

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PEDAGOGIKY

**PŘÍSTUPY PRACOVNÍKŮ K SEXUALITĚ LIDÍ  
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ DENNÍ  
STACIONÁŘ V PLZEŇSKÉM KRAJI**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. et Bc. Marie Linková**

*Sociální politika a sociální práce: Sociální práce*

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

**Plzeň, 2013**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 25. června 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, konstruktivní připomínky a rady, které mi pomohly při vypracování této práce.

Dále děkuji všem zařízením, která se zúčastnila výzkumného šetření, děkuji pracovníkům za čas, který se mnou strávili, a informace, které mi poskytli, děkuji za ochotu a trpělivost.

## Obsah

Úvod .....	7
1. Člověk s mentálním postižením .....	9
1.1 Mentální postižení.....	9
1.2 Trendy v přístupu k lidem s postižením.....	10
1.3 Způsoby podpory člověka s mentálním postižením v ČR .....	11
1.3.1 Raná péče.....	12
1.3.2 Vzdělávání .....	13
1.3.3 Zaměstnanost .....	15
1.3.4 Sociální služby .....	17
2. Sexualita a sexuální výchova .....	19
2.1 Psychosexuální vývoj.....	19
2.2 Sexuální výchova a její význam pro člověka .....	20
2.3 Sexualita a sexuální výchova lidí s mentálním postižením.....	21
2.3.1 Sexuální zneužívání lidí s mentálním postižením.....	23
2.3.2 Masturbace u lidí s mentálním postižením .....	24
2.3.3 Partnerství, manželství a rodičovství lidí s mentálním postižením.....	25
2.3.3.1 Partnerství lidí s mentálním postižením .....	25
2.3.3.2 Manželství lidí s mentálním postižením .....	26
2.3.3.3 Rodičovství lidí s mentálním postižením .....	27
3. Přístupy k sexualitě lidí s mentálním postižením .....	29
3.1 Norma v sexuální oblasti.....	29
3.2 Problematika sexuality v prostředí sociálních služeb .....	29
3.3 Protokol o sexualitě a vztazích .....	30
3.3.1 Obsah protokolu o sexualitě a vztazích.....	31
3.3.2 Individuální přístup .....	34

3.3.3 Multidisciplinární přístup a supervize .....	34
3.4 Vzdělávání lidí s mentálním postižením v problematice sexuality .....	35
3.5 Vzdělávání pracovníků v problematice sexuality lidí s mentálním postižením .....	38
3.6 Negativní postoje k sexualitě lidí s mentálním postižením .....	38
4. Metodologie výzkumného šetření .....	40
4.1 Cíl výzkumného šetření .....	40
4.2 Metody výzkumného šetření .....	40
4.2.1 Dotazník .....	40
4.2.2 Rozhovor .....	41
4.2.3 Analýza dokumentů .....	43
4.3 Výzkumný soubor .....	43
4.3.1 Osoby zařazené do výzkumného šetření .....	43
4.3.2 Sociální služba denní stacionář .....	44
4.3.2.1 Denní stacionáře v Plzeňském kraji .....	45
4.3.3 Protokoly o sexualitě a vztazích .....	45
5. Výsledky výzkumného šetření .....	46
5.1 Dotazníky .....	46
5.1.1 Shrnutí dotazníkového šetření .....	67
5.2 Rozhovory .....	69
5.2.1 Rozhovory s vedoucími a pracovníky denních stacionářů .....	69
5.2.2 Rozhovor s vedoucí poradenského centra Amorela .....	77
5.2.3 Shrnutí rozhovorů .....	78
5.3 Analýza protokolů o sexualitě a vztazích .....	79
5.3.1 Shrnutí analýzy protokolů o sexualitě a vztazích .....	80
5.4 Celkové shrnutí a doporučení pro praxi .....	81
Závěr .....	84
Resumé .....	85

Cizojazyčné resumé .....	86
Seznam literatury.....	87
Internetové zdroje.....	92
Seznam příloh.....	95
Přílohy.....	I
Příloha č. 1: Dotazník .....	I

## Úvod

Člověk s mentálním postižením je člověkem, proto by měl mít stejná práva, jako mají ostatní lidé.

V současné době lze vidět snahu o „*normalizaci*“ života lidí s mentálním postižením, o jejich podporu, aby mohli žít plnohodnotným životem.

Významným aspektem života člověka z intaktní společnosti je prožívání vlastní sexuality, neboť sexualita a její prožívání je přirozenou součástí života každého člověka (Kozáková in Valenta et al., 2007). Tak i lidem s mentálním postižením by mělo být umožněno prožívat svou sexualitu a naplňovat své potřeby v této oblasti.

Podpora je lidem s mentálním postižením poskytována prostřednictvím sociálních služeb, jednou ze sociálních služeb, které může člověk s mentálním postižením využívat, je sociální služba denní stacionář.

Je třeba říci, že přístupy k sexualitě lidí s mentálním postižením se mohou velmi lišit jak mezi širokou veřejností, tak i mezi poskytovateli sociálních služeb.

Cílem této práce je analyzovat v denních stacionářích pro dospělé lidi s mentálním postižením na území Plzeňského kraje přístupy pracovníků k sexualitě uživatelů této sociální služby. Zjištění, která z analýzy současné situace vzejdou, budou porovnána s doporučovanými přístupy odborníků zabývajících se danou problematikou, jednotlivým denním stacionářům bude poskytnuta zpětná vazba a budou jim prezentována doporučení pro praxi.

V první kapitole této práce je představeno mentální postižení, trendy v základním přístupu k lidem s mentálním postižením, možnosti podpory člověka s mentálním postižením ve vzdělávání, v zaměstnávání a v oblasti sociálních služeb.

Druhá kapitola pojednává o sexualitě člověka a o významu sexuální výchovy pro život člověka. Pozornost je zde zaměřena na tuto oblast ve vztahu k člověku s mentálním postižením, je charakterizována problematika sexuálního zneužívání a dále jsou prezentovány přístupy k otázkám partnerství, manželství a rodičovství lidí s mentálním postižením.

Přístupům k sexualitě lidí s mentálním postižením v oblasti sociálních služeb se věnuje kapitola třetí. Je zde rozebrán protokol o sexualitě a vztazích, možnosti vzdělávání pracovníků sociálních služeb v oblasti sexuality uživatelů sociálních služeb, možnosti

vzdělávání a osvěty lidí s mentálním postižením v oblasti vztahů a sexuality, jsou také představeny možné negativní přístupy k sexualitě lidí s mentálním postižením.

Ve čtvrté kapitole je uveden cíl výzkumného šetření, představena metodologie výzkumného šetření, jsou popsány výzkumné metody – dotazník, rozhovor a analýza dokumentu – je charakterizován výzkumný soubor, sociální služba denní stacionář a pracovníci v této službě.

V poslední kapitole jsou prezentovány závěry výzkumného šetření a navržená doporučení pro praxi.



# 1. Člověk s mentálním postižením

## 1.1 Mentální postižení

V současné době je pro popis lidí s jakýmkoliv postižením preferováno označení ve tvaru „člověk s ... postižením“, v případě psychopedie tedy „člověk s mentálním postižením“. Černá a kol. (2008, 76) uvádí: „*Tímto označením se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality a teprve potom, na druhém místě, mají postižení.*“ Stejně tak Valenta (in Valenta et al., 2007, 8): „*s důrazem na osobnost individua se doporučuje používat na místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení osoba s mentálním postižením.*“ Černá a kol. (2008, 75) dodává, že: „*Termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné české psychopedii používají jako synonyma.*“<sup>1</sup> Černá a kol. (2008, 75) dále píše, že: „*Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardací.*“

Valenta (in Valenta et al., 2007, 12), definuje mentální retardaci jako: „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií.*“ Zároveň o pojmu mentální retardace uvádí (in Valenta et al., 2007, 11), že je to: „*poměrně nejednoznačný termín (...), který je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí.*“

Vágnerová (2008, 289) píše: „*Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. (...) Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení, a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky.*“

Valenta (in Valenta et al., 2007) rozlišuje příčiny mentální retardace na prenatalní, perinatální a postnatální. Do prenatalních příčin řadí dědičné vlivy, genetické příčiny, nemoci matky během těhotenství a environmentální faktory. V období perinatálním může

---

<sup>1</sup> V této práci bude používáno označení „člověk s mentálním postižením“

dojít k mechanickému poškození mozku, hypoxii či asfyxii, problematický může být předčasný porod, nízká porodní váha apod. V období postnatálním může být mentální postižení způsobeno např. záněty mozku, mechanickým poškozením mozku a mnoha dalšími příčinami.

Dle *MKN-10* vytvořené *Světovou zdravotnickou organizací* lze klasifikovat mentální retardaci do následujících stupňů (v závorkách je uvedeno rozmezí výše IQ charakteristické pro daný stupeň mentální retardace):

- „*lehká mentální retardace (IQ 69-50)*,
- *středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)*,
- *těžká mentální retardace (IQ 34-20)*,
- *hluboká mentální retardace (IQ 19 a níže)*,
- *jiná mentální retardace*,
- *nespecifikovaná mentální retardace*“ (Bazalová in Pipeková et al., 2010, 291).

Různí autoři předkládají podrobnější charakteristiku jednotlivých stupňů mentální retardace (Bazalová in Pipeková et al., 2010, 292-294; Černá a kol., 2008, 126-128, 152-153; Vágnerová, 2008, 292-301), Valenta (in Valenta et al., 2007, 39) prezentuje znaky stanované Světovou zdravotnickou organizací v *MKN-10*. Tyto charakteristiky mají formu výčtu obtíží a deficitů, které se u člověka s mentálním postižením vyskytují v jednotlivých aspektech jeho osobnosti a schopnosti jeho adaptace na prostředí majoritní společnosti.

V této práci je snaha o předložení obrazu člověka s mentálním postižením jako plnohodnotné lidské bytosti, která si zaslouží – více než zaměření se na problémy a nedostatky – poukázání na její možnosti a silné stránky. Proto je zde zmiňováno pouze to, co vyplývá z definic mentální retardace, totiž, čím je stupeň mentální retardace hlubší, tím je možnost žít intaktním způsobem života obtížnější. Jak ale píše Vágnerová (2008, 289): „*Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů.*“

## **1.2 Trendy v přístupu k lidem s postižením**

Obecnými trendy v přístupu k lidem s postižením jsou „*humanizace*“, „*normalizace*“ a „*integrace*“ (Švarcová, 2003; Pipeková in Vítková (ed.), 2004).

Všechny tyto trendy jsou vzájemně propojené a jejich společným cílem je, aby lidé s postižením mohli žít plnohodnotným lidským životem a aby byli chápáni jako přirozená součást lidského společenství. Je podstatné, že tyto trendy jsou zřejmé v různých oblastech, především ve vzdělávání, sociálních službách, oblasti zaměstnanosti, oblasti volnočasových aktivit, zdravotnictví a dalších.

Integraci chápe Švarcová (2003, 12) jako *„postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do „hlavního proudu“ společenského života.“* Především v oblasti vzdělávání se lze setkat s pojmem *„inkluzí“*, kdy inkluze je chápána jako *„nový rozsáhlý koncept vedoucí k integraci“* (Bartoňová, Vítková in Pipeková et al., 2010, 9).

Humanizace znamená především důsledné dodržování lidských práv, která dle platné legislativy lidem s postižením náleží. *„Ve vztahu k lidem s postižením to znamená, že při jakémkoli rozhodování o nich, je nutno brát v potaz jejich oprávněné zájmy a potřeby, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší možné míře podíleli“* (Švarcová, 2003, 13).

V oblasti vzdělávání se humanizace projevuje např. tím, že pro zařazení dítěte do třídy zřízené pro žáky se zdravotním postižením je nutný informovaný souhlas jeho zákonných zástupců (vyhláška č. 147/2011 Sb.); v oblasti sociálních služeb pak tím, že poskytování sociální služby je založeno na smluvním principu mezi poskytovatelem a uživatelem (§ 91, zákon č. 108/2006 Sb.), že uživatel sociální služby má možnost podávat stížnosti na způsob či kvalitu poskytované služby (§ 88, e), zákon č. 108/2006 Sb.) apod.

*„Normalizace v péči o osoby s mentální retardací vyjadřuje hlavně požadavek na vytvoření takových podmínek, aby tyto lidé mohli žít pokud možno normálním společenským životem jako všichni ostatní spoluobčané“* (Pipeková in Vítková (ed.), 2004, 309). Normalizace se projevuje v podpoře rodin s dětmi se zdravotním postižením, aby tak tyto děti nemusely projít institucionální péčí; obecněji tedy přechodu od rezidenčních sociálních služeb k terénním sociálním službám. Normalizace se projevuje v požadavku na bezbariérovost prostředí a v mnoha dalších oblastech života.

### **1.3 Způsoby podpory člověka s mentálním postižením v ČR**

Nyní budou představeny způsoby podpory lidí s mentálním postižením v oblasti vzdělávání, zaměstnanosti a sociálních služeb v ČR.

### 1.3.1 Raná péče

K tomu, aby mohl člověk s mentálním postižením vyrůstat v přirozeném prostředí své rodiny (což je požadavek cele v souladu s výše uvedenými obecnými trendy v přístupu k lidem s postižením), je potřeba, aby byla rodina, do které se narodí dítě s mentálním postižením, podporována. Rodina s dítětem s mentálním postižením potřebuje podporu v oblasti informační, sociální, emocionální, finanční atd. (Bartoňová, Pipeková in Pipeková et al., 2010; Černá a kol., 2008).

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* vymezuje jako jednu ze sociálních služeb ranou péči.

*„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“* (§ 54, odst. 1). Základními činnostmi, které jsou v rámci služby poskytovány, jsou:

- *„výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“* (§ 54, odst. 2).

Sociální služba raná péče je službou sociální prevence (§ 53) a je poskytována bezplatně (§72).

Vítková (in Pipeková et al., 2010, 214) nabízí synonymní výrazy pro ranou péči, kterými jsou *„včasná intervence“* či *„raná podpora“* (srov. Opatřilová in Opatřilová (ed.), 2006, 119), a uvádí: *„Termínem včasná intervence se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.“*

Raná péče by měla být poskytována týmem odborníků, který je tvořen speciálním pedagogem, psychologem, sociálním pracovníkem, pediatrem, dalšími odbornými lékaři, fyzioterapeutem apod. (Opatřilová in Opatřilová (ed.), 2006; Vítková in Pipeková et al., 2010).

### 1.3.2 Vzdělávání

Vzdělávání dětí a mládeže v ČR se řídí *zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání* (školský zákon). V obecných zásadách, na kterých je zákon postaven, je zákaz jakékoliv diskriminace z důvodu zdravotního stavu a dalších charakteristik a také zohlednění vzdělávacích potřeb každého jednotlivého člověka, který se vzdělává (§2, odst. 1). Pro všechny občany ČR je zákonem stanovena povinná školní docházka a způsoby jejího plnění (§ 36). Člověk (dítě, žák, student) s mentálním postižením je dle zákona „*dítětem (žákem, studentem) se speciálními vzdělávacími potřebami*“ (§16, odst. 1, 2).

*„Děti (žáci, studenti) se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení“* (§16, odst. 16).

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se dále řídí *vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*, která byla novelizována *vyhláškou č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Ve vyhlášce jsou vymezena „*podpůrná opatření*“ a „*vyrovnávací opatření*“, která jsou při vzdělávání těchto dětí (žáků, studentů) užívána (§1). Vyhláška dále vymezuje formy vzdělávání dětí (žáků, studentů) se speciálními vzdělávacími potřebami; těmito formami jsou: integrace (individuální, skupinová), vzdělávání ve škole zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola) či kombinace těchto dvou forem (§3, odst. 1).

K tomu, aby mohlo být dítě (žák, student) vzděláváno ve speciální škole, je nutné doporučení školského poradenského zařízení a informovaný souhlas zákonných zástupců dítěte (popř. zletilého žáka) (§9, odst. 1).

Školskými poradenskými zařízeními jsou dle *vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*<sup>2</sup> „*pedagogicko-psychologická poradna*“ a „*speciálně pedagogické centrum*“<sup>3</sup> (§ 3, odst. 1).

---

<sup>2</sup> vyhláška novelizována *vyhláškou č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*

<sup>3</sup> dále jen SPC

Žákům se zdravotním postižením poskytuje poradenství SPC, činnosti, které jsou poskytovány všemi SPC, jsou „*standardní činnosti společné*“, činnosti, které jsou poskytovány příslušnými SPC dle zaměření na druh postižení, jsou „*standardní činnosti speciální*“ (příloha č. 2 vyhlášky č. 72/2005 Sb.)

Mezi standardní činnosti společné patří depistáž, diagnostika, spolupráce při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, přímá práce s dítětem (žákem, studentem), poradenství (zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům), atd. (příloha č. 2 vyhlášky č. 72/2005 Sb., odst. I).

Mezi standardní činnosti speciální SPC, která poskytují své služby dětem (žákům, studentům) s mentálním postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením, patří: smyslová výchova, rozvoj motoriky, nácvik sebeobsluhy, logopedická péče se zaměřením na alternativní a augmentativní komunikační možnosti apod. (příloha 2 vyhlášky č. 72/2005 Sb., odst. II, 5))

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se řídí „*školními vzdělávacími programy*“, které vycházejí z „*rámcových vzdělávacích programů*“ (§ 3-§ 5, zákon č. 561/2004 Sb.). *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* je základním dokumentem pro předškolní vzdělávání všech dětí; k tomu, aby byly podmínky pro předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením optimální, je třeba zajistit zvláště toto:

- „*osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení*
- *využívání vhodných kompenzačních (technických a didaktických) pomůcek*
- *zajištění přítomnosti asistenta (podle míry a stupně postižení)*
- *snížení počtu dětí ve třídě*“ (VÚP<sup>4</sup>, 2006, 37).

Základní vzdělávání v běžné škole probíhá dle *Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu*, základní vzdělávání v základní škole praktické probíhá dle *Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání – přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením* a základní vzdělávání v základní škole speciální probíhá dle *Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální*.

---

<sup>4</sup> *Výzkumný ústav pedagogický (divize Národního ústavu pro vzdělávání)*

Absolvováním základní školy (praktické) získá žák stupeň vzdělání „základní vzdělání“, absolvováním základní školy speciální získá žák stupeň vzdělání „základy vzdělání“ (§ 45, zákon č. 561/2004 Sb.).

Pro děti, žáky a studenty se středně těžkým a těžkým mentálním postižením umožňuje školský zákon zřídit „přípravný stupeň základní školy speciální“, ve kterém se připravují na povinnou školní docházku. Dítě může tento stupeň navštěvovat od školního roku, ve kterém dosáhne věku pěti let, do zahájení povinné školní docházky (nejvýše 3 školní roky). Maximální počet dětí ve třídě přípravného stupně je 4 až 6 dětí (§ 48, § 48a ).

Dětem s hlubokým mentálním postižením je školským zákonem povolen jiný způsob plnění povinné školní docházky (§ 40), příslušný krajský úřad (v součinnosti s odborným lékařem a školským poradenským zařízením) stanovuje takový způsob vzdělávání, který odpovídá možnostem konkrétního dítěte s hlubokým mentálním postižením (§ 42).

Příprava na budoucí povolání u lidí s mentálním postižením po ukončení povinné školní docházky a získání stupně základní vzdělání může probíhat na středním odborném učilišti, odborném učilišti s dvouletými či tříletými učebními obory nebo praktické škole s jednoletou nebo dvouletou přípravou (Bazalová in Pipeková et al., 2010).

### **1.3.3 Zaměstnanost**

*„Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo se zdravotním postižením“* (Pipeková in Pipeková et al., 2010, 311).

Být zaměstnaný je považováno u dospělého člověka za běžné, normální, žádoucí, mzda za vykonanou práci bývá zdrojem obživy. Zaměstnání přináší člověku nové možnosti získat sociální vztahy a také neustálý požadavek na sebevzdělávání. Zaměstnání, resp. práce, kterou člověk vykoná, může uspokojovat potřebu seberealizace (Pipeková in Pipeková et al., 2010; Šiška, 2005).

Lidé se zdravotním postižením jsou jednou z rizikových skupin na trhu práce (Zámečnicková in Pipeková et al., 2010). Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti garantuje zvýšenou ochranu lidem se zdravotním postižením na pracovním trhu. Podpůrným opatřením, které tento zákon vymezuje, je pracovní rehabilitace.

*„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené“ (§ 69, odst. 2).*

*„Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti“ (§69, odst. 3).*

Dalším podpůrným opatřením je dle zákona tzv. „chráněné pracovní místo“, což je pracovní místo, které zaměstnavatel vytvoří pro zaměstnance – člověka se zdravotním postižením – na základě dohody s *Úřadem práce*. Úřad práce poskytuje zaměstnavateli na zřízení takového místa příspěvek, podmínkou je, že chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu tří let (§ 75, odst. 1). Po uplynutí zákonem stanovené doby od obsazení chráněného pracovního místa, která činí dvanáct měsíců, může Úřad práce poskytnout zaměstnavateli příspěvek na částečné uhrazení provozních nákladů chráněného pracovního místa (§ 76, odst. 1). Těm zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají na chráněných pracovních místech více než 50 % svých zaměstnanců, může Úřad práce poskytnout příspěvek na podporu zaměstnávání těchto zaměstnanců (§ 78, odst. 1). Zaměstnavatelé mají právo žádat Úřad práce o spolupráci při vytváření chráněných pracovních míst a o poradenství v problematice zaměstnávání lidí se zdravotním postižením (§ 79).

Další možností je metoda „*podporovaného zaměstnávání*“, o které Šiška (2005, 53) píše, že: „*je metodou podpory zaměstnance s postižením na pracovišti založeným na vzájemné důvěře*“, a dále, „*metoda podporovaného zaměstnávání je pružný systém podpory lidí s těžším stupněm mentálního postižení na jejich cestě k zaměstnání v integrovaném prostředí.*“

Při aplikaci této metody je kladen důraz na práci jak se zaměstnancem s postižením, tak se zaměstnavatelem a všemi, kteří přijdou se zaměstnancem s postižením do styku.

Podporu zaměstnanci poskytuje tzv. „*pracovní asistent*“ přímo v místě pracoviště, intenzita asistentovy podpory se postupně snižuje, až je zaměstnanec schopen samostatně vykonávat svoji pracovní činnost a má i další potřebné kompetence k tomu, aby mohl být zaměstnán na otevřeném pracovním trhu (Šiška, 2005; Pipeková in Pipeková et al., 2010).



### 1.3.4 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje okruh lidí v nepříznivé sociální situaci, kterým je na základě tohoto zákona poskytována pomoc a podpora prostřednictvím sociálních služeb (§ 1, odst. 1). Mentální postižení je zákonem chápáno jako zdravotní postižení, které může způsobit závislost člověka na pomoci jiného člověka (§ 3, g)).

Zákon charakterizuje „*příspěvek na péči*“, tj. dávku, která je člověku poskytována, pokud on sám není schopen zajistit si své „*základní životní potřeby*“, a je tedy závislý na pomoci jiného člověka (§ 7). Zákon rozlišuje čtyři úrovně závislosti – lehká, středně těžká, těžká a úplná (§ 8) – pro jednotlivé stupně závislosti jsou stanoveny různé výše příspěvku na péči (§ 11).

Sociální služby dle zákona sestávají ze „*služeb sociální péče*“, „*služeb sociální prevence*“ a „*sociálního poradenství*“ (§ 32).

„*Základní sociální poradenství*“ je povinen poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb (§ 37, odst. 2), „*odborné sociální poradenství*“ je poskytováno ve specializovaných poradnách; pro lidi s mentálním postižením v „*poradně pro osoby se zdravotním postižením*“ (§ 37, odst. 3, 4).

Cílem služeb sociální péče je dosažení co možná nejvyšší míry integrace těch lidí, kterým jsou poskytovány, pokud tento cíl není možné naplnit z důvodu závažnosti jejich postižení, tak zajištění důstojného zacházení a prostředí pro život (§ 38).

„*Osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení*“ jsou služby sociální péče, které jsou určeny (nejen) lidem s mentálním postižením (§ 39, § 40, § 43-§ 48, § 51).

Služby sociální prevence mají sloužit k prevenci sociální exkluze a k ochraně společnosti před výskytem sociálně patologických jevů (§ 53). Ze služeb sociální prevence vhodných pro lidi s mentálním postižením lze jmenovat „*ranou péči, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitaci*“ (§ 54, § 66, § 67, § 70).

Proto, aby byla zajištěna kvalita poskytovaných služeb, může sociální služby dle zákona poskytovat pouze poskytovatel, který je registrován v „*registru poskytovatelů sociálních služeb*“ (§ 78). K tomu, aby byl poskytovatel zaregistrován, musí splnit zákonem stanovené podmínky (§ 79, § 80). Z registrace poskytovatele vyplývají

povinnosti poskytovatele, např. povinnost dodržovat standardy kvality sociálních služeb (§ 88). Poskytovatelé sociálních služeb mohou být podrobeni inspekci poskytování sociálních služeb, resp. plnění povinností poskytovatele (§ 97-§ 99).

