabývající se sexualitou klientů s MP). Informanti by se snažili klientovi poradit formou obrázků, videí...

Jeden informant sexualitu klientů respektuje, ale neporadil by klientovi, odkázal by ho také za sexuální poradkyní. IA10: *„Ne, neporadila. Od toho tu máme sexuální poradkyni a jsem ráda, že ji tu máme. Já ji obdivuji a důvěřuji jí. Já bych tohle vůbec nemohla dělat. Poslala bych klienta za ní. A metody budou taky u ní asi. Já bych to fakt dělat nemohla.“* Pokud se zaměříme na osu zapojení pracovníka do práce se sexualitou, o níž se zmiňuji v teoretické části práce, tak zjistíme, že z toho to výroku vyplývá, že informantka se nachází na ose zapojení pracovníka do práce se sexualitou „Před osou“ spíše k „První třetině osy“, protože sexualitu klientů respektuje, ale práci s ní odmítá z osobních důvodů a přenechává ji své kolegyni, jíž důvěřuje.

V odpovědích na otázku: „Jak se dají aplikovat zakotvené metody a pravidla pro práci se sexualitou a partnerskými vztahy v dokumentech organizace, v níž pracujete, do praxe?“ se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, rozdělují na dvě části.

První část informantů si myslí, že pravidla organizace pro práci se sexualitou nefungují. Jako důvody uvedli např. to, že žádná pravidla nastavena v organizaci nejsou, že klient či klíčový pracovník nemusejí pravidla dodržovat, protože konzultace sexuality jsou soukromé a pokud klient chce, tak nemusí sex. poradce informovat klíčového pracovníka a klient to může sdělit klíčovému pracovníkovi sám, ale může si informace upravit po svém. I8B: *„Nejsou je to nedostatečný. Žádný nejsou a ty uživatelé to vyžadují ty informace.“*

Druhá část sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách uvedla, že se pravidla pro práci se sexualitou do praxe dají aplikovat dobře. Někteří informanti také ještě uvedli, že nastavené metody a pravidla organizace pro práci se sexualitou dodržují, ale už nejsou schopni zaručit, že je budou dodržovat i klienti. Jako důvod, proč si myslí, že se pravidla a metody nastavené organizací dají aplikovat do praxe, dobře uvedli např. to, že klienti jsou informovaní v této oblasti, chodí rádi na konzultace s klíčovou pracovnící. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách uvedli, že pracují na

chráněném bydlení s klienty se sexualitou i v rámci individuálního plánování.

I9A: „*Určitě to funguje, protože klienti navštěvují sexuální důvěrnici rádi.*“

Na otázku „Jak jsou dle Vašeho názoru tato pravidla nastavena?“ odpovídali informanti velice stručně. Osm informantů je toho názoru, že pravidla pro práci se sexualitou v organizaci jsou nastavena dobře, že fungují. Jako důvod, proč si myslí, že pravidla fungují, uváděli funkčnost spolupráce se sexuální poradkyní, dobrou informovanost klientů v oblasti sexuality a partnerských vztahů, to, že problémy v oblasti sexuality a partnerských vztahů v organizaci nejsou, nebo o nich neví. I3B: „*No, protože v podstatě o tomhle tom problému nevím a vím, že tady ty partnerský vztahy fungují, tak si myslím, že jsou nastavena skutečně kvalitně, protože tady ty problémy nejsou, aspoň nevím o těch problémech.*“

Jeden z informantů uvedl, že nemůže odpovědět, protože s touto problematikou nepřijde do styku. Pouze z doslechu se dozvídá, o tom, zda jsou pravidla pro práci se sexualitou dostatečná či ne a obává se toho, že někdy jsou tyto informace subjektivní. Informant I8B uvedl, že pravidla v organizaci pro práci se sexualitou jsou absolutně nedostatečná.“

Poslední otázka vztahující se k tomu to dílčímu cíli zněla „Jak pracujete podle těchto metod a pravidel?“. Na tuto otázku odpověděli někteří informanti, že dle pravidel nastavených v organizaci odkazují klienty na sexuální poradkyni. I9A: „*Odkazujeme klienty na sexuální důvěrnici, která je úžasná a které důvěřujeme.*“ Jiní informanti uvedli, že nepracují dle nastavených pravidel buď proto, že nepřijdou s touto problematikou do styku, anebo protože žádná pravidla nastavená nejsou. I8B: „*Nijak skoro žádný nemáme.*“ Informanti, kteří nepřijdou s touto to problematikou do styku, si myslí, že jejich kolegové dle pravidel organizace pracují dobře. Jeden z informantů popsal podrobně, jak podle nastavených pravidel pracuje (viz příloha č. 1).

## **Shrnutí**

Na základě informací získaných při výzkumu jsem došla k závěru, že většina sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách by klientovi poradila, kdyby je v oblasti sexuality a partnerství požádal o radu. Ti pracovníci,

kteří by si nebyli jistí nebo nechtějí s klientem o tom to tématu mluvit, by odkázali klienta na sexuální pracovníci nebo na jiné odborníky (sexuolog...).