Zákon dále charakterizuje profesi „sociálního pracovníka“ a „pracovníka v sociálních službách“ a stanovuje podmínky pro výkon těchto profesí (§ 109, § 110, § 116).

Obecně lze říci, že je zákon o sociálních službách vystavěn na těch trendech v přístupu k lidem s postižením, o kterých bylo pojednáno v kapitole 1.2.

V zákoně se tyto trendy projevují požadavkem na takovou realizaci sociální pomoci, která zachovává důstojnost těch, kterým je poskytována, důrazem na individuální přístup k člověku, který využívá sociální služby, jeho aktivizaci a motivaci k samostatnosti a zodpovědnosti.

Cílem poskytování sociálních služeb je sociální začlenění, sociální služby musí být poskytovány kvalitně a při jejich poskytování musí být dodržována lidská práva (§ 2).

## 2. Sexualita a sexuální výchova

*„Sexualita je souhrnem našich postojů, představ a vztahů k jiným lidem, zahrnuje naše představy o muži a ženě, o sobě, naše sexuální chování, očekávání, úspěchy a neúspěchy promítající se do našeho sebevědomí“ (Štěrbová, 2007, 26).*

### 2.1 Psychosexuální vývoj

*„Formování sexuality je komplexní proces založený na biologických, psychologických a sociálních determinantách projevujících se ve vzájemné součinnosti“ (Weiss in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, 71).*

Jako stěžejní jsou pro psychosexuální vývoj člověka uváděny následující čtyři komponenty: „sexuální identifikace“, „sexuální role“, „sexuální preference“ a „sexuální chování“ spolu se „sexuálními emocemi“ (Weiss in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011; Spilková in Weiss a kol., 2010).

*„Biologickým základem sexuality je především pohlavní dimorfismus, který je určen chromozomálním pohlavím, gonadální diferenciací, hormonálními poměry, vnitřními reprodukčními orgány a morfologií zevního genitálu“ (Weiss, 2002, 157).*

Sexuální identifikace (pohlavní identita) znamená pocit příslušnosti, sounáležitosti, člověka k mužskému nebo ženskému pohlaví. Na podobě sexuální identifikace se podílí vrozené dispozice i působení sociálních faktorů (Spilková in Weiss a kol., 2010).

*„Pohlavní identita tedy vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními sekundárními pohlavními znaky i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví“ (Weiss in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, 72).*

*„Sexuální role je vnějším projevem pohlavní identity“ (Weiss, 2002, 158).* Hlavní vliv na vytvoření a podobě sexuální role má společnost, ve které dítě vyrůstá a která jej formuje. Nejběžnějšími a nejbližšími vzory pro vytváření sexuální role jsou obvykle rodiče dítěte (Weiss, 2002).

Sexuální preference je vyjádřením toho, jak člověk dosahuje sexuálního uspokojení a jakými objekty je eroticky přitahován. Přestože zatím není zcela vědecky objasněno, které faktory se na vytváření sexuální preference podílejí, odborníci se domnívají, že jsou to především faktory vrozené (Spilková in Weiss a kol., 2010).

Co se týče sexuálního chování, jeho „vývoj je přitom podmíněn rozvojem sexuálních emocí, k jejichž rozvinutí dochází právě především v období puberty a adolescence. Jedná se zde o schopnost sexuálního vzrušení (...), dosažení orgasmu (...) a sexuální satisfakce, a konečně o rozvoj emoce zamilovanosti jako erotické fascinace sexuálním objektem“ (Weiss, 2002, 161).

Jak vyplývá z výše uvedených informací, sexualita každého člověka je ovlivněna vrozenými faktory i působením společnosti, ve které daný člověk žije. Proto bude následující podkapitola věnována fenoménu sexuální výchovy.

## 2.2 Sexuální výchova a její význam pro člověka

Täubner (1996, 5) uvádí, že: „*Sexuální výchova je nedílnou součástí výchovy, zvláště pak výchovy mravní. Je základním předpokladem vyváženého a harmonického rozvoje dítěte a mladých lidí, kteří se připravují na život v dospělosti.*“

Matějček (2000, 90) dává sexuální výchovu do souvislosti s *výchovou citovou* a říká: „*Nad sexuálním poučením, nad informacemi, byť včasné a vkusně podanými, je tu ještě něco, co tomu všemu dává smysl, směr a cíl, tj. aby to bylo lidskému jedinci k radosti a uspokojení, společnosti k užitku a nikomu ke škodě, bolesti a ponížení.*“

V České republice se již mnoho let vede diskuse o tom, jak a kde dětem předkládat sexuální výchovu, tedy především se vede spor o to, jaké místo (pokud nějaké) má sexuální výchova zaujímat ve vzdělávání dětí, které plní povinnou školní docházku.

K tomu Šulová (in Weiss a kol., 2010, 691) říká: „*Sexuální výchovu lze chápat jako proces, který má dlouhodobě probíhat ve funkčních či normálních rodinách, kde škola pouze doplňuje nefunkční chování rodičů v této oblasti vůči vlastním dětem.*“

Jaký je tedy smysl sexuální výchovy, ať už je realizována v rodině či ve škole, popř. za spolupráce (příspěví) obou těchto institucí?

Význam sexuální výchovy je do velké míry v tom, že by měla být prevencí vzniku sociálně patologických jevů, kterými jsou např.: „*abúzus drog, různé projevy siláctví, vandalství či agresivity, promiskuitní chování, sebepoškozující formy chování*“ (Šulová in Weiss a kol., 2010, 691). Dále by měla vést k zodpovědnějšímu, bezpečnějšímu, sexuálnímu chování a k prevenci tak závažného jevu jako je sexuální zneužívání (nejen) dětí (Weiss in Šilerová, 2003).

Janiš a Täubner (1999, 3) uvádějí, že: „*Smyslem sexuální výchovy je příprava dětí a mládeže na partnerský, manželský a rodičovský život v nejširším slova smyslu, tedy i na život sexuální, včetně ochrany zdraví a výchovy dobrých mezilidských vztahů.*“

Cíle sexuální výchovy jsou chápány ve třech dimenzích, jako cíle „*kognitivní*“, cíle „*emocionální*“ a „*postojové*“ a v poslední dimenzi jako cíle v oblasti „*činnosti, dovednosti*“ (Täubner, 1996; Šulová in Weiss a kol., 2010).

Kognitivní cíle zahrnují rovinu znalostí, Täubner (1996, 7) tyto cíle nazývá „*informativně poznávací*“.

Emocionální a postojové cíle jsou zaměřeny na to, aby byl u člověka vytvořen postoj k dané informaci, znalosti, poznatku. Täubner (1996, 7-8) uvádí: „*Například informace o škodlivosti toxikomanie ještě není zárukou, že dítě nebo mladý člověk se toxikomanem nestane. Jde tedy o tvorbu silných identifikovaných a interiorizovaných postojů.*“

V oblasti cílů, které se týkají dovedností, návyků a chování, jde o „*vytváření adekvátních způsobů chování a reagování v široce chápané oblasti lidské sexuality*“ (Šulová in Weiss a kol., 2010, 695).

V současném vzdělávacím systému ČR není sexuální výchova vyučována jako samostatný povinný předmět. Témata, která patří do oblasti sexuální výchovy, jsou vyučována v rámci různých předmětů, resp. spadají do více vzdělávacích oblastí, např. *Člověk a jeho svět* na prvním stupni základní školy, *Výchova ke zdraví* na druhém stupni základní školy, *Člověk a příroda* (vzdělávací obor *Přírodopis*) také na druhém stupni základní školy (VÚP, 2007).

Od 1. 9. 2010 přibyla mezi doplňující vzdělávací obory *Etická výchova*, která se také zabývá otázkami sexuality a sexuální výchovy (MŠMT, 2009). Doplňující vzdělávací obory nejsou povinnou součástí základního vzdělávání, škola je může zařadit pro své žáky jako povinný či povinně volitelný předmět (VÚP, 2007).

### **2.3 Sexualita a sexuální výchova lidí s mentálním postižením**

„*Člověk je sexuální bytostí; bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality jsou kontinuální, přirozenou a důležitou součástí lidského života*“ (Kozáková in Valenta et al., 2007, 44).

K tomu Štěrbová (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, 365) píše: „*Sexualitu je třeba brát jako neodmyslitelnou součást každého jedince, tzn. vnímat v základní filozofii*

*sexuality osob s mentálním postižením – je potřeba respektovat práva dospělých s mentálním postižením, obzvláště právo na sebeurčení (self-determination) zahrnující vztahy (intimní a neintimní), sexuální prožívání a plánování rodiny (rodičovství), právo na sexuální identitu a sexuální vyjádření jako svébytných aspektů štěstí a well-being.“*

K sexualitě a sexuální výchově lidí s mentálním postižením se pojí řada předsudků, z nichž některé prezentuje Kozáková (in Valenta et al., 2007; srov. Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Z těchto předsudků lze jmenovat např. předsudek o hypersexualitě či o jejím opačném extrému, totiž že lidé s mentálním postižením nemají sexuální potřeby a touhy (asexualita). Dalším předsudkem, který se nemusí vztahovat pouze k sexuální výchově lidí s mentálním postižením, je ten, že sexuální výchova vede k zbytečnému zájmu o věci týkající se sexuality člověka, že probouzí sexuální touhy. Velmi často se také vyskytuje názor, že člověk s mentálním postižením je „věčným dítětem“, tudíž se ho otázky dospělosti, ke kterým sexuální život bezesporu patří, netýkají.

Důležité je si uvědomit, že pohlavní styk, který je většinou společností vnímán jako cíl, vrchol sexuálního vyjádření člověka, tak nemusí být vnímán všemi lidmi s mentálním postižením.

Přestože odborníci a především nevládní neziskové organizace pracují na tom, aby byla sexualita vnímána jako atribut člověka s mentálním postižením a aby tedy byla osvěta (sexuální výchova) těchto lidí součástí služeb pro ně, setkávají se s právě výše zmíněnými předsudky i s dalšími překážkami a nepochopením (viz Štěrbová in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011; Kozáková in Valenta et al., 2007; Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Štěrbová (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011) např. poukazuje na nedostatek vhodných vzdělávacích pomůcek pro sexuální výchovu a osvětu a obecně na nedostatek informací v této oblasti.

Je důležité zdůraznit, že sexuální výchova (osvěta) není potřeba pouze u lidí s mentálním postižením, ale je nutno ji zařadit do širšího kontextu, resp. je potřeba činit osvětu o potřebě sexuální výchovy lidí s mentálním postižením také mezi všemi těmi, kteří s těmito lidmi žijí a pracují, tzn. rodiči a rodinnými příslušníky, pracovníky ve zdravotnictví, školství, sociálních službách, i širokou veřejností (Štěrbová, 2009; Kozáková in ORFEUS, o.s. (ed.), 2004).

Jak již bylo uvedeno výše, sexuální výchova má být (nejen) prevencí vzniku a šíření sociálně patologických jevů, z nichž za nejzávažnější v souvislosti s lidmi s mentálním postižením (i obecně) lze považovat sexuální zneužívání.

### **2.3.1 Sexuální zneužívání lidí s mentálním postižením**

Štěrbová (2007, 84) uvádí, že: „*U osob s mentálním postižením se rozumí sexuálním zneužíváním každé sexuální nebo sexuálně zabarvené chování nebo sexuální kontakt mezi osobami s mentální retardací a lidmi, kteří jim mají poskytnout ochranu a péči, nebo lidmi, kteří nad nimi mají rozumovou či emoční převahu.*“

A podobně Mitlöhner (in Vanický, Truhlářová (eds.), 2009, 67): „*trestní právo dogmaticky setrvává na jednoduchém vzoru uvažování, podle kterého všude tam, kde je jedním účastníkem sexuálního kontaktu mentálně postižená osoba, jde ze strany mentálně zdravé osoby o zneužití závislosti.*“

Člověk s mentálním postižením může být náchylnější k tomu stát se obětí sexuálního zneužívání z více důvodů. Pokud tento člověk neprošel cílenou sexuální výchovou, pak nemusí rozpoznat znaky sexuálního obtěžování, které je na něm pácháno. Další překážkou pro odhalení sexuálního zneužívání může být to, že člověk s mentálním postižením může používat odlišný způsob komunikace než majoritní společnost, která mu tedy nemusí porozumět. V neposlední řadě může být závažným problémem to, že sexuální zneužívání nejčastěji páchají osoby, na kterých je člověk s mentálním postižením nejvíce závislý, tj. rodinní příslušníci, pracovníci sociálních služeb (Kozáková in Valenta et al., 2007; Štěrbová, 2007; Venglářová, Hrdá in Venglářová, Eisner a kol., 2013).

Sexuální zneužívání člověka s mentálním postižením může nabýt skutkové podstaty trestného činu.

Hlava III. zákona č. 40/ 2009 Sb., trestního zákoníku vymezuje „*trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti*“. Do této kategorie trestných činů patří „*znásilnění*“ (§ 185), „*sexuální nátlak*“ (§186), „*pohlavní zneužití*“ (§187) a další trestné činy.

Znásilněním je trestný ten, „*kdo jiného násilím nebo pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti*“ (§ 185, odst. 1).

Sexuálním nátlakem je trestný ten, „*kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, nebo kdo k takovému chování přiměje jiného zneužívaje jeho bezbrannosti*“ (§ 186, odst. 1) a stejně tak ten, „*který přiměje jiného k pohlavnímu styku, k*

*pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování zneužívaje jeho závislosti, nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu“ (§ 186, odst. 2).*

Projevy sexuálního chování, které jsou nevhodné, resp. porušují lidskou svobodu a důstojnost, mohou být součástí i jiných trestných činů, např. „omezování osobní svobody“ (§ 171) či „vydírání“ (§ 175), jak uvádí Mitlöchner (in Vanický, Truhlářová (eds.), 2009).

Sexuální zneužívání však nemusí probíhat pouze ve vztahu mezi člověkem bez mentálního postižení a člověkem s mentálním postižením, sexuálně nevhodného chování se mohou dopouštět sami lidé s mentálním postižením vůči lidem s mentálním postižením, nejčastěji v ústavních zařízeních, tzn. pobytových sociálních službách. Tento jev dokazuje např. výzkum Kozákové (in Valenta et al, 2007).

Především v nekoedukovaných zařízeních ústavního typu může docházet k takovým jevům, jako je „*pseudohomosexualita*“ (Kozáková in ORFEUS o.s. (ed.), 2004). Je třeba říci, že i v koedukovaných zařízeních může být situace taková, že lidé opačného pohlaví prakticky nemají možnost trávit společně čas a přirozeně navazovat vztahy jakéhokoliv typu.

Detabuizace otázek týkajících se sexuality, sexuální výchova lidí s mentálním postižením, podpora vzniku a realizace partnerských vztahů a dalších zdravých způsobů uspokojení sexuální potřeby jsou prostředky, kterými lze sexuální zneužívání mezi lidmi s mentálním postižením eliminovat.

### **2.3.2 Masturbace u lidí s mentálním postižením**

*„Masturbace je bezpečnou a běžnou součástí sexuality většiny mužů a žen“* (Venglářová in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 20; srov. Štěrbová, 2009).

Masturbace je většinovou společností považována za běžný projev sexuality, měla by tak tedy být přijímána i u lidí s mentálním postižením.

Jak bylo uvedeno v kapitole 2.3, se sexualitou lidí s mentálním postižením jsou spojeny nejrůznější předsudky, jedním z nich je i předsudek o hypersexualitě. Ten vychází z toho, že jsou tito lidé často „*přistiženi*“ při masturbaci na veřejnosti.

Cabridge, Carnaby, McCarthy (2003) uvádějí, že problém spočívá především v tom, že lidé s mentálním postižením nemají dostatek soukromí pro sebeuspokojování (masturbaci).

Autoři poukazují na to, že v pobytových službách sice mají uživatelé své pokoje, nicméně během dne v nich nemohou trávit čas, často není možné se v pokoji zamknout,



někteří pracovníci nerespektují právo uživatelů na soukromí v jejich pokojích. Je také třeba říci, že obvykle bývají pokoje v pobytových službách pro více osob.

Autoři dále popisují situaci v denních stacionářích, kde je často situace taková, že jediným „soukromým“ prostorem jsou toalety, které však často bývají společné, takže ani zde v podstatě žádné soukromí není. I v denních stacionářích je dle autorů situace taková, že uživatelé nemají možnost se ani na toaletách zamknout.

Dalším mýtem pojmím se se sexualitou (nejen) lidí s mentálním postižením je ten, že obtíže v oblasti sexuality lze vyřešit medikací (Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013). Medikace by měla nastoupit až po vyčerpání jiných způsobů práce s daným sexuálním problémem.

Cabridge, Carnaby, McCarthy (2003) uvádějí, z jakého důvodu považují medikaci u masturbace za nevhodnou. Jednak je zde otázka etiky, kdy by člověk s mentálním postižením měl mít možnost se pro užívání léků svobodně rozhodnout (získat opravdu informovaný souhlas může být problematické), jednak je poukázáno na to, že medikace nemusí být efektivní, neboť její aplikací nedojde k úplnému vymizení sexuálních tužeb, ale spíše ke znemožnění dosažení orgasmu, což může paradoxně vést k větší intenzitě masturbace.

Je tedy třeba zajistit kvalitní sexuální výchovu, aby člověk s mentálním postižením pochopil, co je sebeuspokojování, jak je možné jej bezpečně realizovat a kde je vhodné jej realizovat. A dále je třeba zajistit dostatek soukromí v životě člověka s mentálním postižením, stejně tak jako je to běžné u lidí bez postižení (Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013; Cabridge, Carnaby, McCarthy, 2003).

### **2.3.3 Partnerství, manželství a rodičovství lidí s mentálním postižením**

Jak uváděla jedna z definic smyslu sexuální výchovy (viz kapitola 2.2), tato výchova by měla být výchovou k partnerství, manželství a rodičovství. Další část této práce tak bude zaměřena na problematiku těchto institutů v souvislosti s lidmi s mentálním postižením.

#### **2.3.3.1 Partnerství lidí s mentálním postižením**

*„Partnerské vztahy uspokojují potřebu sounáležitosti a lásky a mnohé další specificky lidské potřeby. Milovat a být milován je jednou ze základních lidských potřeb. Její naplnění je důležité pro každého člověka bez ohledu na přítomnost nebo nepřítomnost postižení“* (Kozáková in Valenta et al., 2007, 49).

Základem pro vytvoření partnerského vztahu je možnost a schopnost vytvořit, navázat, takový typ vztahu. Lidé s mentálním postižením, kteří od nejtělejšího věku žijí v zařízeních ústavního typu, mohou mít problém s navazováním partnerských vztahů především proto, že neznají žádný reálný příklad partnerského vztahu, který jinak obvykle poskytuje rodina. Slowík (in Vanický, Truhlářová (eds.), 2009, 108) upozorňuje, že: *„Jelikož pro jedince s mentálním postižením je takový příklad v podstatě jedinou srozumitelnou ukázkou reálného cíle, kterou nelze při jejich omezených schopnostech abstrakce a generalizace nahradit žádným teoretickým poučováním apod., znamená to, že v rezidenční péči je jedna z nejdůležitějších výchovných metod prakticky nevyužitelná.“*

Slowík (in Vanický, Truhlářová (eds.), 2009, 108) dále poukazuje na to, že také lidé s mentálním postižením, kteří před příchodem do ústavního zařízení žili v rodině, mohou mít s navazováním partnerských vztahů potíže, neboť *„rodiny těchto klientů vykazují nezřídka zřetelné projevy sociálních problémů, příp. až sociálně patologických jevů (...) takže „pozitivní“ příklad je opět deformován a někdy se naopak vlastní rodina stává spíše rizikovým faktorem v přípravě takového klienta na jeho vlastní partnerský život.“*

Je zřejmé, že i lidé s mentálním postižením, kteří žijí v rodině od narození až po dospělost, mohou mít s navazováním partnerských vztahů problémy. Jedná se o případ sociální izolace těchto lidí, kdy jim jejich rodiny neumožňují navštěvovat volnočasové aktivity či různé sociální služby, kde by se mohli seznámit s potenciálním partnerem. Dále se může jednat o případ, kdy rodiny neumožní těmto lidem z nejrůznějších důvodů navázat a realizovat partnerský vztah často proto, že se jejich sexuality obávají a nepřijímají ji jako součást života svého rodinného příslušníka s mentálním postižením (Slowík in Vanický, Truhlářová (eds.), 2009; Kozáková in Valenta et al., 2007).

Dalšími možnými překážkami v navazování partnerských vztahů jsou dle Kozákové (in Valenta et al., 2007, 50) *„nedostatečná sebedůvěra či obtíže v komunikaci.“*

Na možnosti či nemožnosti lidí s mentálním postižením navázat, realizovat a rozvíjet partnerský vztah se významnou měrou podílí také poskytovatelé sociálních služeb. O možných přístupech k sexualitě lidí s mentálním postižením v oblasti sociálních služeb bude pojednáno v kapitole 3.

### **2.3.3.2 Manželství lidí s mentálním postižením**

Manželství nemůže dle *zákona č. 94/1963 Sb., o rodině* uzavřít člověk zbavený *způsobilosti k právním úkonům* (§ 14, odst. 1). Člověk, kterému je způsobilost k právním úkonům omezena, může manželství uzavřít pouze s povolením soudu (§ 14, odst. 2).

Způsobilost k právním úkonům, tj. „*způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti*“ (§ 8, odst. 1 zákona č. 40/1964, Sb., občanský zákoník) může být člověku omezena nebo jí může být zbaven ze zákonem stanovených důvodů (§ 10). Jedním z těchto důvodů je trvalá duševní porucha, která má za následek neschopnost člověka činit právní úkony (§ 10, odst. 1).

Mentální postižení je považováno za duševní poruchu, proto člověk s mentálním postižením může být omezen ve způsobilosti k právním úkonům nebo této může být zbaven. Někteří lidé s mentálním postižením tak nemohou uzavřít manželství, nemají tedy možnost dát svému partnerskému vztahu zákonem vymezenou formu, z níž plynou práva i povinnosti.

Je otázkou, zda nemožnost uzavřít manželství, není v rozporu se základními lidskými právy.

V článku 16 *Všeobecné deklarace lidských práv* (OSN, 1948) stojí: „*Muži a ženy, jakmile dosáhnou plnoletosti, mají právo, bez jakéhokoli omezení z důvodů příslušnosti rasové, národnostní nebo náboženské, uzavřít sňatek a založit rodinu.*“

Stejně tak v *Úmluvě o právech lidí se zdravotním postižením* (OSN, 2006), kterou ČR ratifikovala v roce 2009, se v článku 23 uvádí: „*Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou účinná a odpovídající opatření k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů a k dosažení rovných podmínek s ostatními, s cílem zajistit:*

- *uznání práva všech osob se zdravotním postižením, které dosáhnou věku pro uzavření manželství, uzavřít sňatek a založit rodinu na základě svobodného a plného souhlasu budoucích manželů;*
- *uznání práva osob se zdravotním postižením svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu svých dětí a jejich věkovém odstupu, stejně jako práva na přístup k věku odpovídajícím informacím, sexuální výchově a výchově k plánovanému rodičovství, a na poskytnutí nezbytných prostředků, které by jim umožnily uvedená práva realizovat.*“

### **2.3.3.3 Rodičovství lidí s mentálním postižením**

Rodičovství lidí s mentálním postižením vzbuzuje v intaktní společnosti pochybnosti. Je zde obava z toho, že dítě, které se lidem s mentálním postižením narodí, bude také nějakým způsobem postiženo. Další obavou je, že člověk s mentálním postižením nebude schopen být „*dobrym rodičem*“, tj. nebude schopen dostát nárokům,

které rodičovství přináší, resp. nárokům, které jsou na rodiče společností (právními normami) v daném socio-kulturním prostředí kladeny (Kozáková in Valenta et al., 2007).

*„Otázky rodičovství osob s mentálním postižením, jako i otázky plodnosti a rizika genetického poškození plodu, jsou eticky velmi závažnými“* (Kozáková in Valenta et al., 2007).

Zákon o rodině vymezuje obsah pojmu rodičovská zodpovědnost. *„Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností:*

- *při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,*
- *při zastupování nezletilého dítěte,*
- *při správě jeho jmění“* (§ 31, odst. 1).

Rodičovská odpovědnost náleží dle § 34 odst. 1 oběma rodičům pouze za předpokladu, že jsou tito plně způsobilí k právním úkonům (§ 34, odst. 2). To znamená, že člověk s mentálním postižením, který je omezen ve způsobilosti k právním úkonům, popř. je této způsobilosti zbaven, nemá možnost vychovávat své dítě.

Kozáková (in Valenta et al., 2007, 53) uvádí, že: *„U osob s mentálním postižením bývá touha po dítěti velice často romantická, bez uvědomění si obtíží a zodpovědnosti, které s rodičovstvím souvisí.“*

Lečbych (in Lečbych, 2008, 159) na základě výzkumu, který realizoval mezi lidmi s mentálním postižením, k tomu píše: *„V případě našeho výzkumu bylo volání po dítěti také do značné míry volání po důkazu vlastní normality, vlastních sociálních kompetencí a společenské platnosti.“* Tento aspekt by rozhodně neměl být opomíjen při hledání příčin touhy po rodičovství u člověka s mentálním postižením.

Je jistě dobré umožnit člověku s mentálním postižením, pokud touží po dítěti, reálný prožitek péče o dítě, aby jeho představy více odpovídaly realitě. Je jistě dobré umožnit člověku s mentálním postižením, aby vypomáhal někomu známému s péčí o dítě, a tím alespoň do jisté míry (nebo zcela) saturoval své vlastní potřeby (Kozáková in Valenta, 2007).

Nelze lidem s mentálním postižením upírat právo na partnerství, manželství či rodičovství. Každý člověk (s mentálním postižením) je individualitou, pro každého je jiná cesta, každý má jiné možnosti. Je třeba hledat takové možnosti, aby i lidé s mentálním postižením mohli zastávat roli partnera/partnerky, manžela/manželky či rodiče, pokud budou schopni přijmout práva i povinnosti k těmto rolím patřící.

### 3. Přístupy k sexualitě lidí s mentálním postižením

#### 3.1 Norma v sexuální oblasti

Odpovědět na otázku, co má být v oblasti sexuality a sexuálního chování považováno za normální a co již za abnormální/deviantní, není snadné. Je zřejmé, že normy se vyvíjí a v čase mění, příkladem může být změna postoje k homosexualitě v průběhu dějin lidské společnosti v různých socio-kulturních prostředích (viz Weiss, 2008).

Současné vnímání normy v oblasti sexuálního chování v našem socio-kulturním prostředí prezentuje Weiss (2008, 29), který uvádí, že *„za normální lze považovat takové konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.“*

Uzel (in Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011, 127) nabízí obdobné vymezení normálního sexuálního chování: *„V lidské sexualitě je normální všechno, co člověk dělá dobrovolně a co mu nepřináší žádnou psychickou nebo tělesnou újmu (...). Snad je k tomu možno přidat ještě další požadavek, aby tato aktivita nebudila veřejné pohoršení a neprovokovala lidi jinak smýšlející.“*

Je zřejmé, že člověk s mentálním postižením je schopen (za podpory lidí z intaktní společnosti) dosáhnout této normy.

#### 3.2 Problematika sexuality v prostředí sociálních služeb

Lidé s mentálním postižením mají možnost využívat široké spektrum sociálních služeb. Jak již bylo řečeno, sociální služby jsou legislativně upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Poskytovatelé sociálních služeb musí dle výše zmíněného zákona dodržovat *„standardy kvality“*. (Jejich znění lze najít v příloze 2, vyhlášky č. 505/2006 Sb.).

Standardy kvality sestávají z kritérií, která musí poskytovatel sociálních služeb splňovat. Standardy kvality se týkají zabezpečení sociální služby z hlediska personálního a provozního a vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby (tj. v tomto případě člověkem s mentálním postižením) (§99).

Významným standardem vzhledem k sexualitě a vztahům uživatelů sociálních služeb je standard č. 2 „*Ochrana práv osob*“ (příloha 2, vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Každý poskytovatel musí mít písemně zpracováno, jak umožňuje uživatelům naplňovat jejich základní práva a jak uživatele chrání před nerespektováním jejich práv. Jedním ze základních práv je i „*právo na osobní a rodinný život*“; součástí tohoto práva je „*právo na partnerský a sexuální život*“, jak uvádí Čámský, Sembdner, Krutilová (2011, 95). Nedílnou součástí realizace práv je soukromí.

Ve výše zmíněných legislativních dokumentech není nikterak řešena problematika sexuality uživatelů sociálních služeb, resp. problematika přístupu k sexualitě uživatelů sociálních služeb. To např. Štěrbová (2009) považuje za značný problém.

Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 44) k sexualitě a vztahům v prostředí sociálních služeb uvádí: „*Potřeba zakotvení práce se sexualitou a vztahy je přitom více než zjevná. Řeší-li se v zařízení nějaký problém, téměř vždy má přímou souvislost se sexualitou nebo vztahy uživatelů služeb. Mnoho problémů včetně vytváření prostoru pro zneužívání spouští právě neřešená sexualita a nerespektování potřeb v této oblasti.*“

### **3.3 Protokol o sexualitě a vztazích**

Jak vyplývá z celé této práce, sexualita je nedílnou součástí života člověka, tedy i člověka s mentálním postižením, proto by poskytovatelé sociálních služeb k této tematice měli zaujmout postoj, který bude veřejně známý, písemně zformulovaný a pro zainteresované osoby závazný.

Štěrbová (2009, 10-11) navrhuje, aby „*byl v každém zařízení, které poskytuje sociální služby, ale i jiné služby osobám s mentálním postižením, vytvořen dokument, který umožní jak pracovníkům v přímé péči, tak uživatelům služeb zorientovat se ve správném postupu při řešení otázek sexuality.*“

Je zřejmé, že písemné zpracování, tj. vytvoření dokumentu, je nezbytné proto, že přístup zařízení (poskytovatele sociální služby) musí být jednotný a mít určitou koncepci, ideu. Dále je třeba zachování kontinuity při změně pracovníků i uživatelů sociální služby, je třeba, aby i dalším osobám (rodinným příslušníkům, potenciálním zájemcům o poskytování sociální služby atd.) byl postoj zařízení k sexualitě a vztahům znám.

Štěrbová (2009, 11) říká: „*Proškolený a poučený personál společně s proškolenými a poučenými uživateli služeb a zejména dobře zavedený protokol o sexualitě a vztazích zmírní negativní dopady možného nevhodného přístupu k sexualitě klientů.*“

Vytvoření protokolu o sexualitě a vztazích a jeho aplikace do praxe je záležitostí dlouhodobého charakteru, na vzniku protokolu o sexualitě a vztazích by se mělo podílet více pracovníků. Aby konečná podoba protokolu o sexualitě a vztazích odpovídala celkovému postoji organizace, tak je nutné, aby to byl dokument, který je podrobován kritické reflexi. Pracovníci i uživatelé musí mít možnost navrhnout změny a úpravy tohoto dokumentu (Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 44).

Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 85) poukazuje na důležitost formy, kterou je protokol o sexualitě a vztazích psán: „*Hlavním účelem celého Protokolu sexuality je zavedení pravidel popisujících práva a také povinnosti jak pracovníků, tak jejich klientů. Proto je důležité, aby byl materiál psán srozumitelně a byl dosažitelný pro obě strany. Hlavní části týkající se práv a povinností klientů by měly být v případě potřeby těchto klientů napsány formou, která je „easy to read“, tedy ve zjednodušeném jazyce s přidávanými piktogramy nebo jinými obrázky.*“

K tomu, aby tento dokument byl přínosný pro všechny zúčastněné, je nutné vzdělávání (osvěta) pracovníků i uživatelů sociálních služeb (viz kapitola 3.4 a 3.5).

Protokol o sexualitě a vztazích si může tím, že není legislativně dána povinnost jej vytvářet, tudíž není ani dána jeho závazná podoba, zařízení (poskytovatel sociálních služeb) vytvořit dle potřeb svých uživatelů a pracovníků.

### **3.3.1 Obsah protokolu o sexualitě a vztazích**

Přestože je zřejmé, že protokol o sexualitě a vztazích musí každé zařízení vypracovat na základě svých specifik (specifika dané sociální služby; místní, prostorové, personální kapacity; cílová skupina uživatelů; postoj organizace apod.), jako inspiraci pro to, co vše může protokol o sexualitě a vztazích obsahovat, nabízí Štěrbová (2009) i Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013) příklady struktury a obsahu protokolů o sexualitě a vztazích.

Štěrbová (2009) prezentuje „*modelový protokol o sexualitě a vztazích*“, který je členěn do tzv. sekcí.

Jednotlivé sekce modelového protokolu o sexualitě a vztazích jsou: „*sociosexuální vzdělávání; soukromí; masturbace; intimní pomůcky a materiály; informovaný souhlas, svolení (se sexuálním vyjádřením); vrstevnické a přátelské vztahy; vzájemné sexuální vyjádření; regulace porodnosti; těhotenství a rodičovství; sexuálně přenosné nemoci; sexuální zneužívání; obtěžující sexuální chování.*“

Jednotlivé sekce Štěrbová (2009) dále podrobně popisuje a charakterizuje, v každé sekci konkrétně stanovuje odpovědnost jednotlivých stran – zaměstnavatele, pracovníků, uživatelů.

Pro příklad je uvedeno, jaké konkrétní položky obsahují sekce „*sociosexuální vzdělávání*“ a „*vzájemné sexuální vyjádření*“.

Sociosexuální vzdělávání je zaměřeno na pracovníky i na uživatele služby. Odpovědnost zaměstnavatele spočívá v umožnění, resp. zajištění, vzdělávání v oblasti sexuality pro pracovníky a zajištění zdrojů pro pracovníky v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením (literatura, pomůcky, kontakty na odborníky apod.).

Odpovědnost pracovníků spočívá v tom, že se vzdělávají v problematice sexuality, uživatelům sociální služby poskytují pravdivé a přesné informace a postupují v problematice přístupu k sexualitě uživatelů ve shodě s přístupem organizace.

V oblasti vzdělávání uživatelů sociální služby je odpovědnost uživatelů dána tím, že je jim nabídnuto vzdělávání v dané oblasti, uživatelé jsou podporováni v aktivním hledání odpovědní na své otázky týkající se oblasti sexuality a vztahů.

Pracovníci jsou odpovědní za to, že se podílí na vzdělávání uživatelů v oblasti sexuality, že jejich chování slouží jako modelové chování pro uživatele, že informace sdělují vhodným a přiměřeným způsobem apod. (Štěrbová, 2009).

Vzájemné sexuální vyjádření je oblast protokolu o sexualitě a vztazích, která obsahuje úpravu toho, jakým způsobem si mohou uživatelé vzájemně projevoval sexuální náklonnost.

Odpovědnost uživatelů spočívá v respektu jejich partnera, tj. je možné projevoval svou sexuální náklonnost k partnerovi jen takovým způsobem, který je pro něj přijatelný, respektu soukromí, tj. pro sexuální akty je určeno místo, popř. čas, dodržování zásad „*bezpečného sexu*“ atd.

Odpovědnost pracovníků je v respektu práv uživatele a zároveň ochraně ostatních uživatelů, pokud se některý z uživatelů nechová dle pravidel stanovených protokolem o sexualitě a vztazích.

Konkrétně tedy pracovníci respektují to, že se uživatelé např. drží za ruku, líbají apod., podporují uživatele v oblasti navazování a prožívání partnerských vztahů, okamžitě však zasahují, pokud některý z uživatelů poruší práva druhého uživatele – sexuálně se vyjadřuje na místě, které k tomuto účelu není vymezeno, chová se násilně, projevuje svou sexuální náklonnost k druhému uživateli proti jeho vůli (Štěrbová, 2009).



Ze čtyř ukázkových protokolů, které prezentuje Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013), je zde uveden ten, který byl vytvořen Veronikou Pavlíkovou-Brožovou, konzultantkou pro oblast sexuality v organizaci Diakonie ČCE-středisko Západní Čechy.

*„Tento Protokol se skládá ze tří základních částí, které se dále rozvíjejí:*

- *Základní společná stanoviska a východiska:*
  - *Co je sexualita.*
  - *Postoj organizace k sexualitě v životě lidí s mentálním postižením.*
  - *Východiska základního postoje: Biologická; Právní; Etická; Veřejný závazek organizace.*
- *Jednotlivé oblasti Protokolu sexuality:*
  - *Společné pro celou organizaci*
    - *Oblast vztahů.*
    - *Oblast tělesného a sexuálního vyjádření: Autoerotika; Vzájemné sexuální vyjádření; Vyjádření k promiskuitě, prostituci a deviacím; Erotické materiály a pomůcky; Regulace porodnosti.*
    - *Oblast možných následků sexuálního života a práce s riziky: Těhotenství; Rodičovství; Sexuálně přenosné nemoci; Rizikové a problémové chování.*
    - *Oblast zodpovědnosti pracovníků.*
    - *Oblast sexuální výchovy a osvěty.*
    - *Oblast spolupráce s rodiči a opatrovníky.*
    - *Oblast sexuálního zneužívání, násilí a obtěžujícího chování.*
    - *Oblast nakládání s informacemi.*
  - *Specifická doplnění pro jednotlivé služby.*
- *Přílohy*
  - *Seznamy: kompetentních pracovníků, odborníků, literatury, možností vzdělání atp.*
  - *Formuláře: zápis o podezření ze sexuálního zneužívání, práce s rizikem atp.*
  - *Vysvětlivky: slovníček, terminologie atp.“*

### 3.3.2 Individuální přístup

Jak již bylo uvedeno, protokol o sexualitě a vztazích bude třeba měnit dle potřeb uživatelů a pracovníků. Dále je zřejmé, že vždy je třeba zachovat individuální přístup k uživateli sociální služby, tudíž i protokol o sexualitě a vztazích musí být koncipován tak, aby umožňoval tento individuální přístup.

K tomuto Štěrbová (2009, 17) uvádí, že *„je potřebné, aby byl týmově vytvořen plán psychosexuálního rozvoje (nejlépe individualizovaný) za spolupráce rodičů či zákonných zástupců, opatrovníků, uživatele služeb a dalších zainteresovaných odborníků.“*

Proces vytvoření toho plánu by měl být součástí individuálního plánování průběhu sociální služby. Individuální plánování průběhu poskytování sociální služby je základním pilířem zákona o sociálních službách a jedním ze standardů kvality.

### 3.3.3 Multidisciplinární přístup a supervize

Je důležité poukázat na dva významné fenomény, které jsou spojeny s protokolem o sexualitě a vztazích a přístupem k sexualitě a vztahům lidí s mentálním postižením v prostředí sociálních služeb obecně. Jedná se o multidisciplinární přístup a supervizi.

*„Multidisciplinarita nezavazuje konkrétní zaměstnance odpovědnosti, ba naopak je v odpovědnosti posiluje, neboť jsou odborníky každý ve své specializaci, a ze svého úhlu pohledu přinášejí důležité informace pro tvorbu individuálního plánu sociálně sexuálního rozvoje uživatele služeb“* (Štěrbová, 2009, 37).

Multidisciplinární přístup tak spočívá především ve spolupráci jak mezi pracovníky zařízení, kteří mohou mít různé profesní zaměření (sociální pracovník, psycholog, speciální pedagog), tak ve spolupráci pracovníků zařízení s externisty. Uplatňování multidisciplinárního přístupu v praxi s sebou nese nároky na důkladné a efektivní plánování, přesné určení kompetencí a také požadavek vzájemného respektu mezi všemi členy multidisciplinárního týmu.

Součástí multidisciplinárního týmu by měl být samozřejmě i rodič/opatrovník člověka s mentálním postižením a především člověk s mentálním postižením, kterého se celá problematika týká nejvíce.

Rodiče/opatrovníci by jako členové multidisciplinárního týmu neměli být opomíjeni a podceňováni.

Oblast sexuality a vztahů může být pro rodiče/opatrovníky oblastí obtížnou, přesto je však důležité, aby se pracovníci snažili o navázání spolupráce.

Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 114) k nutnosti spolupráce rodiny a zařízení uvádí: „*Vyvarujme se konfliktů s rodiči, protože v nich máme jen mizivou šanci na úspěch a můžeme jimi pokazit nebo i ukončit předchozí spolupráci.*“ (...) *Nepředpokládejme automaticky, že rodič, ať matka, nebo otec, budou nadšeně spolupracovat, ale nečekejme ani automatický odpor. Snažme se podávat informace postupně a adekvátně reagovat na všechny reakce, které ze strany rodičů mohou přicházet.*“

Práce s člověkem s mentálním postižením a s oblastí jeho sexuality s sebou přináší řadu otázek a situací, ve kterých pracovník potřebuje podporu. Jednou z nejvýznamnějších forem podpory pracovníka i celého týmu pracovníků je supervize.

*„Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. (...)*

*Ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexy vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti“* (Koláčková in Matoušek a kol., 2008, 349).

Supervize přináší pracovníkovi možnost získat nový pohled na problematickou situaci, přináší mu možnost reflektovat své vlastní pohnutky ve vztahu ke své práci, způsobu řešení situace apod.

Pracovníci by měli mít možnost individuální i skupinové (popř. týmové) supervize, měli by mít supervize zaměřené na případy i na sebe samé.

### **3.4 Vzdělávání lidí s mentálním postižením v problematice sexuality**

Vzdělávání uživatelů sociálních služeb v oblasti sexuality (osvěta) je jedním z možných přístupů k této problematice.

Osvěta v oblasti sexuality pro lidi s mentálním postižením může mít skupinovou nebo individuální formu (popř. lze osvětu provádět kombinací těchto forem) s tím, že každá forma osvěty má své silné a slabé stránky (Štěrbová, 2007; Brožová in Venglářová, Brožová, 2009).

Brožová (in Venglářová, Brožová, 2009, 19) vymezuje zásady, které by měly být dodržovány při realizaci sexuální osvěty, jsou jimi: *„přiměřenost; sjednocení a kultivování pojmů; důvěra; neotevírat nic, co není otevřeno; návaznost.“*

Při skupinové osvětě je třeba dbát na složení skupiny. Skupina by měla být sestavena na základě určitých kritérií jako je pohlaví, mentální úroveň, věk, potřeby apod.

Co se týče pohlaví, skupinu mohou tvořit jen muži/ženy, skupina může být i smíšená. Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 112) k tomu uvádí, že: „*Ideální skupina je samozřejmě smíšená ve stejném poměru, kdy muži mohou se ženami diskutovat, sdílet zážitky a informace, vzájemně se učit respektovat atp. Pokud ale víme, že na sebe muži a ženy nejsou zvyklí a jejich propojení by bylo zbytečným vytvořením bariér, vytvoříme raději skupiny pro každé pohlaví zvlášť a až později navrhneme účastníkům případné propojení některých aktivit nebo lekcí.*“

Jako ideální velikost skupiny je při práci dvojice pracovníků uváděn počet 10 účastníků, při práci jednoho pracovníka 6, popř. 6-8 účastníků (Eisner in Venglářová, Eisner a kol., 2013; Brožová in Venglářová, Brožová, 2009)

Tematické okruhy, na které je program osvěty zaměřen, se budou lišit dle potřeb účastníků programu, tj. podle věku, zkušeností, cílů apod.

Mezi konkrétní témata osvěty patří lidské tělo a rozdílnost těl mužů a žen, problematika interpersonálních vztahů, prevence sexuálního zneužívání, společenské normy v oblasti sexuality apod. (Štěrbová, 2007; Štěrbová, 2009; Stočesová-Linhartová in ORFEUS o.s. (ed.), 2004).

Brožová (in Venglářová, Brožová, 2009, 21) uvádí následující tematické bloky, které mohou být předmětem osvěty:

*I. „Tělo*

- *vlastní tělo, tělo druhého pohlaví, péče o tělo, péče o zevnějšek, sexuální život, bezpečí sexuálního života*

*II. Normy a hodnoty*

- *společenské chování, první kontakt, chování v zaměstnání, společenská zábava, společenské a morální hranice, společensky nepřijatelné formy kontaktu*

*III. Vztahy*

- *formy vztahů a jejich odlišnosti, vnímání mužské a ženské role, láska a co k ní patří, rodina*

*IV. Prevence nepříjemných zážitků*

- *co je příjemné jednomu, nemusí být příjemné druhému, jak dát najevo svůj nesouhlas, sexuální zneužívání a jeho prevence, jak požádat o pomoc“*

Pro možnost srovnání je uvedeno ještě členění obsahu osvěty od Bosche a Suykerbuyka (in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 100-101):

- *„Co je sexuální osvěta a co je sex*
  - *základní hodina, kdy se s účastníky uzavírají dohody o průběhu, sdílení informací a mlčenlivosti, o metodách, kterými se bude pracovat.*
- *Lidské tělo*
  - *rozdíly mezi mužem a ženou, tělesný vývoj s ohledem na věk člověka, sexuální dospívání u chlapců (...), sexuální dospívání u dívek (...)*
- *Sex spolu – milování se*
  - *rozlišení přátelství, zamilování, vztahu a sexu, intimita a soukromí, (...)*
- *Jak o sebe pečovat*
  - *péče o zevnějšek, péče o tělo a genitálie - hygiena*
- *Homosexualita*
  - *rozdíly mezi homosexuálem a heterosexuálem, (...)*
- *Hodnoty a normy*
  - *vzájemný respekt, moje hranice a hranice partnera, (...)*
- *Přání mít dítě*
  - *možnost volby – zodpovědnost, role otce, matky, (...)*
- *Pornografie*
  - *účel pornografie, riziko napodobování, nevnímání reality, (...)*“

Jak lze vyčíst z uvedených dvou schémat okruhů osvěty, tematické oblasti se u jednotlivých autorů v podstatě neodlišují, odlišná je hloubka rozpracování jednotlivých témat a jejich pojetí.

### **3.5 Vzdělávání pracovníků v problematice sexuality lidí s mentálním postižením**

Stejně jako uživatelé sociálních služeb potřebují i pracovníci v oblasti sociálních služeb vzdělání v oblasti sexuality ve vztahu k uživatelům sociálních služeb – lidem s mentálním postižením.

Vzdělávání pracovníků obvykle probíhá formou kurzů. Podrobné údaje o kurzech pro pracovníky lze najít např. u Štěrbové (in Vanický, Truhlářová (eds.), 2009) či Stočesové-Linhartové (in ORFEUS o.s. (ed.), 2004).

Jednou z organizací, která se zabývá vzděláváním pracovníků v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením a poradenstvím pro lidi s mentálním postižením je *Poradenské centrum pro oblast sexuality a mezilidských vztahů v životě lidí s mentálním postižením Amorela*<sup>5</sup>, které je provozováno *Diakonií ČCE-střediskem Západní Čechy*.

Centrum nabízí individuální poradenství pro lidi s mentálním postižením i pro širokou veřejnost v otázkách sexuality lidí s mentálním postižením, osvětové skupinové aktivity a vzdělávací kurzy pro pracovníky v oblasti sociálních služeb, které v současné době procházejí akreditačním řízením (Amorela-poradenské centrum, 2010). Další informace o činnosti centra získané na základě rozhovoru s vedoucí centra *Veronikou Pavlíkovou-Brožovou* budou uvedeny v kapitole 5.2.2.

### **3.6 Negativní postoje k sexualitě lidí s mentálním postižením**

Již bylo pojednáno o předsudcích (viz kapitola 2.3), které se pojí se sexualitou lidí s mentálním postižením. Těmito předsudky mohou být ovlivněni i poskytovatelé sociálních služeb, což se projeví na jejich přístupu k uživatelům.

Základním předpokladem pro cílenou práci s problematikou sexuality při poskytování sociálních služeb je, že poskytovatel přijme fakt, že člověk s mentálním postižením je tak jako všichni ostatní lidé bytostí (také) sexuální.

Šedá (in ORFEUS o.s. (ed.), 2004, 73) k tomuto uvádí: „*Mnozí rodiče a vychovatelé si vůbec nepřipouštějí myšlenku, že by mentálně postižený člověk mohl žít plnohodnotným sexuálním životem. Tuto oblast striktně zamítají s tím, že mentálně postižený člověk není schopen a nechce žít jako ostatní.*“

---

<sup>5</sup> dále jen Amorela

Možným přístupem poskytovatele sociálních služeb a pracovníků je odmítání přijetí sexuality člověka s mentálním postižením jako přirozené součásti jeho života. To se v praktické rovině promítne v odmítání/zakazování projevů sexuality uživatele služby, zamlčování informací o sexualitě apod.

O významu sexuální výchovy a osvěty již bylo pojednáno, stejně jako o jednom z nejzávažnějších důsledků neinformovanosti o sexualitě – sexuální zneužívání (viz kapitola 2).

Další problematické aspekty odmítání sexuality člověka s mentálním postižením prezentuje Lečbych (in Lečbych, 2008, 151-152): *„Podcenění sexuální výchovy, nepřesné informace či jejich nedostatek mohou vést ke strachu z pohlavního styku a také k sociálně nepřijatelným projevům sexuality na veřejnosti – např. osahávání cizích osob, důvěrné oslovování asistenta, osahávání asistenta, jeho objímání, líbání, vysvlékání se před asistentem a snaha o masturbaci na veřejnosti.*

*Objevuje se také chování, které vyplývá z neznalosti sociálních hranic a rozdílných sociálních rolí. Osoba s mentální retardací si nemusí být jistá v tom, koho může a nemůže držet za ruku, líbat, s kým se objímat apod.“*

Je třeba hledat u pracovníků, rodičů a dalších zainteresovaných osob důvody, které je vedou k odmítání sexuality lidí s mentálním postižením, o této problematice s nimi diskutovat a aktivně se snažit o poukázání na důležitost a pozitivní důsledky sexuální výchovy pro lidi s mentálním postižením. Zároveň je třeba být otevřený vůči obavám pracovníků a rodičů, naslouchat jim a snažit se hledat společný konsensus, neboť zvláště u lidí s mentálním postižením, kteří žijí v rodině a využívají služeb denního stacionáře, je jednotný přístup rodiny i zařízení velmi důležitý.