Dále jsem došla k závěru, že někteří informanti, si myslí, že aplikace pravidel v organizaci pro práci se sexualitou do praxe nefunguje a jiní si myslí naopak, že funguje. Jako důvody nefunkčnosti uvádějí např. to, že žádná pravidla nastavena v organizaci nejsou, že klient či klíčový pracovník nemusejí pravidla dodržet.

Obdobná situace nastává i u názoru informantů na to, jak jsou pravidla pro práci se sexualitou nastavena. Část informantů si myslí, že jsou nastavena kvalitně a část je toho názoru, že jsou pravidla nedostatečná nebo odmítají odpovědět, protože s problematikou partnerství a sexuality klientů nepřichází do styku.

Dále jsem také dospěla k závěru, že někteří informanti dle pravidel nepracují, protože například žádná pravidla nastavena nejsou anebo s problematikou nepřijdou do styku. Ostatní informanti dle pravidel a metodik organizace odkazují klienty na sexuální poradkyni.

## Závěr

Tématem této bakalářské práce byla sexualita osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. *Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak vnímají téma sexuality klientů chráněného bydlení pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci.* Hlavní cíl se mi podařilo naplnit pomocí tří jednotlivých dílčích cílů, které jsem si stanovila a pomocí mnou zvolené kvalitativní výzkumné strategie, techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkumná strategie se mi osvědčila. Osobní kontakt se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách považuji za mnohem lepší kvůli citlivosti tématu. Také se mi pomocí kvalitativního výzkumu podařilo získat mnohem více dat pronikajících do hloubky u menší skupiny informantů. Jediné negativum, které u zvolené výzkumné strategie reflektuji, je časová náročnost.

Na základě zjištěných výsledků jsem došla k závěru, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách mají jasnou představu o pojmech sexualita osob s mentálním postižením a sexuální asistence.

Dále jsem došla k závěru, že informanti vnímají sexualitu svých klientů jako důležitou, ale partnerství podle nich jako takové význam nemá, protože klienti jsou ve vztahu (partnerství) pouze, z toho důvodu, že to vidí u běžné populace.

Dalším zjištěním, ke kterému jsem dospěla, je to, že se informanti, za kterými klienti chodí se svými zakázkami v oblasti sexuality a partnerských vztahů, se nejčastěji setkávají se zakázkami, které vedou k uspokojení sexuálních potřeb klientů, např. „Chci naučit masturbovat,“ a se zakázkami z oblasti mezilidských vztahů, např. „Chci si někoho najít. Co pro to mám udělat?“.

Ze zakázek z oblasti sexuality a partnerských vztahů podle informantů vyplývají tyto potřeby osob s mentálním handicapem: potřeba soukromí, dále pak potřeba osvěty, sexuální asistence, potřeba blízké osoby, potřeba někam patřit, potřeba pocitu, že mě má někdo rád, potřeba doteků, potřeba být považován za dospělého jedince hlavně svými rodiči, potřeba vybití, uvolnění a uspokojení.



Dále jsem dospěla k závěru, že informanti považují za příčinu sexuálního rizikového chování osob s mentálním handicapem neinformovanost nebo to, že nerozumí své sexualitě (tomu, co cítí). Informanti se v praxi setkali s tímto rizikovým sexuálním chováním: s promiskuitou, nechráněným pohlavním stykem, se sexuálním zneužíváním, s velkou důvěřivostí klientů k neznámým lidem, s pedofilií.

Na základě výsledků výzkumu jsem dospěla k závěru, že by informanti ve většině případů poradili klientovi, pokud by je přišel požádat o radu, a pokud ne, tak by ho odkázali za sexuální pracovníci či na jiné odborníky zabývající se touto problematikou.

Někteří informanti jsou toho názoru, že aplikace pravidel pro práci se sexualitou v organizaci nefunguje, že pravidla pro práci se sexualitou jsou nedostatečná. Jiní zastávají názor, že aplikace těchto pravidel do praxe funguje a pravidla pro práci se sexualitou jsou nastavena kvalitně.

Na základě získaných informací jsem dospěla k závěru, že někteří informanti dle pravidel nepracují, jako důvod uvádějí například to, že žádná pravidla nastavena nejsou nebo že s danou problematikou nepřichází do styku. Ostatní informanti dle pravidel a metodik organizace pracují.

Některé získané informace ve výzkumné části této práce se shodují s teoretickou částí bakalářské práce. Příkladem může být jedna z respondentek, jež v rozhovoru uvedla, že sexualitu klientů respektuje, ale pracovat by s ní nemohla. V teoretické části parafrázuji Eisnera (2013), jenž tyto pracovníky řadí na ose zapojení pracovníka do práce se sexualitou na pozici „Před osou spíše k první třetině osy“.