Další kapitoly práce představují výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na zjištění přístupů pracovníků k sexualitě uživatelů v sociální službě denní stacionář; výzkumné šetření probíhalo v denních stacionářích v Plzeňském kraji.

## 4. Metodologie výzkumného šetření

### 4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat přístupy pracovníků k sexualitě lidí s mentálním postižením v sociální službě denní stacionář na území Plzeňského kraje, zjištěné závěry porovnat s přístupy doporučovanými odborníky, a následně jednotlivým zařízením poskytnout zpětnou vazbu a doporučení pro praxi.

Dílčími cíli bylo zjistit, zda mají zařízení zpracován protokol o sexualitě a vztazích a jaký je jejich vztah k této problematice; jestli a jak jsou pracovníci proškoleni v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením a přístupu k ní; jestli a jakým způsobem probíhá v zařízení vzdělávání a osvěta uživatelů služby; jak pracovníci přistupují k otázkám partnerství, manželství, rodičovství, sexuálního zneužívání u lidí s mentálním postižením.

### 4.2 Metody výzkumného šetření

#### 4.2.1 Dotazník

*„Dotazník je výzkumný (resp. průzkumný), vývojový a vyhodnocovací (zejména diagnostický) nástroj k hromadnému a poměrně rychlému zjišťování informací o znalostech, názorech nebo postojích dotazovaných osob k aktuální nebo potenciální skutečnosti prostřednictvím písemného dotazování se“* (Švec in Švec a kol., 2009, 122).

Ferjenčík (2010, 183) definuje dotazník jako *„standardizované interview předložené v písemné podobě.“*

Výhodou dotazníku je především to, že lze získat údaje o mnoha respondentech za krátký čas.

Dotazník je složen z položek neboli otázek, Gavora (2010, 121) uvádí, že *„položka je vhodnější označení tehdy, když výrok nemá tázací, ale oznamovací formu.“*<sup>6</sup>

Otázky v dotazníku mohou mít různý charakter a lze je členit z různých hledisek. Základním hlediskem je otevřenost otázek.

---

<sup>6</sup> Pro účely této práce je používáno označení *„otázka“*.



U uzavřené otázky musí respondent zvolit jednu z nabízených variant odpovědi. Pokud je možné vybrat pouze ze dvou proti sobě stojících variant (ano/ne), pak se jedná o „otázku dichotomickou“ (Švec in Švec a kol., 2009; Gavora, 2010).

Otevřená otázka ponechává respondentovi prostor pro jeho vlastní odpověď, nenabízí mu žádné možné alternativy odpovědí. Otevřená otázka klade vyšší nároky na respondenta i výzkumníka (Švec in Švec a kol., 2009; Gavora, 2010).

Polouzavřená otázka využívá výhod otázky uzavřené i otevřené. Respondentovi jsou nabídnuty alternativní možnosti odpovědi a zároveň je mu ponechána možnost uvést svou vlastní jinou odpověď, popř. vysvětlit, proč se rozhodl pro jednu z nabízených odpovědí (Švec in Švec a kol., 2009; Gavora, 2010).

Dotazník, který byl použit pro toto výzkumné šetření, sestával z 33 otázek. 10 otázek bylo uzavřených, 2 otevřené a 21 otázek polouzavřených. Z polouzavřených otázek bylo 12 otázek koncipováno tak, že respondent měl/mohl uvést důvod pro zvolenou odpověď, 8 polouzavřených otázek mimo nabízené alternativy umožňovalo uvést jinou, vlastní (alternativní) odpověď, 1 polouzavřená otázka vyžadovala popis situace při určité volbě odpovědi.

Otázky v dotazníku se týkaly čtyř tematických okruhů, kterými byly:

1. Protokol o sexualitě a vztazích.
2. Vzdělávání pracovníků v problematice sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením.
3. Vzdělávání a osvěta lidí s mentálním postižením v problematice sexuality a vztahů.
4. Přístup ke specifickým otázkám sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením.

Co se týče identifikace jednotlivých respondentů, respondenti měli uvést své pohlaví, věkové rozmezí, ve kterém se nacházejí, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe v práci s lidmi s mentálním postižením a pracovní pozici, kterou v zařízení zastávají. Dotazník je přílohou č. 1 této práce.

#### **4.2.2 Rozhovor**

*„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor (in-depth interview), jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním*

*badatelem pomocí několika otevřených otázek*“ (Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, 159).

Někteří autoři (Miovský, 2006; Zelina in Švec a kol., 2009) preferují označení „*interview*“, aby bylo zřejmé, že ve výzkumném procesu nejde o běžný rozhovor, nýbrž rozhovor specifický (tj. interview), který je charakterizován předem daným cílem a záměrem, odborností výzkumníka, zaměřením otázek na určité téma apod.<sup>7</sup>

Rozhovor může být členěn z hlediska strukturovanosti na „*nestrukturovaný*“, „*polostrukturovaný*“ a „*strukturovaný*“ (Miovský, 2006; Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007), nebo také „*standardizovaný*“, „*polostandardizovaný*“ a „*nestandardizovaný*“ (Zelina in Švec a kol., 2009).

Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že výzkumník má předem připraveny okruhy témat, kterým se chce v rozhovoru věnovat. Dle vývoje rozhovoru lze jednotlivé okruhy témat probrat v libovolném pořadí. Výhodou je, že lze kombinovat otázky uzavřené a otevřené (viz kapitola 4.2.1), lze si ověřovat správné pochopení odpovědi, doptat se na další informace, odhalit informace nové (Miovský, 2006).

Rozhovory s pracovníky, které byly součástí výzkumného šetření, byly polostrukturované. Tematické okruhy rozhovoru byly stejné, jako tematické okruhy dotazníku, tj.:

1. Protokol o sexualitě a vztazích.
2. Vzdělávání pracovníků v problematice sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením.
3. Vzdělávání a osvěta lidí s mentálním postižením v problematice sexuality a vztahů.
4. Přístup ke specifickým otázkám sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením.

Rozhovor s vedoucí poradenského centra Amorela byl taktéž polostrukturovaný, tematickými okruhy tohoto rozhovoru byly:

1. Představení činnosti poradenského centra, nabízené služby.
2. Údaje o vzdělávacích kurzech pro pracovníky, které poradenské centrum nabízí.

---

<sup>7</sup> Pro účely této práce je používáno označení „*rozhovor*“.

3. Poptávka po službách centra ze strany lidí s mentálním postižením, rodičů/opatrovníků lidí s mentálním postižením.
4. Poptávka po službách centra ze strany poskytovatelů sociálních služeb – zaměření na denní stacionáře.
5. Spolupracující organizace a návazné vzdělávací kurzy pro pracovníky.
6. Protokol o sexualitě a vztazích jako jedno z témat vzdělávacího kurzu pro pracovníky – reakce pracovníků.

#### **4.2.3 Analýza dokumentů**

Při analýze dokumentů výzkumník zkoumá takové dokumenty, které sám nevytvořil a které nebyly vytvořeny pro jeho potřeby (Hendl, 2008; Miovský, 2006).

Dokumenty, které mohou být analyzovány, lze rozdělit dle jejich povahy na dokumenty osobní, úřední atd. (Hendl, 2008). Jiné členění je např. podle zdroje dat na dokumenty písemné, obrazové, zvukové, hmotné apod. (Miovský, 2006).

Ve výzkumném šetření byly analyzovány dokumenty vztahující se k oblasti sexuality uživatelů sociální služby denní stacionář (viz kapitola 3.3).

### **4.3 Výzkumný soubor**

#### **4.3.1 Osoby zařazené do výzkumného šetření**

Hlavní cílovou skupinou byli pracovníci jednotlivých denních stacionářů pro lidi s mentálním postižením v Plzeňském kraji.

Do výzkumného šetření byli zařazeni ti pracovníci, kteří se podílejí na přímé péči, tj. ti pracovníci, kteří jsou v denním kontaktu s uživateli sociální služby a přímo s nimi pracují.

Z toho vyplývá, že se jednalo především o pracovníky na pozicích „*pracovník v sociálních službách*“ a „*sociální pracovník*“. Pro všechny tyto pracovníky byl připraven dotazník (viz kapitola 4.2.1).

Celkem bylo rozdáno 25 dotazníků, dotazník vyplnilo 22 respondentů (pracovníků), návratnost dotazníku tedy byla 88 %.

Pro doplnění, upřesnění a zasazení do kontextu byl dále realizován rozhovor s vedoucím zařízení a jedním pracovníkem.

Pracovník, se kterým byl veden rozhovor, byl ten pracovník, který sám projevil vůli rozhovor poskytnout. Byly pořizeny rozhovory se všemi vedoucími a vždy s jedním pracovníkem zařízení, celkově tedy 5 rozhovorů s vedoucími a 5 rozhovorů s pracovníky.

Do výzkumného šetření byla zapojena i vedoucí poradenského centra Amorela (viz kapitola 3.5), se kterou byl taktéž veden rozhovor.

#### **4.3.2 Sociální služba denní stacionář**

Sociální služba denní stacionář je definována zákonem č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, jak již bylo uvedeno.

*„V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (§ 46, odst. 1).*

Sociální služba denní stacionář je charakterizována těmito základními činnostmi:

- *„Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *poskytnutí stravy,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání, osobních záležitostí“ (§ 46, odst. 2).*

Sociální služba denní stacionář je specifická právě tím, že to je služba ambulantní, tj. lidé s mentálním postižením docházejí do zařízení, kde je jim služba poskytována, ostatní čas tráví (ve většině případů) v rodině. Často tato dvě prostředí tvoří „celý svět“ člověka s mentálním postižením, neboť nikde jinde svůj čas netráví.

Při poskytování této služby je tak kladen vysoký nárok na poskytovatele sociální služby v tom, aby spolupracoval se zákonnými zástupci/opatrovníky uživatele proto, aby obě tato prostředí byla podporující, aby člověk s mentálním postižením nedostával rozdílné, protichůdné či odporující si informace, aby na něj nebyly kladeny vzájemně se vylučující požadavky, aby podpora člověka s mentálním postižením byla efektivní.

Toto specifikum denního stacionáře vzhledem k sexualitě uživatelů vyjadřuje Eisner (in Venglářová, Eisner a kol., 2013, 115) následovně:

*„Pokud získáme rodiče pro spolupráci a podaří se nám sjednotit obě prostředí, ve kterých se člověk s postižením pohybuje, je vysoká naděje na úspěch.*

*Naopak pokud bychom konali osvětu bez podpory rodičů a prostředí v organizaci by se výrazně lišilo od toho domácího, je pravděpodobné, že se od zamýšleného cíle spíše vzdálíme a navíc můžeme způsobit klientovi chaos ve správném pojetí sexuality.“*

Dalším důležitým aspektem této sociální služby je to, že obvykle využívá skupinkovou dynamiku pro podporu jednotlivých uživatelů, tj. uživatelé jsou součástí skupiny, požaduje se po nich, aby dodržovali pravidla a normy skupiny, ve skupině mají určitou roli, pozici apod. Samozřejmě, že by v rámci služby měl být vytvářen prostor pro individuální práci a rozvoj uživatele. Jedním z úkolů této služby je tak hledání harmonie mezi člověkem jako individuem a člověkem jako členem skupiny.

#### **4.3.2.1 Denní stacionáře v Plzeňském kraji**

Denní stacionáře, které byly osloveny pro realizaci výzkumného šetření, byly vyhledány v registru poskytovatelů sociálních služeb (viz kapitola 1.3.4); registr je spravován MPSV ČR.

Denní stacionáře byly vyhledány na základě těchto kritérií: „*druh sociálních služeb*“ (denní stacionáře), „*formy poskytování sociálních služeb*“ (ambulantní), „*cílová skupina*“ (osoby s mentálním postižením), „*věková kategorie*“ (dospělí) a „*působnost*“ (Plzeňský kraj) (MPSV ČR, 2013).

Kritériím odpovídalo 7 zařízení v Plzeňském kraji. Všechna tato zařízení byla oslovena, 2 zařízení se odmítla na výzkumném šetření podílet, ostatních 5 zařízení s výzkumným šetřením souhlasilo. Zařízení, která odmítla spolupráci, jako důvod odmítnutí uvedla přetíženost a zahlcenost požadavky o spolupráci na různých výzkumných šetřeních.

#### **4.3.3 Protokoly o sexualitě a vztazích**

Zařízení, která měla zpracovaný protokol o sexualitě a vztazích nebo dokument obdobného charakteru, byla požádána, aby jej poskytla k analýze.

Z pěti zařízení, která se výzkumného šetření účastnila, měla protokol o sexualitě a vztazích zpracovaný 2 zařízení, ta jej poskytla k následné analýze, 3 zařízení protokol zpracovaný neměla (jedno z těchto zařízení mělo část pracovní neoficiální verze, kterou odmítlo k analýze poskytnout).

## 5. Výsledky výzkumného šetření

### 5.1 Dotazníky

V první části jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření tak, že každá otázka a možné odpovědi jsou uvedeny v tabulce. U jednotlivých zařízení („DS 1“ až „DS 5“) je uveden počet pracovníků, kteří zvolili danou odpověď, v pravém sloupci „celkem“ je uveden celkový počet pracovníků, kteří zvolili danou odpověď, v dolním sloupci „celkem“ je uvedeno, kolik pracovníků z daného zařízení na otázku odpovídalo.

Pod otázkami, u kterých mohli pracovníci uvést svou vlastní odpověď, jsou tyto odpovědi uvedeny doslovně, nebo je uvedeno shrnutí odpovědí pracovníků. Ke každé otázce je přidán slovní komentář.

1. Pohlaví						
zařízení:	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5	celkem:
muži	0	1	1	0	0	2
ženy	7	3	4	3	3	20
celkem:	7	4	5	3	3	22

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti, 20 respondentů byly ženy, 2 respondenti byli muži.

Ve třech z pěti zařízení je personál tvořen pouze ženami. To je situace pro oblast vztahů a sexuality nepříznivá. Uživatelé tak často nemají možnost sledovat přirozené interakce mezi muži a ženami a společenská pravidla, která v jejich vzájemném styku platí.

2. Věkové rozmezí						
zařízení:	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5	celkem:
18-20 let	0	0	0	0	0	0
21-30 let	0	2	1	1	0	4
31-40 let	1	0	1	2	1	5
41-50 let	3	2	2	0	2	9
51-60 let	3	0	1	0	0	4
61 a více let	0	0	0	0	0	0
celkem:	7	4	5	3	3	22

Na tuto otázku také odpověděli všichni respondenti. Respondenti se nacházeli ve věkovém rozmezí 21 – 60 let, nejvíce respondentů (9) se pohybovalo ve věkovém rozmezí 41-50 let.

<b>3. Nejvyšší dosažené vzdělání</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
základní	0	0	0	0	0	0
střední bez maturity	3	0	0	0	0	3
střední s maturitou	2	1	4	1	0	8
vyšší odborné	1	1	1	1	0	4
vysokoškolské bakalářské sociálního/speciálněpedagogického směru	0	2	0	0	1	3
vysokoškolské magisterské sociálního/speciálněpedagogického směru	0	0	0	1	0	1
jiné, uveďte	1	0	0	0	2	3
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Respondenti měli nejvyšší ukončené vzdělání od středního vzdělání bez maturity po vysokoškolské magisterské vzdělání. Nejvíce respondentů (8) mělo střední vzdělání s maturitou.

3 respondenti uvedli jiné vzdělání, tyto respondenti měli vysokoškolské magisterské vzdělání jiného než sociálního/speciálněpedagogického směru. Celkově tak mělo vysokoškolské vzdělání 7 respondentů.

<b>4. Délka praxe s lidmi s mentálním postižením</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
0-1 rok	0	1	1	0	1	3
2-5 let	4	2	1	2	1	10
6-10 let	3	1	2	1	0	7
11-20 let	0	0	1	0	1	2
21-30 let	0	0	0	0	0	0
31 a více let	0	0	0	0	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

I na tuto otázku odpověděli všichni respondenti, jejich praxe s lidmi s mentálním postižením je od 0 do 20 let, nejvíce respondentů (10) má praxi v rozmezí 2-5 let, 7 respondentů pak má praxi v délce 6-10 let.

<b>5. Pracovní pozice vykonávaná v zařízení</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
pracovník v sociálních službách	5	2	2	2	0	11
sociální pracovník	1	2	1	1	2	7
jiná, uveďte	1	0	2	0	1	4
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Polovina respondentů (11) pracuje na pozici pracovník v sociálních službách, 7 respondentů pracuje na pozici sociální pracovník a 4 respondenti uvedli, že pracují na jiné pracovní pozici.

Jako jiná pozice bylo dvakrát uvedeno „instruktor sociální péče“, jednou „osobní asistent“ a jednou „manažer služby denní stacionář“.

<b>6. Je v zařízení, ve kterém pracujete, zpracován protokol o sexualitě a vztazích (popř. obsahově obdobný dokument s jiným názvem)?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, jsem s ním obeznámen/a	7	4	0	0	3	14
ano, nejsem s ním obeznámen/a	0	0	1	0	0	1
ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné (přejděte na otázku č. 13)	0	0	0	0	0	0
ne, ale domnívám se, že by měl být takový dokument v zařízení zpracován (přejděte na otázku č. 13)	0	0	4	3	0	7
nevím (přejděte na otázku č. 13)	0	0	0	0	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti, z jejich odpovědí vyplývá, že ve 3 zařízeních je protokol o sexualitě a vztazích zpracován, ve 2 zařízeních zpracován není.

V jednom ze zařízení, kde respondenti uváděli, že protokol o sexualitě a vztazích je zpracován, napsali, že dokument je součástí metodiky, a nenes název protokol o sexualitě a vztazích.



V zařízení DS 4, kde protokol o sexualitě a vztazích zpracován není, se respondenti jednomyslně shodují, že by takový dokument zpracován být měl. V DS 3, kde protokol o sexualitě a vztazích také není zpracován, se 4 z 5 respondenti domnívají, že by takový dokument měl být zpracován, 1 respondent si myslí, že protokol o sexualitě a vztazích v zařízení zpracován je, ale on s ním není obeznámen.

Jednomyslní v odpovědích byli respondenti ze všech zařízení kromě respondentů z DS 4.

Respondenti, kteří odpověděli, že protokol o sexualitě a vztazích v zařízení zpracován není, měli přejít na otázku č. 13, neboť 7. až 12. otázka se týkala protokolu o sexualitě a vztazích.

<b>7. Měl/a jste možnost podílet se na vzniku protokolu o sexualitě a vztazích?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano	4	1	0	--	2	7
ne	3	3	1	--	1	8
nevím	0	0	0	--	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	1	--	3	15

Na otázku odpovědělo všech 15 respondentů. Na vzniku protokolu o sexualitě a vztazích se mělo možnost podílet 7 respondentů, 8 respondentů tuto možnost nemělo.

Respondenti, kteří neměli možnost se na vzniku protokolu podílet, ke své odpovědi uváděli, že v době vzniku protokolu v zařízení nepracovali, proto se na jeho vzniku nemohli podílet.

<b>8. Máte možnost navrhnout změny a úpravy v protokolu o sexualitě a vztazích?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, zatím jsem té možnosti nevyužil/a	4	1	1	--	2	8
ano, této možnosti jsem využil/a, uveďte důvod:	2	0	0	--	1	3
ne	0	2	0	--	0	2
ne, ale kdybych tuto možnost měl/a, využil/a bych jí, uveďte důvod:	0	0	0	--	0	0
nevím	1	1	0	--	0	2
<i>celkem:</i>	7	4	1	--	3	15

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda mají respondenti povědomí o tom, zda mohou navrhnout změny v protokolu o sexualitě a vztazích, tj. jestli je tento dokument chápán tak, že je třeba jej měnit dle zkušeností a potřeb všech zainteresovaných osob.

Na tuto otázku odpovědělo všech 15 respondentů, kteří na ni odpovědět měli, 8 respondentů odpovědělo, že možnost navrhnout změny mají, ale zatím této možnosti nevyužili, 3 respondenti odpověděli, že možnosti navrhnout změny využili, důvod však neuvědli, 2 respondenti uvedli, že změny navrhnout nemohou, a stejně tak 2 respondenti uvedli, že neví, jestli mohou změny navrhnout.

Respondenti z DS 1 a DS 2 jsou ve svých odpovědích nejednotní, nemají v této oblasti jasno.

<b>9. Postupují všichni pracovníci zařízení, ve kterém pracujete, v souladu s protokolem o sexualitě a vztazích?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano	7	4	0	--	2	13
ne	0	0	0	--	0	0
nevím	0	0	1	--	1	2
<i>celkem:</i>	7	4	1	--	3	15

V této otázce bylo zjišťováno, zda se respondent domnívá, že jeho kolegové postupují dle protokolu o sexualitě a vztazích.

Na otázku odpověděli všichni respondenti, 13 respondentů odpovědělo, že všichni pracovníci postupují dle protokolu o sexualitě a vztazích, 2 respondenti uvedli, že neví, jestli všichni pracovníci postupují dle protokolu o sexualitě a vztazích. Jednotní ve svých odpovědích byli respondenti z DS 1 a DS 2.

<b>10. Vnímáte protokol o sexualitě a vztazích jako přínosný při řešení otázek týkajících se sexuality uživatelů zařízení, ve kterém pracujete?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano	5	4	1	--	3	13
ne ( <i>přejděte na otázku č. 13</i> )	0	0	0	--	0	0
nevím ( <i>přejděte na otázku č. 13</i> )	1	0	0	--	0	1
<i>celkem:</i>	6	4	1	--	3	14

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda je protokol o sexualitě a vztazích respondenty vnímán jako přínosný pro jejich práci s oblastí sexuality uživatelů.

V zařízení DS 1 jeden respondent uvedl, že neví, jestli je protokol o sexualitě a vztazích přínosný, 1 z respondentů z tohoto zařízení na otázku neodpověděl. Respondent, který odpověděl, že neví, jestli je pro něj protokol o sexualitě a vztazích přínosný, měl přejít na otázku č. 13.

V zařízení DS 2 a DS 5 se pracovníci jednomyslně shodli na tom, že protokol o sexualitě a vztazích vnímají jako přínosný.

<b>11. V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích pro sebe jako pracovníka?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
vymezení práv a povinností pracovníka	3	4	1	--	1	9
vymezení práv a povinností uživatele	3	1	1	--	1	6
vymezení postupů při řešení problematických situací	5	2	1	--	3	11
vymezení postupů při jednání s rodiči uživatele	1	1	0	--	3	5
vymahatelnost práv a povinností pracovníka i uživatele	1	1	0	--	1	3
jiné, uveďte	0	0	0	--	1	1
<i>celkem:</i>	5	4	1	--	3	13

V této otázce měli respondenti blíže specifikovat, v čem je pro ně jako pro pracovníky protokol o sexualitě a vztazích přínosný.

Na otázku odpovědělo 13 respondentů, 1 respondent ze zařízení DS 1 na otázku neodpověděl. Respondenti mohli označit více z nabízených odpovědí.

Nejvíce (11) respondentů označilo za přínosné to, že protokol o sexualitě a vztazích vymezuje postupy řešení problematických situací, dále respondenti uváděli (9), že protokol o sexualitě a vztazích vymezuje práva a povinnosti pracovníka a stejně tak práva a povinnosti uživatele (6).

Jeden respondent uvedl jiný přínos protokolu o sexualitě a vztazích a to: „opečování ostatních uživatelů a vymezení jejich práv“.

<b>12. V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích pro uživatele sociální služby?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
vymezení práv a povinností uživatele	4	2	1	--	1	8
vymezení práv a povinností pracovníka	4	4	1	--	0	9
vymezení přístupu zařízení k sexualitě uživatele	4	1	1	--	3	9
vymahatelnost práv a povinností pracovníka i uživatele	1	1	0	--	0	2
jiné, uveďte	0	0	0	--	0	0
<i>celkem:</i>	5	4	1	--	3	13

Tato otázka byla zaměřena na zjištění toho, v čem vidí respondenti – pracovníci – přínos protokolu o sexualitě a vztazích pro uživatele sociální služby denní stacionář.

Opět odpovědělo 13 respondentů ze 14, kteří měli odpovídat, opět neodpověděl jeden respondent ze zařízení DS 1. Stejně jako u předchozí otázky mohli respondenti označit více odpovědí.

Jako největší přínos protokolu o sexualitě a vztazích pro uživatele vnímali respondenti vymezení práv a povinností pracovníka (9) a vymezení přístupu zařízení k sexualitě uživatele (9). Vymezení práv a povinností uživatele bylo taktéž vnímáno jako přínosné (8).

<b>13. Vzdělával/a jste se v problematice sexuality lidí s mentálním postižením?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano	6	1	3	2	2	14
ano, rád/a bych se v tomto vzdělával/a dále	1	0	0	1	0	2
ne, ale rád/a bych se v tomto vzdělával/a ( <i>přejděte na otázku č. 15</i> )	0	3	1	0	1	5
ne ( <i>přejděte na otázku č. 15</i> )	0	0	1	0	0	1
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Tato otázka se soustředila na zjištění toho, zda se respondenti vzdělávali v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením. Na tuto otázku odpovědělo všech 22 respondentů.

16 respondentů odpovědělo, že se v dané oblasti vzdělávalo, 2 z těchto respondentů navíc odpověděli, že by se v této oblasti rádi vzdělávali dále. Respondenti z DS 1 a DS 5 se v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením vzdělávali všichni.

7 respondentů se v této oblasti nevzdělávalo, 5 z nich by se rádo v dané oblasti vzdělávalo. Respondenti, kteří se v oblasti sexuality nevzdělávali, měli přejít na otázku č. 15.

<b>14. Jakého typu vzdělávání jste se účastnil/a?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
základní kurz v rozsahu do 8 hodin včetně	2	1	0	1	0	4
základní kurz v rozsahu 9-16 hodin	3	0	3	1	1	8
rozšiřující kurz v rozsahu do 8 hodin včetně	0	0	1	0	0	1
rozšiřující kurz v rozsahu 9-16 hodin	1	0	0	1	0	2
jiný typ, uveďte	0	0	0	1	1	2
<i>celkem:</i>	6	1	3	3	2	15

Respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že se vzdělávali v oblasti sexuality, byli v této otázce vyzváni, aby specifikovali, jakého vzdělávání se zúčastnili. Na tuto otázku odpovědělo 15 respondentů ze 16.

12 respondentů se zúčastnilo základního kurzu, z toho 8 v rozsahu do osmi hodin včetně, 4 v rozsahu devět až šestnácti hodin.

3 respondenti se účastnili rozšiřujícího kurzu, 2 v rozsahu devět až šestnáct hodin, 1 v rozsahu do osmi hodin včetně.

2 respondenti uvedli, že se vzdělávali jiným způsobem, jeden respondent uvedl „základní kurz, 24 hodin“, druhý respondent „pozvali jsme si odborníka k nám na konzultaci“.

<b>15. Máte možnost vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, dostala jsem nabídku na absolvování vzdělávacích kurzů	6	1	2	2	3	14
ano, ale nechci tuto nabídku využít, uveďte důvod	1	0	1	1	0	3
ne, z důvodu nedostatku financí	0	0	0	0	0	0
ne, z důvodu nedostatku času	0	0	0	0	0	0
ne, z důvodu velké vzdálenosti místa konání kurzu	0	0	0	0	0	0
ne, z jiných důvodů, uveďte	0	3	1	0	0	4
nevím	0	0	0	0	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	4	3	3	21

Tato otázka byla pro všechny respondenty. Bylo zjišťováno, jestli respondenti mají možnost vzdělávání se v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením, a pokud tuto možnost nemají, tak důvod. Respondenti mohli označit více odpovědí.

Na otázku odpovědělo 21 respondentů, 1 respondent z DS 3 neodpověděl.

17 respondentů odpovědělo, že možnost vzdělávání mělo/má, z toho 3 uvedli, že této nabídky využít nechtějí. Důvody pro to, proč nabídku využít nechtějí, uvedli pouze 2 respondenti, byly to: „v současné době se specializují na jinou problematiku“ a „už jsem se zúčastnila“.

4 respondenti uvedli, že se nezúčastnili z jiných důvodů, jako důvod všichni uvedli, že „zatím nebyla příležitost“.

<b>16. Považujete vzdělávání sebe sama v problematice sexuality lidí s mentálním postižením za důležité pro výkon své profese?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, uveďte důvod	6	4	4	3	3	20
ne, uveďte důvod ( <i>přejděte na otázku č. 18</i> )	0	0	1	0	0	1
nevím ( <i>přejděte na otázku č. 18</i> )	1	0	0	0	0	1
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Tato otázka sloužila ke zjištění toho, zda je pro respondenty vzdělání v oblasti sexuality důležité vzhledem k jejich profesi.

20 respondentů odpovědělo, že ano, 1, že ne, a 1, že neví. Respondent, který uvedl, že pro něj vzdělávání v oblasti sexuality není důležité, uvedl jako důvod: „nepřijde mi to v našem zařízení jako prioritní“.

Z 20 respondentů, pro které je vzdělávání důležité, důvod uvedlo 16 respondentů. Jako důvod respondenti uváděli především to, že sexualita je součástí života každého člověka, tudíž i člověka s mentálním postižením, proto se v této oblasti musí pracovník vzdělávat, aby dokázal porozumět potřebám uživatelů a účinně je podpořit při hledání způsobu uspokojení těchto potřeb. Respondenti uváděli, že vzdělání v této oblasti je nedílnou a nezbytnou součástí jejich práce.

<b>17. Pokud byste mohl/a navrhnout témata, která by měla být obsahem vzdělávacího kurzu pro pracovníky o sexualitě lidí s mentálním postižením, jaká témata by to byla?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
<i>odpovědělo:</i>	2	3	2	3	2	12

Respondenti byli v této otázce vyzváni k navržení témat, která by měla být obsahem vzdělávacího kurzu pro ně samé (a jejich kolegy) o sexualitě lidí s mentálním postižením. Na tuto otázku odpovědělo 12 respondentů z 20, kteří odpovědět měli.

Respondenti uváděli tato témata: protokol sexuality, projevy sexuality a práce s nimi, práce s rodiči, způsob komunikace s uživatelem o tématech týkajících se sexuality, reálné zkušenosti a způsoby řešení různých situací.

2 respondenti uvedli, že s tématy kurzu, který absolvovali, byli spokojeni, a nemají potřebu sami témata navrhnout.

<b>18. Považujete sexuální výchovu a osvětu lidí s mentálním postižením za přínosnou pro jejich život?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, je nedílnou součástí výchovy každého života	7	4	4	3	3	21
ne není vzhledem j jejich postižení vhodná	0	0	0	0	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	4	3	3	21

Na tuto otázku odpovědělo 21 respondentů, všichni respondenti odpověděli, že sexuální výchovu a osvětu lidí s mentálním postižením považují za přínosnou pro jejich život. 1 respondent z DS 3 na tuto otázku neodpověděl.

<b>19. Kdo by měl být realizátorem sexuální výchovy a osvěty u lidí s mentálním postižením?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
rodina člověka s mentálním postižením	3	0	0	0	0	3
instituce, jejichž služby člověk s mentálním postižením využívá	0	1	0	1	0	2
rodina i instituce společně	3	3	5	2	3	16
u lidí s mentálním postižením by sexuální výchova a osvěta neměla by být realizována	0	0	0	0	0	0
<i>celkem:</i>	6	4	5	3	3	21

Na otázku, kdo by měl sexuální výchovu a osvětu u lidí s mentálním postižením poskytovat, odpovědělo 21 respondentů, 1 respondent z DS 1 na otázku neodpověděl.

16 respondentů uvedlo, že rodina člověka s mentálním postižením a instituce, jejíž služby daný člověk využívá, by měly společně realizovat sexuální výchovu, 3 respondenti se domnívají, že by realizátorem sexuální výchovy měla být rodina, 2 respondenti se domnívají, že by realizátorem měla být instituce, jejíž služby člověk s mentálním postižením využívá.



Lze si všimnout, že jednomyslná shoda panovala u respondentů z DS 3 a DS 5, o tom, že by realizátorem měla být pouze rodina člověka s mentálním postižením, byli přesvědčeni jen někteří respondenti z DS 1.

<b>20. Poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano	7	4	0	0	1	12
ne, není to potřeba, sexuální výchovu lidí s mentálním postižením nepovažujeme za důležitou ( <i>přejděte na otázku č. 22</i> )	0	0	0	0	0	0
ne, nejsou personální zdroje ( <i>přejděte na otázku č. 22</i> )	0	0	1	1	2	4
ne, nejsou finanční zdroje	0	0	0	0	0	0
ne, ale myslím si, že by zařízení mělo takové programy poskytovat ( <i>přejděte na otázku č. 22</i> )	0	0	0	2	0	2
nevím ( <i>přejděte na otázku č. 22</i> )	0	0	4	0	0	4
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Touto otázkou bylo zjišťováno, jestli zařízení poskytuje uživatelům vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality, a pokud jim tyto programy neposkytuje, tak z jakého důvodu.

Respondenti z DS 1 a DS 2 jednomyslně odpověděli, že zařízení vzdělávací a osvětové programy poskytuje. 4 respondenti z DS 3 neví, jestli zařízení programy poskytuje, a 1 respondent se domnívá, že zařízení programy neposkytuje z důvodu nedostatku personálních zdrojů. Respondenti z DS 4 uváděli, že zařízení programy neposkytuje, 2 z nich se domnívali, že by takové programy poskytovat mělo, 1 uvedl, že programy nejsou poskytovány z důvodu nedostatku personálních zdrojů. 2 respondenti z DS 5 uvedli, že zařízení programy neposkytuje, neboť nejsou personální zdroje, 1 respondent z tohoto zařízení uvedl, že zařízení programy poskytuje. V zařízení DS 3 a DS 5 je vidět nesoulad mezi odpověďmi respondentů. Je možné, že respondenti nevěděli, co si pod pojmem vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality představit.

Celkově tedy 12 respondentů uvedlo, že vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality zařízení uživatelům poskytuje, 4 respondenti uvedli, že zařízení takové programy neposkytuje z důvodu nedostatku personálních zdrojů, a stejně tak 4 respondenti uvedli, že neví, jestli zařízení takové programy poskytuje.

Respondenti, kteří uvedli, že zařízení poskytuje vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality, měli odpovědět i na následující otázku, ostatní respondenti měli přejít na otázku č. 22.

<b>21. V jaké formě poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
individuální poradenství	6	4	--	--	1	11
párové poradenství	3	4	--	--	0	7
pravidelná skupinová setkávání s uživateli (četnost alespoň 1x týdně)	2	4	--	--	0	6
pravidelná skupinová setkávání s uživateli (četnost alespoň 1x měsíčně)	5	0	--	--	0	5
jiná forma, uveďte	0	0	--	--	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	--	--	1	12

Respondenti měli blíže specifikovat, v jaké formě poskytuje zařízení vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality uživatelům služby.

Na otázku odpovídalo všech 12 respondentů, kteří na ni odpovědět měli. Respondenti mohli označit více odpovědí.

Respondenti z DS 1 uvedli formu individuálního i párového poradenství a dále skupinová setkávání s uživateli, kdy někteří uváděli četnost alespoň jednou týdně, někteří četnost alespoň jednou měsíčně. Respondenti z DS 1 ve svých odpovědích nebyli jednotní, nejvíce z nich (6) uvedlo jako formu individuální poradenství.

Respondenti z DS 2 jednomyslně uvedli individuální poradenství, párové poradenství a skupinová setkání s četností alespoň jednou týdně.

Respondent z DS 5 uvedl jako formu individuální poradenství.

Celkově tedy nejvíce zařízení poskytují individuální poradenství (11), párové poradenství (7) a pravidelná setkání s uživateli s četností alespoň jednou týdně (5).

<b>22. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost konzultovat své problémy/otázky z oblasti sexuality s externími odborníky – spolupracovníky zařízení?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, považuji to za přínosné, uveďte důvod	6	4	2	3	3	18
ano, ale považuji to za nadbytečné, uveďte důvod	0	0	0	0	0	0
ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné, uveďte důvod ( <i>přejděte na otázku č. 24</i> )	1	0	0	0	0	1
ne, ale myslím si, že by měli tuto možnost mít, uveďte důvod ( <i>přejděte na otázku č. 24</i> )	0	0	1	0	0	1
nevím ( <i>přejděte na otázku č. 24</i> )	0	0	2	0	0	2
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Všichni respondenti měli odpovědět, zda mají uživatelé možnost konzultovat své otázky z oblasti sexuality s externími odborníky, resp. jestli jim zařízení tuto možnost zprostředkovává.

Na otázku odpovídalo všech 22 respondentů. Respondenti z DS 2, DS 4 a DS 5 se jednomyslně shodli na tom, že uživatelé tuto možnost mají a že to považují za přínosné, respondenti z DS 1 a DS 3 byli ve svých odpovědích nejednotní.

Respondenti, kteří uvedli, že uživatelé mají možnost konzultovat své otázky s externími spolupracovníky, přínos viděli v tom, že externí spolupracovník je odborník na oblast sexuality, že je to člověk „*mimo*“ zařízení, takže uživatelé jsou s ním ochotní řešit i taková témata, která s pracovníky řešit ochotní nejsou, a že jsou s ním ochotni řešit i taková témata, která nejsou ochotní řešit ani s rodiči.

Respondent, který uvedl, že uživatelé možnost konzultace s externistou nemají a že by to ani nepovažoval za přínosné, uvedl: „*vlastní určený pracovník*“. Respondent, který uvedl, že uživatelé možnost konzultace s externistou nemají, ale mít by měli, důvod neuvedl.

Celkově tak 18 respondentů uvedlo, že uživatelé mají možnost konzultace s externistou, 2 respondenti neví, jestli mají uživatelé možnost konzultace s externistou, 1

respondent uvedl, že možnost konzultace s externistou uživatelé nemají, ani by tuto možnost nepovažoval za přínosnou, a 1 respondent uvedl, že možnost konzultace s externistou uživatelé nemají, ale mít by měli.

<b>23. S jakým externím odborníkem mají uživatelé zařízení, ve kterém pracujete, možnost konzultovat své problémy/otázky z oblasti sexuality?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
s psychologem	1	0	1	0	0	2
se speciálním pedagogem	0	0	0	0	0	0
se sexuologem	0	0	0	0	0	0
s jiným specialistou, uveďte	2	4	0	3	3	12
celkem:	3	4	1	3	3	14

Respondenti, kteří uvedli, že uživatelé mají možnost konzultace s externistou v oblasti sexuality, měli uvést, s jakým externím spolupracovníkem – odborníkem – mají uživatelé možnost své problémy/otázky řešit. Respondenti mohli označit více odpovědí.

Na tuto otázku mělo odpovídat 18 respondentů, odpovědělo 14 respondentů. 2 respondenti (z DS 1 a DS 3) odpověděli, že uživatelé mají možnost odborné konzultace s psychologem, ostatní respondenti (12) odpověděli, že mají uživatelé možnost odborné konzultace s jiným specialistou. Jednomyslně se v odpovědi na tuto otázku shodli respondenti z DS 2, DS 4 a DS 5.

Všichni respondenti, kteří uvedli, že uživatelé mají možnost odborné konzultace s jiným specialistou, napsali, že tímto specialistou jsou pracovníci poradenského centra Amorela (viz kapitola 3.5).

<b>24. Pokud byste mohl/a navrhnout témata, která by měla být obsahem vzdělávacího a osvětového programu o sexualitě pro uživatele zařízení, ve kterém pracujete, jaká témata by to byla?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
<i>odpovědělo:</i>	4	4	2	3	3	16

Respondenti měli uvést, jaká témata by měla být s uživateli probírána v rámci vzdělávacího a osvětového programu. Na tuto otázku odpovědělo 16 respondentů z 22.

Témata, která respondenti uváděli, byla: hygiena, antikoncepce, rozdíly mezi mužem a ženou nejen po fyzické stránce, rozdíl mezi soukromým a veřejným prostorem,

jaké projevy sexuality jsou v těchto prostorech přípustné a nepřípustné, jak navazovat vztahy a jak společensky korektním způsobem vyjádřit co člověk chce a co nechce.

<b>25. Setkal/a jste se v zařízení, ve kterém pracujete, s projevy sexuality uživatelů služby?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano	7	4	5	3	2	21
ne ( <i>přejděte na otázku č. 27</i> )	0	0	0	0	1	1
<b>celkem:</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>22</b>

Respondenti měli odpovědět na otázku, zda se v zařízení, ve kterém pracují, setkávají s projevy sexuality uživatelů.

Na otázku odpovědělo všech 22 respondentů, 21 respondentů odpovědělo, že se s projevy sexuality uživatelů setkali, 1 respondent odpověděl, že se s projevy sexuality uživatelů neseťkal.

<b>26. S jakými projevy sexuality uživatelů služby jste se setkal/a?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
masturbace	3	0	5	0	2	10
obnažování se před ostatními	0	0	2	0	1	3
sexuální obtěžování pracovníka/jiného uživatele služby	6	1	0	1	0	8
partnerský vztah mezi uživateli	7	4	1	2	2	16
homosexuální projevy	0	0	0	0	0	0
pohlavní styk mezi uživateli	0	0	0	0	0	0
jiné, uveďte	0	0	0	1	1	2
<b>celkem:</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>21</b>

21 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se setkali s projevy sexuality uživatelů, mělo uvést, s jakými konkrétními projevy se setkalo. Respondenti mohli označit více odpovědí. Odpovídali všichni respondenti.

Nejvíce respondentů (16) se setkalo s partnerským vztahem mezi uživateli, 10 respondentů se setkalo s masturbací uživatelů, 8 respondentů se setkalo se sexuálním obtěžováním pracovníka/jiného uživatele. Ojedinele (3) se respondenti setkali s obnažováním uživatele před ostatními.

Respondenti se nesetkali s homosexuálními projevy uživatelů, ani s pohlavním stykem mezi uživateli.

2 respondenti uvedli jiné projevy sexuality, se kterými se setkali, konkrétně pak: „slovní naznačování“ a „něžnosti a objevování tělesnosti mezi uživateli“.

<b>27. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost masturbace (za splnění určitých podmínek, např. vymezení určitého prostoru, kde je možno masturbaci v soukromí realizovat)?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, považuji to za vhodné, uveďte důvod	2	1	2	0	3	8
ano, ale nepovažuji to za vhodné, uveďte důvod	2	0	2	1	0	5
ne, ani bych to nepovažoval/a za vhodné, uveďte důvod	2	3	0	2	0	7
ne, ale myslím si, že by měli tuto možnost mít, uveďte důvod	1	0	1	0	0	2
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Respondenti měli uvést postoj zařízení a postoj svůj k možnosti uživatelů masturbovat v zařízení.

Na otázku odpovědělo všech 22 respondentů. V odpovědích se shodli pouze respondenti z DS 5, respondenti z ostatních zařízení byli ve svých odpovědích velmi nejednotní.

8 respondentů uvedlo, že uživatelé mají možnost v zařízení masturbovat a že to považují za vhodné. 7 respondentů uvedlo, že uživatelé možnost masturbovat nemají a že by to ani nepovažovali za vhodné. 5 respondentů uvedlo, že uživatelé možnost masturbace v zařízení mají, ale respondenti to nepovažují za vhodné, 2 respondenti uvedli, že uživatelé možnost masturbace v zařízení nemají, ale mít by měli.

5 respondentů uvedlo důvod, proč považují možnost masturbace uživatelů v zařízení za vhodnou. Důvodem bylo především to, že zabránění uživateli masturbovat by mohlo vést k agresivitě, že je to přirozená potřeba člověka, že zařízení má možnost odkázat uživatele v případě potřeby masturbace do soukromí.

2 respondenti, kteří uvedli důvod pro to, proč nepovažují za vhodné, že mohou uživatelé v zařízení masturbovat, uváděli, že v zařízení nejsou vhodné prostory, kde by uživatel mohl mít soukromí pro tuto aktivitu.

Důvod pro to, proč uživatelé nemají možnost masturbace a ani by to respondenti nepovažovali za vhodné, byl především to, že sociální služba denní stacionář je služba ambulantní, nikoliv pobytová, že jsou uživatelé vedeni k tomu, že tato aktivita patří do soukromí (domů) a nikoli na veřejnost, důvodem jsou i nevyhovující prostorové podmínky – nedostatek soukromí – v ambulantní službě. Důvody uvedlo 7 respondentů.

Důvod pro to, proč by uživatelé měli mít možnost masturbace v zařízení, i když ji nemají, uvedl jeden respondent, že „*sexualita k člověku patří*“.

<b>28. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, považuji to za přínosné, uveďte důvod	2	4	4	4	3	17
ano, ale nepovažuji to za přínosné, uveďte důvod	5	0	0	0	0	5
ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné, uveďte důvod ( <i>přejděte na otázku č. 30</i> )	0	0	0	0	0	0
ne, ale myslím si, že by měli tuto možnost mít, uveďte důvod ( <i>přejděte na otázku č. 30</i> )	0	0	0	0	0	0
<i>celkem:</i>	7	4	4	4	3	21

Na tuto otázku odpovědělo 21 respondentů, 1 respondent z DS 3 na otázku neodpověděl. Jednotní v odpovědích byli respondenti z DS 2, DS 3, DS 4 a DS 5.

17 respondentů uvedlo, že uživatelé v zařízení mají možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy a že to respondenti považují za přínosné, 5 respondentů uvedlo, že uživatelé tuto možnost mají, ale respondenti to nepovažují za přínosné.

Respondenti považují možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy za přínosnou proto, že to považují za přirozenou lidskou potřebu, protože navazování tohoto typu vztahů patří k životu a protože prostředí zařízení je často jediné prostředí, kde mají

uživatelé možnost setkat se a seznámit se se svými vrstevníky – potenciálními partnery. Důvody pro svou odpověď uvedlo 11 respondentů.

Všech 5 respondentů, kteří nepovažují možnost navazovat a realizovat partnerský vztah za přínosnou, uvedlo jako důvod to, že partnerský vztah mezi uživateli negativně ovlivňuje vztahy s ostatními uživateli; slovy respondentů: „špatný vliv na kolektiv“, „přináší komplikace ve vztazích s ostatními“, „řeší se neshody klientů“, „mnoho třecích ploch a prostoru pro konfliktní situaci“ a „rozklad skupiny – rivalita, osočování, obtěžování (slovní i tělesné)“. Respondenti, kteří uvedli tuto odpověď, jsou ze zařízení DS 1. Lze předpokládat, že se setkali s případem/případy, kdy byl partnerský vztah mezi uživateli zdrojem konfliktů a problémů v životě uživatelů zařízení jako členů sociální skupiny, a situace nebyla efektivně řešena.

<b>29. Podporuje zařízení, ve kterém pracujete, partnerské vztahy mezi uživateli?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, uveďte způsoby podpory	6	4	3	3	3	19
ne, uveďte důvod	1	0	2	0	0	3
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Na tuto otázku odpovědělo všech 22 respondentů, 19 respondentů uvedlo, že partnerské vztahy mezi uživateli v zařízení podporují, 3 respondenti uvedli, že partnerské vztahy mezi uživateli v zařízení nepodporují. Jednotní v odpovědích byli respondenti ze zařízení DS 2, DS 4 a DS 5.

Jako způsoby podpory respondenti uváděli především poradenství v otázkách sexuality a párového vztahového života, možnost společných aktivit (např. procházek). Někteří respondenti uvedli i konkrétní projevy partnerů, které jsou v zařízení respektovány. Mezi tyto patří držení se za ruku, polibek na přivítanou a na rozloučenou, možnost sedět vedle sebe, společný tanec apod. Důvod pro svou odpověď uvedlo 13 respondentů.

Důvody nepodporování partnerských vztahů mezi uživateli uvedli 2 respondenti. Důvodem bylo, že narušují kolektiv a že žádné partnerské vztahy mezi uživateli nejsou.



<b>30. Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s mentálním postižením možnost žít v manželství?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, uveďte důvod	3	4	2	3	3	15
ne, uveďte důvod	2	0	1	0	0	3
nevím	0	0	2	0	0	2
<i>celkem:</i>	5	4	5	3	3	20

Na tuto otázku odpovědělo 20 z 22 respondentů. 15 respondentů uvedlo, že by lidé s mentálním postižením měli mít možnost žít v manželství, 3 respondenti odpověděli, že by lidé s mentálním postižením neměli mít možnost žít v manželství, 2 respondenti neví, jestli by měli mít lidé s mentálním postižením možnost žít v manželství.

Jednotní v odpovědích byli respondenti z DS 2, DS 4 a DS 5.

Důvod toho, proč by lidé s mentálním postižením měli mít možnost žít v manželství, uvedlo 14 respondentů. Povětšinou respondenti uváděli, že právo žít v manželství je základní lidské právo. Respondenti dále uváděli, že možnost žít v manželství by lidé s mentálním postižením měli mít, pokud do manželství vstoupit chtějí a rozumí právům a povinnostem z manželství vyplývajících. Respondenti uváděli, že by lidé s mentálním postižením měli mít kvalitní podporu ze strany rodiny a institucí.

Důvodem, proč by lidé s mentálním postižením neměli mít možnost žít v manželství, je dle respondentů to, že: „*negativa převažují nad pozitivy*“, „*přináší to více negativ než pozitiv*“ a „*většina klientů není právně způsobilých*“. Respondenti bohužel neuvedli, jaká negativa převažují.