Dále se teoretická část shoduje v tom, že jedna z informantek mi sdělila, že její organizace má vypracovaný protokol sexuality, dle kterého se řídí. Dále mi tatáž informantka při rozhovoru pro účely této práce, ukázala pomůcky. Například mi ukázala SEX Pexeso, o kterém se v teoretické části také zmiňuji.

Dále zde spatřuji shodu s teorií v tom, že s činností sexuální pracovníce a jejími kompetencemi jsou seznámeni všichni zaměstnanci organizace, pro klienty byla zveřejněna nabídka a bylo jim vysvětleno, kdo vlastně sexuální poradkyně je a jakou má nabídku.

Jak již jsem se zmínila v úvodu této práce, její výsledky mohou být v praxi využitelné k tomu, že mohou organizacím, v nichž jsem výzkum prováděla,

posloužit jako zpětná vazba například v tom, že organizace, v nichž jsem výzkum prováděla mohou zjistit, jak vnímají sexualitu a partnerství osob s mentálním postižením žijících v sociální službě chráněné bydlení jejich zaměstnanci a popřípadě na základě toho se mohou rozhodnout, zda mají například aktualizovat pravidla pro práci se sexualitou, pokud se sexualitou organizace nepracují, tak výsledky mé bakalářské práce mohou přispět k rozhodnutí, zda se sexualitou klientů začít či nezačít pracovat, zda rozšířit dosavadní rozsah práce se sexualitou či ne.

Tato práce může posloužit jako námět k realizování dalších výzkumů. Další výzkum by se mohl zaměřit například na spokojenost klientů s mentálním postižením se sexuální osvětou v sociální službě chráněné bydlení nebo na to, jak vnímají sexuální asistenci lidé s mentálním handicapem.

## Zdroje

### Literatura

1. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
2. BERG, Insoo Kim. *Posílení rodiny: základy krátké terapie zaměřené na řešení*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0500-5.
3. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. DRÁBEK, Mgr. Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením – publikace pro odborné sociální poradenství* [online]. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., 2013 [cit. 2018-04-01]. ISBN 978-80-260-5282-1. Dostupné z: <http://svaztp.cz/wp-content/uploads/publikace-Partnersk%C3%BD-a-sexu%C3%A1ln%C3%AD-%C5%BEivot-osob-se-zdravotn%C3%ADm-posti%C5%BEen%C3%ADm.pdf>
5. EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
7. CHALUPA, Bohumír. *Psychologie dnes a zítra*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-38-6.
8. CHLEBOUNOVÁ, Alice. *Partnerství a sexuální život lidí s mentálním postižením v pobytových zařízeních*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph. D. [cit. 11. 3. 2018] <https://theses.cz/id/1hirim/STAG83907.pdf>
9. JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-374-1.
10. JONÁŠOVÁ, Iveta. Rizikové sexuální chování. Šance dětem [online]. 15. 04. 2012 [cit. 2. 3. 2018]. ISSN 1805-8876 Dostupné

z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-ditete/rizikove-sexualni-chovani.shtml>

11. KOPECKÁ, Václava. Sexuální výchova osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení. Hradec Králové: Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, 2016, Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph. D. [cit. 14. 3. 2018]. <https://theses.cz/id/6e3bq3/STAG83871.pdf>
12. Kateřina Kubalčíková. *Chráněné bydlení*. In: MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
13. MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.
14. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
15. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
17. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
18. NĚMCOVÁ, Milena. Trnitá cesta k chráněnému bydlení. *Sociální práce*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 15–17. ISSN: 1213-6204. Dostupné také z: [http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement\\_1-2013-130315113350.pdf](http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf)
19. PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2185-9.
20. PAULÍNOVÁ, Lea a Lenka NEUMANNOVÁ. *Psychologie pro Tebe*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Informatorium, 2008, 180 s. ISBN 978-80-7333-068-2.
21. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

22. RADA, Marek. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*. Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006. ISBN 80-239-9547-2.
23. SLOWÍK, Josef. *Člověk s handicapem v křesťanském společenství*. Praha: Advent-Orion, spol. s r.o., 2015. ISBN 978-80-7172-747-7.
24. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
25. ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5025-4.
26. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
27. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.
28. THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Vyd. 1. [i.e. 2.]. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.
29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
30. VALENTA, Milan, ed. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
31. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.
33. UZEL, Radim a Miroslav MITLÖHNER. *Vybrané otázky lidské sexuality: texty k sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. Právo v sociální práci (Gaudeamus). ISBN 978-80-7041-609-9.

34. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

35. vyhláška č. 5005/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## **Internet**

1. APSSCR.cz, „Etický kodex sociálního pracovníka České republiky” [online] [cit. 20. 3. 2018] Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Pr ofesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Pr ofesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)
2. FREYA.cz, „Sexuální asistence” [online] 2017 [cit. 11. 3. 2018] Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence>

## **Seznam tabulek a grafů**

<b>Tabulka 1 -transformace dílčích cílů .....</b>	<b>57</b>
---	-----------

## **Seznam příloh**

<b>Příloha č. 1 - přepsaný rozhovor .....</b>	<b>81.</b>
---	------------