<b>31. Měli podle Vašeho názoru mít lidé s mentálním postižením možnost mít děti?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, uveďte důvod	2	4	0	1	1	8
ne, uveďte důvod	4	0	4	2	0	10
nevím	1	0	1	0	2	4
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

10 respondentů uvedlo, že by lidé s mentálním postižením neměli mít možnost děti, 8 respondentů uvedlo, že by tuto možnost mít měli, a 4 respondenti uvedli, že neví, jestli by lidé s mentálním postižením měli tuto možnost mít. Jednotní v odpovědi jsou pouze respondenti z DS 2.

Důvody, proč by lidé s mentálním postižením neměli mít možnost děti, jsou dle respondentů v zásadě dva: neschopnost postarat se o dítě a možná genetická zátěž. Důvody uvedlo 6 respondentů.

Jako důvod toho, proč by lidé s mentálním postižením měli mít možnost mít děti, respondenti uváděli, že mentální postižení není dědičné, že pokud jsou lidé s mentálním postižením se alespoň základně o dítě postarat (vzhledem k hloubce svého postižení), tak by za podpory rodiny a institucí měli mít možnost mít dítě. Důvod své odpovědi uvedlo 8 respondentů.

<b>32. Považujete lidi s mentálním postižením za náchylnější k tomu stát se obětí sexuálního zneužívání, vzhledem k jejich postižení?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, uveďte důvod	6	4	4	3	3	20
ne, uveďte důvod	1	0	1	0	0	2
<i>celkem:</i>	7	4	5	3	3	22

Na tuto otázku odpovědělo všech 22 respondentů, 20 respondentů odpovědělo, že lidé s mentálním postižením jsou náchylnější k tomu, stát se obětí sexuálního zneužívání, 2 respondenti překvapivě odpověděli, že nepovažují lidi s mentálním postižením za náchylnější k tomu, stát se obětí sexuálního zneužívání. Jednotní v odpovědích byli pracovníci zařízení DS 2, DS 4 a DS 5.

Důvody pro to, že jsou lidé s mentálním postižením náchylnější stát se obětí sexuálního zneužívání, uvedlo 16 respondentů. Důvodem je dle respondentů důvěřivost, bezprostřednost a snadná manipulativnost lidí s mentálním postižením. Dalším významným důvodem je dle respondentů to, že lidé s mentálním postižením vůbec nemusí vzhledem k svému postižení poznat, že je na nich páháno násilí, nejsou schopni adekvátně vyjádřit, že něco nechtějí, neumí se bránit.

Respondenti, kteří uvedli, že lidé s mentálním postižením nejsou náchylnější k tomu stát se obětí sexuálního zneužívání, neuvedli důvod pro svou odpověď.

<b>33. Setkal/a jste se ve své praxi s problematikou sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením?</b>						
<i>zařízení:</i>	<i>DS 1</i>	<i>DS 2</i>	<i>DS 3</i>	<i>DS 4</i>	<i>DS 5</i>	<i>celkem:</i>
ano, popište daný případ	1	1	0	2	1	5
ne	5	3	5	1	2	16
<i>celkem:</i>	6	4	5	3	3	21

Poslední otázka se taktéž týkala problematiky sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením. Zkušenost respondentů se sexuálním užíváním lidí s mentálním postižením nebyla vázána na jejich současné zaměstnání, ale na jejich celkovou praxi v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením. Jak je z tabulky vidět, zkušenosti respondentů jsou různé.

5 respondentů uvedlo, že se setkala se sexuálním zneužíváním lidí s mentálním postižením, 16 respondentů uvedlo, že se s danou problematikou neseťkalo, 1 respondent z DS 1 na otázku neodpověděl.

1 respondent uvedl, že se setkal s vytvořením vztahu mezi člověkem bez mentálního postižení a člověkem s mentálním postižením za účelem získání finančních prostředků od člověka s mentálním postižením, 1 respondent uvedl, že se setkal se znásilněním uživatelky, 2 respondenti uvedli, že se setkali se sexuálním zneužíváním ze strany člověka s mentálním postižením, který zneužíval jiného člověka s mentálním postižením, 1 respondent uvedl, že daný případ nechce popisovat.

### **5.1.1 Shrnutí dotazníkového šetření**

Z dotazníkového šetření vplynuly informace, které budou následně shrnuty, rozbor odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku je uveden vždy pod danou otázkou.

Lze říci, že jednotlivá zařízení a jejich pracovníci – respondenti – mají různé zkušenosti se sexualitou uživatelů sociální služby denní stacionář.

Respondenty byly (až na 2 muže) ženy (20), nejvíce respondentů (9) se nachází ve věkové kategorii 41-50 let. Nejvyšším dosaženým vzděláním bylo u více než 1/3 respondentů (8) střední vzdělání s maturitou, vysokoškolské vzdělání mělo celkem 7 respondentů. Nejvíce respondentů (10) uvedlo délku své praxe v práci s lidmi s mentálním postižením v rozmezí 2 až 5 let, polovina (11) respondentů pracuje na pozici pracovník v sociálních službách.

Z šetření vyplývá, že protokol o sexualitě a vztazích je zpracován ve třech zařízeních, jak se ale ukáže na základě rozhovoru (viz kapitola 5.2), v jednom ze zařízení je zatím zpracována pouze část protokolu o sexualitě a vztazích v pracovní podobě, která není schválená vedením. Respondenti ze zbylých dvou zařízení, kde protokol o sexualitě a vztazích zpracován není, jeho vznik považují za důležitý.

Respondenti ze zařízení, která mají protokol o sexualitě a vztazích zpracovaný, odpovídali na upřesňující otázky k tomuto tématu, důležitost protokolu o sexualitě a vztazích je vzhledem k pracovníkům zařízení spatřována především v tom, že vymezuje postup řešení problematických situací, práva a povinnosti pracovníků, vzhledem k uživatelům pak opět ve vymezení práv a povinností pracovníka a vymezení přístupu zařízení k sexualitě uživatele.

16 respondentů se vzdělávalo v problematice sexuality lidí s mentálním postižením, polovina z nich (8) absolvovala základní kurz v rozsahu 8 až 16 hodin. Ti, kteří se nevzdělávali, se většinou nevzdělávali proto, že nebyla vzdělávací nabídka, která by jim vyhovovala (finanční dostupnost). Vzdělávání sebe sama v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením považují respondenti za důležité (20), nabídku na vzdělávání dostalo 17 z nich.

Sexuální výchovu a osvětu lidí s mentálním postižením považují respondenti (21) za přínosnou, jako poskytovatele sexuální výchovy a osvěty spatřují respondenti (16) společně rodinu i instituce, jejichž služeb člověk s mentálním postižením využívá.

Více než polovina respondentů (12) uvedla, že zařízení, ve kterém respondenti pracují, poskytuje vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality pro uživatele, nejčastěji formou individuálního poradenství (11), párového poradenství (7) a skupinových setkání s uživateli (6). 18 respondentů také uvedlo, že zařízení zprostředkovává uživatelům možnost konzultace (spolupráce) s externím odborníkem, kterým je pro tato zařízení poradenské centrum Amorela a jeho pracovníci.

Nejčastěji se respondenti setkali s projevy sexuality uživatelů ve formě partnerského vztahu (16), masturbace (10) či sexuálního obtěžování pracovníka/jiného uživatele (8). V otázce přístupu k masturbaci jsou respondenti jednotlivých zařízení (vyjma DS 5) velmi nejednotní. Je zřejmé, že pracovníci mezi sebou nemají postoj ujasněný, což může komplikovat práci s uživateli a vnášet do života uživatelů značný zmatek.

Ve všech zařízeních mají uživatelé možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy, 17 respondentů to považuje za přínosné, 5 respondentů (pouze z DS 1) to za

přínosné nepovažuje. Zařízení, která podporují partnerské vztahy mezi uživateli, je podporují formou individuálního poradenství, podpory uživatele při řešení otázek s partnerským vztahem souvisejícím, respektováním některých projevů náklonnosti mezi partnery, umožňováním určité míry soukromí partnerům.

15 respondentů (2/3 z 20, kteří odpověděli na otázku) se domnívá, že by lidé s mentálním postižením měli mít možnost žít v manželství, 10 respondentů (z 22) se domnívá, že by lidé s mentálním postižením neměli mít možnost mít děti, 8 respondentů se domnívá, že by za podpory lidé s mentálním postižením měli mít možnost mít děti.

Respondenti (20 z 22) se domnívají, že lidé s mentálním postižením jsou náchylnější stát se obětí sexuálního zneužívání. Ve své praxi se se sexuálním zneužíváním/zneužitím člověka s mentálním postižením setkalo 5 respondentů, jednalo se o znásilnění, sexuální zneužívání člověka s mentálním postižením člověkem s mentálním postižením i sexuální zneužívání člověkem bez mentálního postižení člověka s mentálním postižením.

## 5.2 Rozhovory

### 5.2.1 Rozhovory s vedoucími a pracovníky denních stacionářů

V této části jsou zpracovány rozhovory, které byly realizovány jak s vedoucími zařízení, tak vždy s jedním pracovníkem zařízení.

Tematické okruhy rozhovoru s vedoucími i pracovníky se shodovali s tematickými okruhy dotazníku a byly prezentovány v kapitole 4.2.2.

Prvním tematickým okruhem byl protokol o sexualitě a vztazích, popř. obdobný dokument. Bylo zjištěno, že protokol o sexualitě a vztazích mají zpracovaný dvě zařízení, s tím, že v jednom zařízení je dokument zabývající se sexualitou součástí metodiky práce s uživatelem a není samostatným dokumentem. Jeden z pracovníků zařízení, ve kterém je zpracován protokol o sexualitě a vztazích, k tomu řekl: „*Protokol vytváříme na základě toho, co zažijeme, pak ho přepracováváme, je to takovej živěj dokument, kde, to co se nám stalo, zpracujeme.*“

V ostatních třech zařízeních protokol o sexualitě a vztazích zpracovaný nebyl, situace v těchto zařízeních však byla různorodá.

V prvním z těchto zařízení protokol o sexualitě a vztazích zpracován nebyl z důvodu jiných priorit zařízení a nedostatku času i personálních zdrojů, nicméně vedoucí zařízení uvedl, že pokud se vyskytne situace týkající se sexuality uživatele, kterou je třeba

určitým způsobem řešit, pak se zařízení řídí dle protokolu o sexualitě a vztazích jiného zařízení, které se danou problematikou zabývá a které pracuje s obdobnou cílovou skupinou. Do budoucna vedoucí počítá, se zpracováním vlastního protokolu o sexualitě a vztazích, podle jeho slov totiž *„protokol o sexualitě asi musí být převedený přímo na lidi, který tady jsou, pro potřeby té služby, zkonkretizovaný.“* Vedoucí nedokázal blíže specifikovat časový horizont, do kterého by se se zpracováním protokolu o sexualitě a vztazích mělo začít.

Ve druhém zařízení je protokol o sexualitě a vztazích v procesu vzniku, jak uvedl vedoucí zařízení, některé části protokolu o sexualitě a vztazích jsou hotové v pracovní verzi, zatím však není protokol o sexualitě a vztazích hotový jako celek, není tudíž schválený vedením organizace, která je zřizovatelem zařízení.

Ve třetím zařízení protokol o sexualitě a vztazích není zpracovaný opět z důvodu jiných současných priorit. Do budoucna se s jeho zpracováním počítá, vedoucí k tomu uvedl: *„Určitě se počítá se zavedením protokolu o sexualitě a vztazích, ale vzhledem k tomu, že teď probíhá revize veřejného závazku a na to navazující všechny zákonné standardy, tak je protokol na čekací listině. Ale počítá se s tím určitě, protože já to považuji za docela užitečnou věc, zvláště kvůli sjednocení přístupu tady k tomu tématu.“*

V obou zařízeních, kde je protokol o sexualitě a vztazích zpracován, vnikla potřeba tento dokument zpracovat „zdola“ od pracovníků v přímé péči, kteří jsou v denním kontaktu s uživateli služby. V obou těchto zařízeních vznikl protokol o sexualitě a vztazích přibližně před čtyřmi lety.

Druhým tematickým okruhem bylo vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením.

Zde vedoucí i pracovníci uváděli, že vzdělání, kterým prošli, bylo formou kurzů, jež byly realizovány poradenským centrem Amorela, pouze vedoucí a pracovník jednoho zařízení, uvedli, že jim bylo vytvořeno vzdělávání *„na klíč“* organizací APLA Praha, Střední Čechy, o.s.

Co se týče vzdělávání, situace byla různá. V některých zařízeních pracovníci vzděláváním prošli, v některých vzhledem k vysoké fluktuaci někteří novější pracovníci zatím vzděláváním neprošli, čekají na to, až přijde nabídka na vzdělávání, která bude především po finanční stránce únosná. Vedoucí jednoho zařízení uvedl, že právě finance resp. jejich nedostatek, jsou překážkou pro to, aby pracovníci mohli absolvovat vzdělávání

v této oblasti za předpokladu, že v současné době je prioritou zařízení jiná oblast než sexualita.

Vedoucí jiného zařízení k situaci v oblasti vzdělávání pracovníků v problematice sexuality lidí s mentálním postižením sdělil: *„Pokud bude kurz od Amorely, půjdeme raději do něj, zaprvé máme záruku kvality v osobě Veroniky Pavlíkové a druhá věc jsou ty peníze.“*

Co se týče spokojenosti pracovníků s nabízeným vzděláním, pracovníci byli spokojeni, poskytovatele vzdělávání považují za kompetentní. Jeden pracovník uvedl, že by rád vzdělávání formou sdílení zkušeností s řešením různých situací týkajících se dané oblasti v různých zařízeních.

Třetím okruhem bylo vzdělávání a osvěta uživatelů zařízení v problematice sexuality a vztahů.

Ucelený osvětový program, který by poskytovali sami pracovníci zařízení, žádné zařízení nenabízí. Jedno zařízení zprostředkovává svým uživatelům osvětový program, ten je poskytován Amorelou. V dalším zařízení se konají alespoň jednou měsíčně setkání s uživateli, která vede vedoucí zařízení a která se zaměřují na sexualitu a vztahy, nicméně program vychází spíše z aktuální potřeby než z dlouhodobé koncepce.

V ostatních zařízeních probíhá určitá forma poradenství samotnými pracovníky. Takto je nabízeno poradenství individuální, někde i párové; otázky sexuality a vztahů jsou, pokud to daný uživatel chce, součástí individuálního plánování a práce při naplňování individuálního plánu.

Všichni vedoucí i pracovníci se shodovali na tom, že je pro ně velkou podporou a pomocí poradenské centrum Amorela (jmenovitě pak vedoucí centra paní Veronika Pavlíková-Brožová). Pracovníci zařízení odkazují uživatele právě na toto poradenské centrum, sami, pokud si nejsou jistí, ve způsobu naložení s určitou situací, si vyžádají telefonickou/osobní konzultaci s pracovníky Amorely a dle jejich odborných metodických doporučení postupují. To dokládají následující výpovědi:

*„Pokud bych měl uživatele vysvětlit, co se děje při pohlavním styku, neuměl bych to. To ji raději pošlu do Amorely, protože tam jí to budou umět vysvětlit.“*

*„Myslím si, že úloha Amorely je v tom, že jsou to ti odborníci. Můžu zvednout telefon, řeknu, přijďte, uděláme tady hodinovou konzultaci, poradíte, my nevíme, co s tím. A oni přijedou, řeknou, zkušenosti, poradí, a to si myslím, že je nejlepší.“*

Pracovníci a vedoucí dále oceňovali to, že na poradenské centrum mohou odkázat i rodiče uživatelů, kteří potřebují odborné poradenství, že mohou pracovníky Amorely pozvat na besedu s rodiči apod. *„Pozvali jsme Amorelu i na schůzku s rodiči, snažíme se o propojení.“*

Vedoucí i pracovníci byli v rámci rozhovoru požádáni o popsání komunikace a spolupráce při řešení témat týkajících se sexuality a vztahů uživatelů s rodiči (rodinami) uživatelů. Jak již bylo uvedeno, při závažnějších situacích jsou uživatelé i rodiče odkazováni na poradenské centrum Amorela.

V těch zařízeních, kde je zpracován protokol o sexualitě a vztazích, byla vznesena otázka, zda jsou s tímto dokumentem rodiče a uživatelé při jednání se zájemcem o službu seznámeni.

Bylo řečeno, že „noví“ zájemci (tedy ti, kteří přišli po vzniku protokolu o sexualitě a vztazích) jsou seznamováni s tím, jak se zařízení staví k problematice sexuality a vztahů, se způsoby podpory vztahů apod. Ti, kteří služeb zařízení využívali ještě před vznikem protokolu o sexualitě a vztazích s jeho existencí jako takovou speciálně seznámeni nebyli, nicméně s hlavním postojem zařízení a pravidly seznámeni jsou. *„S každým novým uživatelem probíráme, co se ve stacionáři může, co se nemůže, jaké jsou hranice. Někteří, kteří byli už na začátku, tyto informace o protokolu sexualitě nedostali.“*

Někteří pracovníci a vedoucí, kteří se zatím nesetkali se situací, kterou by bylo potřeba řešit i s rodiči, vyjádřili obavu, že si nejsou jisti, jestli by s nimi byli rodiče témata týkající se vztahů a sexuality svých „dětí“ byli ochotní otevřít. Někteří vedoucí a pracovníci uváděli, že se setkávají s celou škálou přístupů rodičů od naprostého odmítní toho, že by jejich „dítě“ mohlo prožívat něco takového, jako jsou sexuální potřeby, až k tomu, kdy je rodič ochoten o dané oblasti s pracovníky i svým „dítětem“ mluvit, využít služeb poradenského centra a své „dítě“ při řešení dané situace účinně podpořit.

Vedoucí jednoho zařízení uvedl: *„Téma sexuality nebylo nikdy s rodiči otevřeno. Myslím si, že jedna až dvě maminky by byly schopné o tom mluvit, ale ta práce s nimi by musela být dlouhodobější a metodická. Tak potom si myslím, že by tomu byly otevřené. Jinak si myslím, že většina rodičů by se toho opravdu obávala, asi by bylo i to riziko, že by se nám hodně uzavřeli.“*

Další vedoucí řekl: *„Jako musím říct, že určitý obrat nastal, v poslední době. Protože oni o tom ti rodiče dřív nechtěli ani slyšet, a je zase pravda, že ty lidi byli zase mladší. Rodiče si museli zvyknout, že se jejich děti mění, dorůstají. Když s rodiči teď*



*mluvíme, tak si myslím, že jsou rodiče hodně schopní o tom mluvit, řekl bych i o partnerském životě.“*

Co se týče specifických témat týkajících se sexuality a přístupu k těmto tématům, byla předmětem výzkumného šetření následující: masturbace uživatelů a partnerství mezi uživateli v rámci zařízení, dále postoj jednotlivých pracovníků/vedoucích k otázce manželství a rodičovství lidí s mentálním postižením (nejen tedy konkrétních uživatelů daného zařízení).

Přístupy k možnosti masturbace uživatelů v zařízení byli různorodé od toho, že uživatelé mohou v zařízení masturbovat ve vyhrazeném soukromém prostoru přes ten, že je možná masturbace pouze v nejnútnejších případech, kdy by při přerušení došlo k agresivitě uživatele po ten, že uživatelé tuto možnost nemají jednak z důvodu prostorových podmínek a zařízení, ale především proto, že sociální služba denní stacionář je službou ambulantní, většinou se jedná o skupinové – „veřejné“ – prostory a aktivity, masturbace je považována za aktivitu, která patří do soukromí.

K tématu masturbace lze uvést následující výpovědi pracovníků: *„Pokud by zde v zařízení byl uživatel, který by nedokázal ovládnout svou potřebu a nedalo by se s ním pracovat jinak, tak je možnost odkázat jej na WC. To je možné pouze v nejnútnejších, krizových případech.“* Pracovník z jiného zařízení řekl: *„Myslím si, že masturbace nepatří do tohoto zařízení, byť by třeba byla vyčleněná místnost pro tyto účely. Přijde mi to nepatřičný, protože jsme denní stacionář.“* A pracovník dalšího zařízení uvedl: *„Snažíme se zajistit soukromí, pokud to jde. Nemáme žádnou speciálně určenou místnost, to ne, ale prostory tady pro soukromí jsou. My jsme služba, která toto nemá v cíli, my tohle nezajišťujeme, ale jsou lidi, kterým to nejde vysvětlit, nelze mu v té chvíli říct, že to nejde, nastoupilo by agresivní chování, snažíme se tedy o izolaci, najít vhodné místo.“*

Z rozhovorů vyplynulo, že se pracovníci/vedoucí setkávají s tím, že uživatel masturbuje před ostatními. Pokud se tak stane, snaží se nejprve tohoto uživatele oddělit od ostatních – poskytnout mu soukromí – a ostatní vyvést z nepříjemné situace, posléze s uživateli o dané věci hovořit, vyjasňovat pravidla a hranice a popřípadě navrhnout odbornou spolupráci s poradenským centrem, pokud uživatel pravidla a hranice stále porušuje.

Co se týče partnerských vztahů, všichni vedoucí uvedli, že jejich vznik a rozvoj je v zařízeních podporován. Někteří uváděli, že s partnerskými vztahy mezi uživateli zatím nemají mnoho zkušeností, protože za dobu jejich práce v zařízení vznikl třeba jen jeden.

V těch zařízeních, kde mají zkušenosti s partnerskými vztahy mezi uživateli, uváděli vedoucí/pracovníci, že se setkávají s určitými těžkými oblastmi, které se s těmito vztahy pojí.

Především se jedná o ostatní uživatele. Je bezesporu jisté, že blízký (partnerský) vztah dvou lidí, kteří jsou zároveň členy stejné sociální skupiny, má na tuto skupinu vliv.

Pracovník v rozhovoru uvedl: *„Potýkáme se s problémy, že jsme pářům povolili moc. Skupina to nezvládá, skupině je to nepříjemné. Samozřejmě, není tady jen ten pár, je tady dalších deset lidí, kterým je to nepříjemné, takže se podle toho musí přizpůsobit i pravidla, je třeba to řešit.“*

Pracovníci/vedoucí popisovali smutek i žárlivost některých uživatelů, že oni partnera nemají, dále to, že ostatním uživatelům vadily fyzické projevy náklonnosti mezi uživateli-partnery. *„Myslím si, že je trošku mrzí, že oni sami nemají partnera, zároveň je to může dráždit. Vzniká tam lítost, pohoršení, někdo se směje, neví, jak se k tomu postavit.“* Jiný pracovník uvedl: *„Projevy jim (ostatním uživatelům) vadily. Každý člověk touží po tom, mít partnera. Byli zde uživatelé, kterým bylo líto, že někdo jiný toho partnera má, ale oni nikoho nemají.“*

V těch zařízeních, kde tuto obdobnou situaci pracovníci/vedoucí popisovali, přistoupili k jasnému vymezení hranic, které projevy náklonnosti jsou přípustné a které jsou již nepřijatelné, co je na půdě stacionáře akceptovatelné a co neakceptovatelné. *„Chováme se k uživatelům tak, že u nás nejsou doma, ale jakoby u nás jsou v zaměstnání, takže chceme, aby jejich vnější projevy byly takové, jako kdyby spolu byli na pracovišti. Podporujeme je, protože partnerství je jedna z nejdůležitějších složek jejich života.“*

V jednom zařízení se o tom, co je a co není akceptovatelné, s uživateli vede debata, výsledkem bude pravděpodobně změna, resp. doplnění, protokolu o sexualitě a vztazích, kde bude detailně popsáno, jakým způsobem je a není možné vyjadřovat svou náklonnost partnerovi.

Samozřejmě je také obtížné zvládnout situaci po rozchodu partnerů, kteří stále navštěvují stejné zařízení; situace opět může negativně ovlivňovat celou skupinu, zvláště je-li další partner jednoho z bývalých partnerů také uživatelem stejného zařízení.

Pokud je v zařízení partnerský vztah mezi uživateli, pak bývá největší obtíží právě to, že sociální služba denní stacionář je ze své podstaty i z prostorových podmínek schopná nabídnout uživatelům jen velmi málo intimity. Pokud uživatelé pro svůj vztah potřebují intimity více, pak jsou odkazováni na soukromí svého domova, popř. je jim nabídnuta

podpora v dalších oblastech, aby byli schopni větší samostatnosti a soběstačnosti. Jak uvádí jeden pracovník: *„To, co můžeme udělat pro uživatele, kteří chtějí společně intimně žít, je, že jim pomůžeme, aby se osamostatnili, možná jednoho dne bydleli v chráněném bydlení nebo jinde, a tam pak mohli bydlet spolu. Je to sice strašně dlouhodobé, ale je to jediné s čím jim můžeme pomoci.“*

Někteří pracovníci/vedoucí uváděli jako problematické právě to, že uživatelé-partneři někdy nerespektují hranice, které jsou v zařízení nastaveny. To je předmětem práce s uživateli-párem nebo v rámci individuálního plánování, při opakovaném závažném porušování pravidel, může dojít až k ukončení poskytování služby. *„Na území stacionáře to smí skončit pusou. My netolerujeme uživatelům nic víc. Už se stalo, že jsme je přistihli i při něčem víc, tak to se právě řeší, že se s uživatelema individuálně mluví, mluví se s rodinou. To mluvení s rodinou je důležitý, každá rodina to má nastavený trochu jinak. Poté se společně jde do té poradny, Amorela, a dohodne se konkrétní postup, jak dál.“*

Jeden z pracovníků shrnul postoj zařízení k partnerským vztahům mezi uživateli takto: *„My partnerství podporujeme, proto nastavujeme pravidla. Když je tady necháme, aby po sobě „lezli“, aby se líbali, jak chtějí, tak to může vypadat jako podpora, ale tím je nic nenaučíme. Takto vztah nefunguje. Vztah funguje tak, že pokud jsi ve společnosti, tak tomu přizpůsobíš své chování, i když zrovna chceš dělat něco jiného. My je třeba pravidlami naučíme, jak to v tom vztahu chodí, jak ten jejich vztah může fungovat i na veřejnosti, jak nebude vadit ani těm rodičům, ani ostatním ve skupině.“*

A další pracovník shrnul to, co popisovala i většina ostatních, rozdíl mezi ambulantně poskytovanou službou denní stacionář a pobytovými službami vzhledem k partnerským vztahům mezi uživateli: *„Je rozdíl stacionář a chráněný bydlení. My nenahrazujeme domov, my jsme jakoby, my jakoby nahrazujeme zaměstnání. V tom to máme o hodně jednodušší, dělat si hranice, my toho člověka neomezíme celoživotně, my ho omezíme pouze na tu dobu pobytu.“*

Co se týče tématu manželství, lidé s mentálním postižením, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům, nemají možnost vstoupit do manželství (viz kapitola 2.3.3.2). Nicméně, pracovníci/vedoucí, kteří uváděli, že by lidé s mentálním postižením tuto možnost mít měli, se shodovali na tom, že by to bylo spíše uznání jejich společenského statusu většinovou společností, než že by to pro ně samotné mělo nějaký velký význam. Tedy, že pro samotné lidi s mentálním postižením je (tak jak je to dnes časté i v intaktní společnosti) důležité partnerství, nikoli tolik jeho potvrzení státem, ale

vzhledem k vyrovnávání příležitostí a neodpírání lidem s mentálním postižením jejich práv by bylo dobré, aby jim vstup do manželství byl umožněn.

*„Že by byl (mezi klienty) zájem o manželství, jsem nezaznamenal. Přirozený zájem je o to mít holku, mít kluka, užívat si s ním ten vztah a to, co k tomu patří – chodit do kina, do restaurací, užívat si to. Ten statut manželství, asi nemají představu, co to je, ten statut, právní důsledky, co z toho vyplývají. To, co, je zajímavá, je, že jsou s tím klukem, s tou holkou, šťastní. Jestli mají někde nějaký papír, to už jim nic neříká, tak jak je to asi dneska běžný u nás, nebo obecně ve společnosti.“*

Rodičovství lidí s mentálním postižením (viz kapitola 2.3.3.3) s sebou nese mnoho otázek. Vedoucí/pracovníci měli různé názory od těch, že by lidé s mentálním postižením možnost mít dítě neměli až po ty, že by tuto možnost mít měli a za podpory institucí a rodiny by měli své děti vychovávat.

Jeden z aspektů, který se s rodičovstvím lidí s mentálním postižením pojí, vyjádřil jeden pracovník takto: *„Kdo může zakázat, z jakýho postu, aby někdo jinej, člověk, měl dítě?“*

Jiný pracovník k rodičovství lidí s mentálním postižením řekl: *„Já a priori nejsem proti tomu, aby lidi s mentálním postižením zakládali rodiny, samozřejmě, jsou to lidi jako všichni ostatní, právo na to mají, ale budou potřebovat celoživotní podporu jinýho člověka. Pokud budou mít dostatečnou podporu okolí a to i sociálních služeb, protože tohle rodina sama zvládnout nemůže, tak ano.“*

Ve vztahu k uživatelům konkrétního zařízení pak vedoucí/pracovníci uváděli, že se setkávají jak s uživateli, kteří se otázkou vlastního rodičovství vůbec nezabývají, tak s těmi, kteří se touto otázkou zabývají. *„Přemýšlejí o tom hlavně ti, kteří mají sourozence, kteří sami založili rodinu, takže oni to vidí doma, přemýšlí o tom a mluví o tom. Ale spíš než ve smyslu mít dítě, tak ve smyslu sexu, že by chtěli mít sex.“*

Představy lidí s mentálním postižením o rodičovství jsou často zahaleny fantaziemi a romantickými představami, proto je s nimi třeba pracovat na korekci jejich představ a představení rodičovství se vším, co k němu patří, povinnostmi a zodpovědností. *„Pokud má někdo vážný zájem o rodičovství, tak vidím přínos v tzv. informovaném rozhodnutí. Opravdu do detailu zkusit pospat, vysvětlit, znázornit, vyzkoušet si to, být někde, aby měl možnost to zažít. Ono je to jednoduchý, říct, že chci mít dítě, ale pak je potřeba, aby si to fakt zkusili, vstávat k němu, krmit ho, atd.“*

### 5.2.2 Rozhovor s vedoucí poradenského centra Amorela

Jak bylo uvedeno v kapitole 4.2.2, v rámci výzkumného šetření byl veden i rozhovor s vedoucí poradenského centra Amorela Veronikou Pavlíkovou-Brožovou. Informace získané z rozhovoru zde nyní budou představeny.

Poradenské centrum vzniklo na podzim roku 2009. Služby centra jsou zaměřeny na lidi s mentálním postižením, jejich rodiče (a další rodinné příslušníky) a také na pracovníky ve sféře sociálních služeb, kteří se s problematikou sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením setkávají ve své praxi.

V rámci práce poradenského centra vzniklo v roce 2010 osm vzdělávacích programů pro pracovníky v oblasti sociálních služeb s názvem „*Sexualita aneb se vším všudy: vzdělávání v oblasti sexuality*“. Programy byly vyzkoušeny v rámci pilotáže, kdy se jich měli možnost účastnit pracovníci ze sociálních služeb v Plzeňském kraji. Kurzy prošly akreditací, je možné je realizovat. Právě způsob jejich realizace je nyní předmětem jednání, takže aktuálně Amorela vzdělávací programy pro pracovníky nenabízí, od podzimu 2013 by měli být kurzy v nabídce.

Z rozhovoru vyplynulo, že lidé s mentálním postižením a jejich rodiče využívají individuální poradenství a služby. Vedoucí centra k tomu řekla: „*Většinou nás kontaktuje nějaký rodič, většinou je to v momentě, kdy se vyskytne určitý problém.*“

Rodiči je kontakt na centrum obvykle zprostředkován pracovníky zařízení, jehož služeb člověk s mentálním postižením využívá, což potvrdily rozhovory s vedoucími/pracovníky i dotazníkové šetření.

Co se týče spolupracovníků centra, spolupracuje s dalšími odborníky na danou oblast (Petr Eisner, DiS.; PhDr. Hynek Jůn, Ph.D. atd.). Bylo uvedeno, že programy, které centrum vytvořilo, návaznost na programy jiných lektorů (školitelů) nemají, neboť každý lektor (školitel) má svůj specifický způsob podání informací, systém apod.

Poskytování osvěty a vzdělávání uživatelů zařízení takovým způsobem, že by pracovníci centra poskytovali pravidelný ucelený osvětový program na půdě zařízení, probíhá pouze v jednom ze zařízení.

K tomu, proč takto osvěta neprobíhá i v jiných zařízeních Veronika Pavlíková-Brožová řekla: „*My jsme tuto osvětu, kdy bychom vyjeli do zařízení, úplně nerozjeli. Ono je to jednak náročný časově, takže se to úplně zvládnout nedá, spíš jsme tady v Plzeňském kraji šli tou cestou vzdělávání pracovníků a oni si to pak snaží podchytit v těch svých službách sami. Ideálem taky je, když máte lektorku a lektora, ženu a muže, a nám muž*

*chybí. Dále je toto finančně náročné pro poskytovatele i uživatele. Já se však myšlenky takovéto osvěty do budoucna nevzdávám.*“

Protože je tematika protokolu o sexualitě a vztazích důležitou součástí této práce, bylo v rámci rozhovoru zjišťováno i to, jak se účastníci kurzů k tomuto tématu stavěli.

*„Měli o to lidi zájem, bylo to téma, který je zajímavé, jedno z témat, který je na tom zajímavé. Řekla bych, že ty lidi, ty pracovníky nejvíce opravdu zajímají klasicky tři témata: jak mám s našima uživatelama pracovat, jak dělat osvětu a protokol sexuality.“*

Dále bylo sděleno, že situace jednotlivých účastníků kurzů byla velmi různá. Na jedné straně stáli ti účastníci, kteří o existenci takového dokumentu jako je protokol o sexualitě a vztazích nevěděli, na druhé straně pak ti, kteří o existenci protokolu o sexualitě a vztazích věděli. Minimum zařízení, ze kterých účastníci kurzů pocházeli, mělo protokol o sexualitě a vztazích zpracováno.

*„I když pracovníci věděli o existenci protokolu, tak nejčastěji nevěděli, jak si s ním poradit, jak ho zpracovat. Někteří byli zaskočení, že je za tím tolik práce, a že je dobré se tomu takto věnovat. Když nebyli tímto zaskočení, tak oceňovali, že se jim zpřehlednil, získali přehled, zorientovali se v něm, struktura dokumentu, co postihnout, čemu se věnovat, na co při těch jednotlivých věcech dbát.“*

O podporu při vytváření protokolu o sexualitě a vztazích a jeho zavádění do praxe žádné zařízení v Plzeňském kraji Amorelu nepožádalo, přestože i to je v nabídce služeb.

### **5.2.3 Shrnutí rozhovorů**

Na základě rozhovorů byly upřesněny informace týkající se problematiky ne/existence protokolu o sexualitě a vztazích v jednotlivých zařízeních (viz kapitola 5.2.1).

Tak, jak už to částečně vyplynulo z dotazníkového šetření, vedoucí i pracovníci, zdůrazňovali a oceňovali možnost spolupráce a realizovanou spolupráci s poradenským centrem Amorela, odbornost a kvalifikaci pracovníků centra, možnost externího náhledu na problematiku situaci, možnost odkázat uživatele i rodiče na tuto instituci. Jednotlivá zařízení se tak nevzdávají své vlastní zodpovědnosti vůči oblasti sexuality a vztahů svých uživatelů, nicméně jsou přesvědčena o tom, že je třeba spolupracovat s tím, kdo má více zkušeností a je v dané oblasti vzdělaným kompetentním odborníkem.

Co se týče vzdělávání pracovníků, opět nejvíce využili a chystají se využít služeb poradenského centra Amorela, jednak jeho pracovníky považují za odborníky, jednak je vzdělávání od této instituce místně i finančně pro pracovníky ze zařízení v Plzeňském kraji nejdostupnější. V jednom ze zařízení, kde značná část uživatelů jsou lidé s autismem,

probíhá spolupráce a tedy i vzdělávání pracovníků ve spolupráci s organizací APLA Praha, Střední Čechy, o.s., která se problematice autismu dlouhodobě věnuje.

V zařízeních, kde se setkávají s projevy sexuality uživatelů ve formě partnerských vztahů, podporují uživatele, kteří mají partnerský vztah v tom, aby jejich chování na veřejnosti (tedy i v zařízení) odpovídalo běžným společenským normám a konvencím. V těchto zařízeních pracovníci narážejí na to, že projevy náklonnosti mezi partnery mohou být těžko snášeny ostatními uživateli, a tak velká část práce se skupinou spočívá právě v hledání rovnováhy mezi právy individua (páru) a právy (normami, hranicemi) skupiny.

### **5.3 Analýza protokolů o sexualitě a vztazích**

Jak bylo uvedeno v kapitolách 4.3.3 a 5.2, protokol o sexualitě a vztazích měla zpracovaný dvě zařízení, ve dvou zařízeních zpracovaný nebyl a v posledním zařízení byla zpracovaná část pracovní (neoficiální) verze protokolu o sexualitě a vztazích, kterou vedoucí odmítl poskytnout k analýze.

První protokol o sexualitě a vztazích byl rozdělen do následujících oblastí: vztahy, sexuální aktivity, antikoncepce, sexuální osvěta, spolupráce s rodiči a opatrovníky a zodpovědnost pracovníků.

V části vztahy byly uvedeny typy mezilidských vztahů (kamarádství, přátelství, partnerství, soužití, manželství a rodičovství) a to, jakou míru podpory může zařízení těmto vztahům poskytnout. Míra podpory je od podpory a aktivním napomáhání realizace vztahu, přes poskytnutí osvěty a informací k odkázání na odborníka (Amorela).

Sexuální aktivity jsou rozdělné na ty, které jsou na veřejnosti akceptovány a je možné je realizovat, a na ty, které akceptovány nejsou a není možné je na veřejnosti realizovat. Mezi akceptovatelné aktivity patří pohlazení po ruce, po rameni, políbek na přivítanou, sezení vedle sebe apod., mezi neakceptovatelné aktivity pak doteky na erotogenních zónách, pohlavní styk, masturbace apod. Masturbaci je věnována i další část tohoto dokumentu, kde je stanoveno, za jakých (výjimečných) okolností je možné, aby uživatel měl možnost masturbaci realizovat, jaký je postup pracovníků vzhledem k tomuto uživateli i vzhledem k ostatním uživatelům.

Antikoncepce je chápána jako ochrana před riziky sexuálního života, uživatelé jsou o antikoncepci a rizicích sexuálního života informováni, aby mohli zodpovědně přistupovat k této oblasti svého života.

V části o sexuální osvětě jsou popsány formy poskytování osvěty v oblasti sexuality a vztahů a další podmínky pro její poskytování uživatelům.

Oblast spolupráce s rodiči a opatrovníky vymezuje možné způsoby jednání s rodiči uživatele, jsou popsány podmínky pro jednání s rodiči i problematické aspekty, které se při tomto jednání mohou vyskytnout.

Je třeba říci, že v tomto dokumentu jsou stanoveny kompetence jednotlivých pracovníků na různých úrovních zařízení a organizace, takže u jednotlivých aktivit je vymezeno, který pracovník má kompetenci k jejich realizaci.

Druhý protokol o sexualitě se zabývá jednotlivými principy práce se sexualitou uživatelů zařízení a k těmto principům jsou přiřazeny konkrétní postupy v určitých situacích.

V dokumentu je deklarována ochrana intimity uživatele a vedení uživatele k umění vyjádřit to, co mu je a není příjemné, co chce a nechce. Je zdůrazněna podpora partnerských vztahů mezi uživateli (heterosexuálních i homosexuálních), kdy je podrobně popsán postup v situaci, kdy zařízení už nemůže vzhledem k charakteru poskytované služby poskytnout partnerům dostatek soukromí, jaké jsou uživatelům nabídnuty možnosti řešení atd. V dokumentu je popsáno, které sexuální aktivity mezi partnery jsou v zařízení akceptovatelné a které jsou neakceptovatelné.

Dále je popsán přístup k možnosti masturbace uživatele v zařízení a také postoj zařízení k osvětě a vzdělávání uživatelů v oblasti sexuality, i způsob jednání s rodiči uživatelů; opět je zde v případě potřeby odkaz na odborníka (Amorela).

### **5.3.1 Shrnutí analýzy protokolů o sexualitě a vztazích**

K analýze byly poskytnuty dva dokumenty. První protokol sexuality je rozpracován více do hloubky, detailněji jsou popsány postupy při masturbaci uživatele, jednání s rodičem, jsou podrobně popsány kompetence jednotlivých pracovníků.

V obou dokumentech jsou řešeny obdobné situace, resp. je vymezen přístup k obdobným otázkám, kterými jsou: možnosti uživatelů navazovat a realizovat v zařízení partnerský vztah, hranice soukromí, kterou je zařízení schopno uživatelům pro partnerský vztah poskytnout, akceptovatelné a neakceptovatelné sexuální projevy uživatelů na veřejnosti, způsob jednání s rodiči uživatelů, vzdělávání a osvěta uživatelů zařízení v oblasti sexuality. V obou dokumentech jsou vymezena práva pracovníků, uživatelů i rodičů a stejně tak jsou vymezeny povinnosti těchto tří skupin osob.



## 5.4 Celkové shrnutí a doporučení pro praxi

Pro přehlednost byla pod zjištěními na základě jednotlivých výzkumných metod uvedena dílčí shrnutí, v této části bude podáno celkové shrnutí a doporučení pro praxi.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že v některých oblastech byli pracovníci jednotlivých zařízení i pracovníci denních stacionářů jako celku jednotní, nastavení podobným směrem. To lze říci např. o protokolu o sexualitě a vztazích. Přestože je situace velmi různá v tom, zda jednotlivá zařízení mají či nemají protokol o sexualitě a vztazích zpracovaný a pracují podle něj, celkové naladění pracovníků bylo takové, že protokol o sexualitě a vztazích je potřebnou a důležitou podporou pro poskytování kvalitní sociální služby. Proto i v těch zařízeních, kde zatím zpracován není, by pracovníci byli rádi, aby do budoucna zpracován byl. Zároveň je však třeba říci, že konkrétní harmonogram, do kdy by měl být protokol o sexualitě a vztazích zpracován, zařízení nemají.

Z analýzy protokolů o sexualitě a vztazích vzešla zjištění, že přesně tak, jak to je popisováno v odborné literatuře (Štěrbová, 200; Eisner in Venglářová, Eisner, 2013), každé zařízení musí protokol o sexualitě a vztazích zpracovat dle svých vlastních potřeb, a tak lze nabídnout pouze různé struktury protokolu o sexualitě a vztazích a určitý obsahový rámec. Konečná podoba protokolu o sexualitě a vztazích je ale vždy jedinečná a unikátní. Tak měly oba analyzované protokoly o sexualitě různou strukturu, jejich obsah byl však velmi podobný.

Co je v odborné literatuře doporučováno (Štěrbová, 200; Eisner in Venglářová, Eisner, 2013) je zveřejnění protokolu o sexualitě a vztazích tj. jasná deklarace přístupu k oblasti sexuality a vztahů, např. prostřednictvím internetových stránek. Toto ani jedno zařízení nerealizuje. Protože bylo zjištěno, že někteří uživatelé a jejich rodiče nebyli s protokolem o sexualitě a vztazích seznámeni a protože je zřejmé, že i když jsou zájemci o službu o protokolu o sexualitě a vztazích a o postoji zařízení k sexualitě a vztahům informováni, tak v rámci velkého množství informací mohou některé informace zapomenout, nebo je nedostatečně uchopit, je zveřejnění protokolu o sexualitě a vztazích považováno za důležité a lze zařízením doporučit, aby k němu přistoupila. I vůči široké veřejnosti je dobré, když zařízení (organizace) své postoje vyjádří jasným, srozumitelným způsobem, aby všichni měli možnost se s tímto seznámit a aby tak nebyl prostor pro vznikům, nedorozumění a dalších problémů.

Přístup pracovníků k problematice vzdělávání sebe sama v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením je jednotný, směrem k sebevzdělávání. Více než polovina pracovníků se již v této problematice vzdělávala, další čekají na to, až bude vhodná vzdělávací nabídka. Vzdělávání v této problematice je pracovníky považováno za významné, nicméně se mimo to, že není vhodná vzdělávací nabídka, setkávají s nedostatkem financí na vzdělávání, jinými prioritami zařízení, které se odrazí i do vzdělávání apod. Vedoucí zařízení by neměli opomíjet to, že jak se mění pracovníci v zařízení, je třeba stále znovu hledat vzdělávací nabídky v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením pro nové zaměstnance.

Soulad v přístupu pracovníků je i v oblasti sexuální výchovy a osvěty lidí s mentálním postižením, kterou považují za nezbytnou součást života člověka s mentálním postižením. Shodují se vesměs i v tom, že tím, kdo by měl být poskytovatelem této sexuální výchovy a osvěty, je rodina i instituce společně.

Co se týče konkrétní podoby osvěty v oblasti sexuality, tam je situace v jednotlivých zařízeních různá v tom, nakolik oni sami osvětu realizují nebo zprostředkovávají, nicméně všechna zařízení spolupracují s odborným poradenským centrem, které je schopné zajistit potřebné služby a zakázky uživatelů.

Partnerské vztahy mezi uživateli byly projevem sexuality, se kterým se pracovníci nejčastěji v zařízení setkávali nejčastěji. Bylo zjištěno, že ve všech zařízeních mají uživatelé možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy, zařízení se snaží tyto partnerské vztahy podporovat, nicméně se potýkají i s různými obtížemi, které s sebou tyto partnerské vztahy přinášejí. Na příkladu jednoho zařízení, kde pět ze sedmi pracovníků uvedlo, že uživatelé mají možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy, ale oni to nepovažují za přínosné, protože právě partnerský vztah vnáší rozkol do skupiny, lze toto demonstrovat.

Je důležité uvědomit si, že to, že partnerský vztah mění celou skupinu a že někteří členové této skupiny jej mohou vnímat negativně, být zklamaní, žárlit, není nic, co by nebylo běžné i v intaktní společnosti. Rozdíl je však v tom, že člověk z intaktní společnosti má obvykle mnohem více možností, takže z dané sociální skupiny, která mu nevyhovuje, může odejít. To je ovšem diametrálně odlišná situace než ta, která obvykle panuje u lidí s mentálním postižením. Proto byl pracovníky uváděn skupinový prvek jako důležitý, proto je na skupinu kladen důraz, proto má skupina rozhodující slovo, její rozhodnutí musí všichni členové respektovat.

Pracovníci vnímají, že lidé s mentálním postižením jsou náchylnější stát se obětí sexuálního zneužívání, přímou zkušenost s touto problematikou však příliš nemají.

V otázkách masturbace, manželství a rodičovství jsou pracovníci některých zařízení velmi nejednotní. Jistě není cílem, aby měli všichni pracovníci stejný názor, přístup k daným otázkám.

Jde však o to, že zvláště k otázce masturbace (se kterou se pracovníci ve své praxi setkávají často) by mělo zařízení zaujmout jasný postoj, který bude znám všem pracovníkům, ti se tímto budou řídit, navenek jej budou schopni prezentovat.

Otázky manželství a rodičovství jsou sice zatím spíše na úrovni hypotetické, je však také důležité vědět, jaký k nim zařízení zaujímá postoj. Ten by měl samozřejmě vycházet z diskuse pracovníků, sdílení různých pohledů a aspektů. I když bylo řečeno, že otázka manželství a rodičovství je zatím spíše na úrovni hypotetické, pro některé uživatele mohou být tato témata velmi důležitá, mohou o nich chtít hovořit a pracovníci by k tomuto velmi osobnímu tématu měli přistupovat jednotně, aby uživatelům nezpůsobili újmu.

Významnou podporu pro zařízení v Plzeňském kraji je poradenské centrum Amorela (jak již bylo uváděno). Lze říci, že existence tohoto centra je pro zařízení v Plzeňském kraji velmi důležitá, centrum je pro ně dostupné, jeho služby jsou považovány za kvalitní všemi zařízeními, nejen těmi, která spadají pod stejnou organizaci jako centrum. Z celého výzkumného šetření vyplynulo, že spektrum nabízených služeb je široké, nejčastěji je využíváno individuální/párové poradenství rodičům a uživatelům a individuální podpora uživatele při práci na jeho zakázce.

## Závěr

O přístupu k sexualitě lidí s mentálním postižením v prostředí sociálních služeb se v období několika posledních let začalo více mluvit, vznikly odborné publikace (není jich však mnoho), jsou pořádány vzdělávací kurzy pro pracovníky i pro odbornou veřejnost, jsou do praxe uváděny osvětové programy v oblasti sexuality pro lidi s mentálním postižením.

V konkrétních zařízeních je situace velmi různá, jak ukázalo i výzkumné šetření provedené v rámci této práce.

Téma sexuality a vztahů je pro uživatele sociální služby denní stacionář, pracovníky této služby i rodiče uživatelů tématem, se kterým se setkávají a ke kterému musí zaujmout určitý postoj, aby poskytovaná služba mohla být kvalitní a podpora uživatele efektivní. V některých zařízeních již existuje protokol o sexualitě a vztazích, i tam se můžeme setkat s tím, že pracovníci nejsou jednotní, neví, jaký je postoj zařízení, v některých zařízeních je tvorba protokolu sexuality v procesu a v některých zařízeních je otázkou blíže neurčené budoucnosti.

Důležité je, že pracovníci z denních stacionářů na území Plzeňského kraje jsou otevření k problematice sexuality uživatelů služeb, považují vzdělávání v této oblasti a vytvoření protokolu o sexualitě a vztazích za důležité.

Bylo poukázáno na to, jaké přístupy jsou doporučovány v odborné literatuře, výzkumným šetřením bylo prokázáno, že realita je složitější, resp. že cesta k aplikaci doporučených přístupů do praxe vyžaduje zdroje – personální, finanční a časové – kterých se pracovníkům často dostává v míře menší, než by potřebovali k tomu, aby se pro ně sexualita a vztahy uživatelů staly tak významnou prioritou, že by veškeré své síly upnuli právě na tuto oblast.

Zjištění, kterých bylo dosaženo výzkumným šetřením, budou poskytnuta vedoucím jednotlivých zařízení, stejně tak jako doporučení, která byla uvedena, a mohou soužit jako podklad pro reflexi stávajícího stavu.

## Resumé

S tématem sexuality a vztahů se pracovníci denních stacionářů pro lidi s mentálním postižením (uživatelé služby) na území Plzeňského kraje běžně setkávají.

Nejčastěji se pracovníci setkávají s partnerskými vztahy mezi uživateli, dále také s masturbací a dalšími projevy sexuality.

V některých zařízeních je způsob práce se sexualitou písemně shrnut v dokumentu „*protokol o sexualitě a vztazích*“, v dalších zařízeních je zpracování tohoto dokumentu otázkou blíže neurčené budoucnosti, nicméně je tento považován za důležitý pro kvalitu poskytované služby.

K práci s projevy sexuality přistupují zařízení různě, u některých témat byl zjištěn velký nesoulad, resp. odlišné názory a povědomí pracovníků v rámci jednoho zařízení, který může způsobovat problémy a zmatky při práci s uživateli služby.

Všechna zařízení spolupracují s „*Poradenským centrem pro oblast sexuality a mezilidských vztahů v životě lidí s mentálním postižením Amorela*“, spolupráce s centrem je shodně zařízeními hodnocena jako velmi prospěšná pro pracovníky, uživatele i rodiče, pracovníci Amorely jsou vnímáni jako kompetentní odborníci na danou problematiku.

## Cizojazyčné resumé

Employees of day care centers social service for persons with learning disabilities in the Pilsen county are acquainted with the topic of sexuality and relationships. The workers encounter the most often relationships among persons with learning disabilities, as well as masturbation and other displays of sexuality.

In some day care center social service the way how to deal with sexuality among persons with learning disabilities is defined in a document called „*protocol on sexuality and relationships.*” In other organizations the document will be created in a non-defined future date; however, such a document is considered to be very important for the quality of service.

The way of dealing with displays of sexuality differs in each center. Even in the same day care center social service there were found out discrepancies in employees' awareness and opinions about some of the topics. Such a situation can cause troubles and confusion in relation to work with persons with learning disabilities.

All the organizations cooperate with “*Advisory Center for Sexual and Relationship issues of Persons with Learning Disabilities – Amorela*”. The cooperation is evaluated by all the organizations as very useful for their workers, persons with learning disabilities and parents. The Amorela employees are perceived as very competent professionals in this field.

## Seznam literatury

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava, PIPEKOVÁ, Jarmila. Rodina s dítětem se zdravotním postižením. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s 43-50. ISBN 978-80-7315-198-0.
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava, VÍTKOVÁ, Marie. Vliv současných změn v edukaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na přípravu učitelů a speciálních pedagogů. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s 9. ISBN 978-80-7315-198-0.
3. BAZALOVÁ, Barbora. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s 289-304. ISBN 978-80-7315-198-0.
4. BOSCH, Erik, SUYKERBUYK, Ellen. Struktura osvětového programu. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. s 100-101. ISBN 978-80-262-0373-5.
5. BROŽOVÁ, Veronika. Sexuální výchova lidí s MP – Skupinová osvěta. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, BROŽOVÁ, Veronika. *Nové trendy v sexuální výchově*. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2009. s 19-25. ISBN 978-80-86956-52-7.
6. ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar. Standard č. 2: Ochrana práv osob. In *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. s 94-95. ISBN 978-80-262-0027-7.
7. ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
8. EISNER, Petr. Mýty a předsudky o sexualitě lidí s postižením. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. s 120-129. ISBN 978-80-262-0373-5.
9. EISNER, Petr. Osvěta. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. s 93-117. ISBN 978-80-262-0373-5.
10. EISNER, Petr. Práce se sexualitou v rámci organizace. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. s 43-92. ISBN 978-80-262-0373-5.

11. FERJENČÍK, Ján. Rozhovor. In FERJENČÍK, Ján, *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. s 183. ISBN 978-80-7367-815-9.
12. GAVORA, Petr. Dotazník. In GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2010. s 121-135. ISBN 978-80-7315-185-0.
13. HENDL, Jan. Dokumenty a fyzická data. In HENDL, JAN. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s 204-205. ISBN 978-80-7367-485-4.
14. JANIŠ, Kamil, TÄUBNER, Vladimír. *Didaktika sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. s 3. ISBN 80-7041-902-4.
15. KOLÁČKOVÁ, Jana. Supervize. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s 349-365. ISBN 978-80-7367-502-8.
16. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita osob s mentálním postižením. In VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. s 44-58. ISBN 978-80-7320-099-2.
17. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In ORFEUS o.s. (ed.). *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb, 2004. s 28-36. ISBN 80-903519-0-5.
18. LEČBYCH, Martin. Sexualita v období dospívání a dospělosti – Chci také s někým chodit! In LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 149-161. ISBN 978-80-244-2071-4.
19. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. s 90. ISBN 80-7178-494-X.
20. MIOVSKÝ, Michal. Metody získávání kvalitativních dat. In MIOVSKÝ, MICHAL. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s 141-193. ISBN 80-247-1362-4.
21. MIOVSKÝ, Michal. Analýza dokumentů. In MIOVSKÝ, MICHAL. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s 98-103. ISBN 80-247-1362-4.
22. MITLÖHNER, Miroslav. Vybrané právní otázky sexuality mentálně postižených osob. In VANICKÝ, Josef, TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana (eds.). *Sexualita mentálně*



- postižených- II*. Praha: Centrum denních služeb, 2009. s 61-67. ISBN 80-903519-0-5.
23. OPATŘILOVÁ, Dagmar. Pedagogické poradenství a intervence. In OPATŘILOVÁ, Dagmar (ed.). *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. s 119-139. ISBN 80-210-3977-9.
  24. PAVLÍKOVÁ-BROŽOVÁ, Veronika. Protokol sexuality. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. s 88-89. ISBN 978-80-262-0373-5.
  25. PIPEKOVÁ, Jarmila. Humanizační trendy v edukaci jedinců s mentálním postižením. In VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. s 309-324. ISBN 80-7315-071-9.
  26. PIPEKOVÁ, Jarmila. Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s 311-316. ISBN 978-80-7315-198-0.
  27. SLOWÍK, Josef. Příprava mentálně handicapovaných osob dlouhodobě žijících v rezidenční péči na partnerské soužití. In VANICKÝ, Josef, TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana (eds.). *Sexualita mentálně postižených- II*. Praha: Centrum denních služeb, 2009. s 107-111. ISBN 80-903519-0-5.
  28. SPILKOVÁ, Jana. Psychosexuální vývoj. In WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. s. 93-106. ISBN 978-80-247-2492-8.
  29. STOČESOVÁ-LINHARTOVÁ, Jana. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením ve Společnosti Duha. In ORFEUS o.s. (ed.). *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb, 2004. s 75-79. ISBN 80-903519-0-5.
  30. ŠEDÁ, Vlasta. Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených. In ORFEUS o.s. (ed.). *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb, 2004. s 71-74. ISBN 80-903519-0-5.
  31. ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
  32. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 101 s. ISBN 978-80-244-1689-2.

33. ŠTĚRBOVÁ, Dana. Sexualita osob s mentálním postižením-vzdělávání pracovníků poskytujících sociální služby. In VANICKÝ, Josef, TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana (eds.). *Sexualita mentálně postižených- II*. Praha: Centrum denních služeb, 2009. s 13-23. ISBN 80-903519-0-5.
34. ŠTĚRBOVÁ, Dana. Sexualita zdravotně postižených. In ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS Petr a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s 365-377. ISBN 978-80-7345-238-4.
35. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením: strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, 2009. 85 s. ISBN 978-80-7415-005-0.
36. ŠULOVÁ, Lenka. Sexuální výchova. In WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. s 691-706. ISBN 978-80-247-2492-8.
37. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. s 12-13. ISBN 80-7178-821-X.
38. ŠVAŘÍČEK, Roman. Hlubkový rozhovor. In ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s 159-184. ISBN 978-80-7367-33-0.
39. ŠVEC, Štefan. Metoda dotazníku v edukačním výzkumu. In ŠVEC, Štefan a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009. s 122-140. ISBN 978-80-7315-192-8.
40. TÄUBNER, Vladimír. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. Praha: Fortuna, 1996. 45 s. ISBN 80-7071-029-2.
41. UZEL, Radim. Co je normální v sexualitě člověka. In ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS Petr a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s 126-129. ISBN 978-80-7345-238-4.
42. VALENTA, Milan. Terminologie v psychopedii. In VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. s 7-16. ISBN 978-80-7320-099-2.
43. VALENTA, Milan Etiologie mentálního postižení. In VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. s 58-60. ISBN 978-80-7320-099-2.

44. VALENTA, Milan. Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením i dalšími duševními poruchami. In VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. s 35-57. ISBN 978-80-7320-099-2.
45. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
46. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Lidská sexualita a její změny. In VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. s 13-26. ISBN 978-80-262-0373-5.
47. VÍTKOVÁ, Marie. Edukace jedinců tělesným postižením a chronickým onemocněním. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s 213-233. ISBN 978-80-7315-198-0.
48. WEISS Petr. Předmluva. In ŠILEROVÁ, Lenka. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. s. 7-8. ISBN 80-247-0291-6.
49. WEISS Petr. Vývoj pohlavní identity. In ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS Petr a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s 71-76. ISBN 978-80-7345-238-4.
50. WEISS, Petr. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2002. 351 s. ISBN 80-7178-634-9.
51. ZÁMEČNÍKOVÁ, Dana. Význam edukace pro pracovní uplatnění jedinců se zdravotním postižením. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s 235-244. ISBN 978-80-7315-198-0.
52. ZELINA, Miron. Interview v edukačním významu. In ŠVEC, Štefan a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009. s 113-118. ISBN 978-80-7315-192-8.

## Internetové zdroje

1. AMORELA – PORADENSKÉ CENTRUM. *Amorela* [on-line]. 2010, [cit. 5. 5. 2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.amorela.cz/>>.
2. CAMBRIDGE, Paul, CARNABY, Steven, MCCARTHY, Michelle. Responding to Masturbation in Supporting Sexuality and Challenging Behaviour in Services for People with Learning Disabilities: A Practice and Research Overview. *Journal of Learning Disabilities* [on-line]. 2003, vol. 7, no. 3, p. 251-266. ISSN 1469-0047 (200309)7:3. Dostupné z WWW: <<http://www.wenurses.net/MyNurChat/archive/LDdownloads/sexuality%20re%20masturbation.pdf>>.
3. ČR. *Zákon č. 40/1964, Sb., občanský zákoník* [on-line]. 26. 2. 1964, [cit. 25. 8. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=30446&fulltext=40~2F1964&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>>.
4. ČR. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník* [on-line]. 8. 1. 2009, [cit. 23. 7. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=40~2F2009&part=&name=&rpp=15#seznam>>.
5. ČR. *Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině* [on-line]. 3. 12. 2006, [cit. 1. 8. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=z~C3~A1kon~20o~20rodin~C4~9B&nr=94~2F1963&part=&name=&rpp=15#seznam>>.
6. ČR. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [on-line]. 14. 3. 2006, [cit. 19. 7. 2012]. Dostupné z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=108/2006](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=108/2006)>.
7. ČR. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [on-line]. 13. 5. 2004, [cit. 3. 2. 2012]. Dostupné z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/\\_s.155/701?l=435/2004](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=435/2004)>.
8. ČR. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání* [on-line]. 29. 4. 2004, [cit. 19. 7. 2012]. Dostupné z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?l=561/2004](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?l=561/2004)>.

9. MPSV ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR* [on-line]. [cit. 24. 1. 2013]. Dostupné z WWW:  
<<http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby>>.
10. MPSV ČR. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* [on-line]. 15. 11. 2006 [cit. 1. 6. 2013]. Dostupné z WWW:  
<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=63146&fulltext=505~2F2006&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>>.
11. MŠMT ČR. *Opatření ministryně školství, mládeže a tělovýchovy, kterým se mění Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [on-line]. 16. 12. 2009. 6 s. [cit. 22. 7. 2012]. Dostupné z WWW:  
<[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/MR\\_DVO\\_EV\\_web.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/MR_DVO_EV_web.pdf)>.
12. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [on-line]. 9. 2. 2005, [cit. 19. 7. 2012]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/\\_s.155/701?l=72/2005](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=72/2005)>.
13. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [on-line]. 9. 2. 2005, [cit. 19. 7. 2012]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/\\_s.155/701?l=73/2005](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/_s.155/701?l=73/2005)>.
14. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [on-line]. 15. 4. 2011, [cit. 5. 4. 2013]. Dostupné z WWW:  
<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=74209&fulltext=116~2F2011&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>>.
15. MŠMT ČR. *Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných* [on-line]. 25. 5. 2011, [cit. 5. 4. 2013]. Dostupné z WWW:  
<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=74342&fulltext=116~2F2011&nr=147~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>>.
16. OSN. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [on-line]. 13. 12. 2006, [cit. 1. 8. 2012]. Dostupné z WWW: <<http://www.tyflonet.cz/uploads/09.pdf>>.

17. OSN. *Všeobecná deklaráce lidských práv* [on-line]. 10. 12. 1948, [cit. 1. 8. 2012].  
Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>>.
18. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [on-line]. Praha: VÚP, 2006. s 37. [cit. 19. 7. 2012]. ISBN 80-87000-00-5. Dostupné z WWW:  
<[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_PV-2004.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf)>.
19. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PEDAGOGICKÝ. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [on-line]. Praha: VÚP, 2007. 126 s. [cit. 22. 7. 2012].  
Dostupné z WWW:  
<[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV\\_2007-07.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf)>.

## **Seznam příloh**

1. Příloha č. 1: Dotazník

# Přílohy

## Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Marie Linková, jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru *Sociální práce na Pedagogické fakultě Západočeské univerzity v Plzni*.

V rámci své diplomové práce (název práce je *Přístupy pracovníků k sexualitě lidí s mentálním postižením v sociální službě denní stacionář v Plzeňském kraji*) se zabývám přístupy pracovníků denních stacionářů k sexualitě uživatelů služby – lidí s mentálním postižením.

Výzkum bych ráda provedla ve všech denních stacionářích pro lidi s mentálním postižením na území Plzeňského kraje.

Proto Vás tímto žádám o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze k výzkumným účelům.

Dotazník je anonymní, nebudou zveřejněna žádná data, ze kterých by byla možná identifikace konkrétní osoby či zařízení.

Dotazník se skládá z 33 otázek. U většiny otázek je možné vybrat jednu z nabízených odpovědí (zaškrtnutím/zatrhnutím čtverečku před nabízenou odpovědí) a uvést důvod pro volbu této odpovědi, u některých otázek je možné vybrat více odpovědí. Některé otázky jsou otevřené a je u nich ponechán prostor pro Vaši vlastní odpověď.

Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 30 minut.

V případě nejasností či připomínek k dotazníku se na mě prosím obraťte.

S pozdravem

Marie Linková  
LinkovaMarie@seznam.cz



**1. Jste:**

- žena
- muž

**2. Věkové rozmezí, ve kterém se nacházíte:**

- 18-20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské bakalářské sociálního/speciálněpedagogického směru
- vysokoškolské magisterské sociálního/speciálněpedagogického směru
- jiné,

uved'te:.....

.....

**4. Délka praxe s lidmi s mentálním postižením:**

- 0-1 rok
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- 31 a více let

**5. Pracovní pozice vykonávaná v zařízení:**

- pracovník v sociálních službách
- sociální pracovník
- jiná, uveďte svoji pracovní pozici:

.....  
.....

**6. Je v zařízení, ve kterém pracujete, zpracován *protokol o sexualitě a vztazích* (popř. obsahově obdobný dokument s jiným názvem)?**

- ano, jsem s ním obeznámen/a
- ano, ale nejsem s ním obeznámen/a
- ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné, uveďte důvod:

.....  
.....

*(přejděte na otázku č. 13)*

- ne, ale domnívám se, že by měl být takový dokument v zařízení zpracován, uveďte důvod:

.....  
.....  
.....

*(přejděte na otázku č. 13)*

- nevím *(přejděte na otázku č. 13)*

**7. Měl/Měla jste možnost podílet se na vzniku *protokolu o sexualitě a vztazích*?**

- ano
- ne
- nevím

**8. Máte možnost navrhnout změny a úpravy v *protokolu o sexualitě a vztazích*?**

- ano, zatím jsem této možnosti nevyužil/a
- ano, této možnosti jsem využil/a, uveďte důvod:

.....  
.....

- ne
- ne, ale kdybych tuto možnost měl/a, využil/a bych jí, uveďte důvod:

.....  
.....

- nevím

**9. Postupují všichni pracovníci zařízení, ve kterém pracujete, v souladu s protokolem o sexualitě a vztazích?**

- ano
- ne, uveďte důvod:

.....  
.....  
.....

- nevím

**10. Vnímáte protokol o sexualitě a vztazích jako přínosný při řešení otázek týkajících se sexuality uživatelů zařízení, ve kterém pracujete?**

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 13)
- nevím (přejděte na otázku č. 13)

**11. V čem spatřujete přínos protokolu o sexualitě a vztazích pro sebe jako pracovníka? (můžete označit více odpovědí)**

- vymezení práv a povinností pracovníka
- vymezení práv a povinností uživatele

- vymezení postupů při řešení problematických situací
- vymezení postupů při jednání s rodiči (zákonnými zástupci) uživatele
- vymahatelnost práv a povinností pracovníka i uživatele
- jiné, uveďte:

.....

.....

**12. V čem spatřujete přínos *protokolu o sexualitě a vztazích* pro uživatele sociální služby? (můžete označit více odpovědí)**

- vymezení práv a povinností uživatele
- vymezení práv a povinností pracovníka
- vymezení přístupu zařízení k sexualitě uživatele
- vymahatelnost práv a povinností uživatele i pracovníka
- jiné, uveďte

.....

.....

**13. Vzdělával/a jste se v problematice sexuality lidí s mentálním postižením?**

- ano
- ano, rád/a bych se v této problematice vzdělával/a dále
- ne, ale rád/a bych se v této problematice vzdělával/a (přejděte na otázku č. 15)
- ne (přejděte na otázku č. 15)

**14. Jakého typu vzdělávání jste se účastnil/a? (můžete označit více odpovědí)**

- základní kurz v rozsahu do 8 hodin včetně
- základní kurz v rozsahu 9-16 hodin
- rozšiřující (nástavbový) kurz v rozsahu do 8 hodin včetně

rozšiřující (nástavbový) kurz v rozsahu 9-16 hodin

jiný typ, uveďte:

.....  
.....

**15. Máte možnost vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením?**

*(můžete označit více odpovědí)*

ano, dostal/a jsem nabídku na absolvování základního/rozšiřujícího kurzu

ano, ale nechci tuto nabídku využít, uveďte důvod:

.....

ne, z důvodu nedostatku financí

ne, z důvodu nedostatku času

ne, z důvodu velké vzdálenosti místa konání kurzu

ne z jiných důvodů, uveďte:

.....  
.....

nevím

**16. Považujete vzdělávání sebe sama v problematice sexuality lidí s mentálním postižením za důležité pro výkon své profese?**

ano, uveďte důvod:

.....  
.....

ne, uveďte důvod:

.....  
.....

*(přejděte na otázku č. 18)*

nevím *(přejděte na otázku č. 18)*

**17. Pokud byste mohl/mohla navrhnout témata, která by měla být obsahem vzdělávacího kurzu pro pracovníky o sexualitě lidí s mentálním postižením, jaká témata by to byla? (*uved'te alespoň 3 témata*)**

.....  
.....  
.....

**18. Považujete sexuální výchovu a osvětu lidí s mentálním postižením za přínosnou pro jejich život?**

- ano, sexuální výchova je nedílnou součástí výchovy každého člověka
- ne, sexuální výchova lidí s mentálním postižením není vzhledem k jejich postižení vhodná

**19. Kdo by měl být realizátorem sexuální výchovy a osvěty lidí s mentálním postižením?**

- rodina člověka s mentálním postižením
- instituce, jejichž služby člověk s mentálním postižením využívá (škola, denní stacionář, chráněné bydlení apod.)
- rodina i instituce společně
- u lidí s mentálním postižením by sexuální výchova a osvěta neměla být realizována

**20. Poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality? (*můžete označit více odpovědí*)**

- ano
- ne, není to potřeba, neboť sexuální výchovu lidí s mentálním postižením nepovažujeme za důležitou (*přejděte na otázku č. 22*)
- ne, nejsou personální zdroje (*přejděte na otázku č. 22*)
- ne, nejsou finanční zdroje (*přejděte na otázku č. 22*)
- ne, ale myslím si, že by zařízení mělo takové programy poskytovat (*přejděte na otázku č. 22*)

nevím (přejděte na otázku č. 22)

**21. V jaké formě poskytuje zařízení, ve kterém pracujete, uživatelům služby vzdělávací a osvětové programy v oblasti sexuality? (můžete označit více odpovědí)**

- individuální poradenství
- párové poradenství
- pravidelná skupinová setkávání s uživateli nad tématy týkajícími se jejich sexuality (četnost alespoň 1x týdně)
- pravidelná skupinová setkávání s uživateli nad tématy týkajícími se jejich sexuality (četnost alespoň 1x měsíčně)
- jiná forma, uveďte:

.....  
.....

**22. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost konzultovat své problémy/otázky z oblasti sexuality s externími odborníky – spolupracovníky zařízení?**

ano, považuji to za přínosné, uveďte důvod:

.....  
.....

ano, ale považuji to za nadbytečné, uveďte důvod:

.....  
.....

ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné uveďte důvod:

.....  
.....

*(přejděte na otázku č. 24)*

ne, ale myslím si, že by měli tuto možnost mít, uveďte důvod:

.....  
.....  
(přejděte na otázku č. 24)

- nevím (přejděte na otázku č. 24)

**23. S jakým externím odborníkem mají uživatelé zařízení, ve kterém pracujete, možnost konzultovat své problémy/otázky z oblasti sexuality? (můžete označit více odpovědí)**

- s psychologem  
 se speciálním pedagogem  
 se sexuologem  
 s jiným specialistou, uveďte:

.....  
**24. Pokud byste mohl/mohla navrhnout témata, která by měla být obsahem vzdělávacího a osvětového programu o sexualitě pro uživatele zařízení, ve kterém pracujete, jaká témata by to byla? (uveďte alespoň 3 témata)**

.....  
.....  
.....  
**25. Setkal/a jste se v zařízení, ve kterém pracujete, s projevy sexuality uživatelů služby?**

- ano  
 ne (přejděte na otázku č. 27)

**26. S jakými projevy sexuality uživatelů služby jste se setkal/a? (můžete označit více odpovědí)**

- masturbace  
 obnažování se před ostatními  
 sexuální obtěžování pracovníka/jinému uživateli služby



- partnerský vztah mezi uživateli
- homosexuální projevy
- pohlavní styk mezi uživateli
- jiné, uveďte

**27. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost masturbace (za splnění určitých podmínek, např. vymezení určitého prostoru, kde je možno masturbaci v soukromí realizovat)?**

- ano, považuji to za vhodné, uveďte důvod:  
.....  
.....
- ano, ale nepovažuji to za vhodné, uveďte důvod:  
.....  
.....
- ne, ani bych to nepovažoval/a za vhodné, uveďte důvod:  
.....  
.....
- ne, ale myslím si, že by měli tuto možnost mít, uveďte důvod:  
.....  
.....

**28. Mají uživatelé v zařízení, ve kterém pracujete, možnost navazovat a realizovat partnerské vztahy?**

- ano, považuji to za přínosné, uveďte důvod:  
.....  
.....
- ano, ale nepovažuji to za přínosné, uveďte důvod:  
.....  
.....

- ne, ani bych to nepovažoval/a za přínosné, uveďte důvod:

.....  
.....

*(přejděte na otázku č. 30)*

- ne, ale myslím si, že by měli tuto možnost mít, uveďte důvod:

.....  
.....

*(přejděte na otázku č. 30)*

**29. Podporuje zařízení, ve kterém pracujete, partnerské vztahy mezi uživateli?**

- ano, uveďte způsoby podpory:

.....  
.....

- ne, uveďte důvod:

.....  
.....

**30. Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s mentálním postižením možnost žít v manželství?**

- ano, uveďte důvod:

.....  
.....

- ne, uveďte důvod:

.....  
.....

- nevím

**31. Měli by podle Vašeho názoru mít lidé s mentálním postižením možnost mít děti?**

ano, uveďte důvod:

.....  
.....

ne, uveďte důvod:

.....  
.....

nevím

**32. Považujete lidi s mentálním postižením za náchylnější k tomu stát se obětí sexuálního zneužívání, vzhledem k jejich postižení?**

ano, uveďte důvod:

.....  
.....

ne, uveďte důvod:

.....  
.....

**33. Setkal/a jste se ve své praxi s problematikou sexuálního zneužívání lidí s mentálním postižením?**

ano, popište daný případ:

.....  
.....  
.....

ne

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!**