

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**KATEDRA PEDAGOGIKY**

**PŘÍSTUP K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM  
V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V  
PRAZE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Magdalena Hrubá**

*Speciální pedagogika*

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

**Plzeň, 2023**

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

V Plzni, 25. dubna 2023

.....  
Magdalena Hrubá

### **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. za odborné a vstřícné vedení, trpělivost a cenné rady, které mi v průběhu práce poskytoval. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi ochotně věnovali svůj čas pro realizaci výzkumného šetření.

## OBSAH

ÚVOD .....	3
I TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	4
1.1 Mentální postižení.....	4
1.1.1 Definice mentálního postižení.....	4
1.1.2 Klasifikace .....	5
1.1.3 Etiologie .....	5
1.2 Modely zdravotního postižení v kontextu mentálního postižení.....	6
1.2.1 Medicínský model.....	7
1.2.2 Model ústavní péče .....	7
1.2.3 Sociální model .....	8
1.2.4 Model lidských práv.....	8
1.3 Koncept kvality života v kontextu osob s mentálním postižením .....	8
1.3.1 Kvalita života.....	8
1.3.2 kvalita života u osob s mentálním postižením.....	9
2 SEXUALITA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	11
2.1 Legislativní ukotvení sexuality u osob s mentálním postižením.....	12
2.1.1 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.....	13
2.1.2 Deklarace sexuálních práv .....	14
2.1.3 Deklarace práv mentálně postižených osob.....	16
2.1.4 Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF .....	17
2.2 Sexualita a osoba s mentálním postižením .....	17
2.3 Sexuální výchova u osob s mentálním postižením .....	19
2.3.1 Antikoncepční metody u osob s mentálním postižením .....	21
2.3.2 Partnerství osob s mentálním postižením .....	21
2.3.3 Sexuální asistence.....	22
3 PŘÍSTUP K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	23
3.1 Předsudky vůči osobám s mentálním postižením v oblasti sexuality.....	24
3.2 Problematika sexuality v sociálních službách .....	25
3.3 Protokol o sexualitě a vztazích .....	26
II PRAKTICKÁ ČÁST .....	28
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	28
5.1 Cíle .....	28
5.2 Výzkumný soubor .....	28
5.3 Metody výzkumu .....	29
6 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ .....	33
6.1 Dotazníkové šetření.....	33
6.1.1 Shrnutí dotazníkového šetření .....	43
6.2 Rozhovory se zaměstnanci Domovů pro osoby se zdravotním postižením .....	44
6.3 Rozhovory s klienty Domovů pro osoby se zdravotním postižením.....	49
6.4 Shrnutí výsledků rozhovorů.....	54
6.5 Analýza protokolů o sexualitě a vztazích.....	55
6.6 Shrnutí výsledků analýzy protokolů o sexualitě a vztazích.....	58
6.7 Shrnutí výzkumu .....	58
6.8 Doporučení pro praxi.....	61

---

ZÁVĚR.....	63
RESUMÉ .....	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	66
SEZNAM GRAFŮ .....	70
PŘÍLOHA Č. 1 .....	I

## ÚVOD

Mezi přirozené lidské potřeby / pudy bezpochyby patří sexualita. Naplnění či nenaplnění sexuálního pudu ovlivňuje kvalitu života jedince. Osoby s mentálním postižením mají také potřebu sexuálního vyžití. Oblast sexuality u osob s mentálním postižením je tématem stále tabuizovaným a kontroverzním ve veřejném prostoru, přestože je snaha o nastavení inkluzivního přístupu ve společnosti. Jestliže je kvalita života ovlivňována i sexualitou, je třeba se ptát, jakým způsobem mohou osoby s mentálním postižením naplňovat tuto potřebu v pobytových zařízeních, jako jsou Domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Bakalářská práce vychází z konceptů odborné literatury, jež se o problematiku sexuality u osob s mentálním postižením zajímá. Pro zmapování této problematiky se bakalářská práce zaměřuje na několik rovin, které se k tomuto tématu vztahují. V první kapitole bude popsán pojem mentální postižení a různé modely přístupů k (mentálnímu) postižení. Následující kapitola se zaměří na sexualitu u osob s mentálním postižením, kde bude obsažen i legislativní pohled na tuto problematiku. Poslední teoretická kapitola popíše přístup k sexualitě u osob s mentálním postižením v rámci pobytových zařízení.

Z teoretických konceptů bude vycházet výzkumná část, kdy hlavním cílem této bakalářské práce bude zmapování přístupů k sexualitě u osob s mentálním postižením v DOZP na území hlavního města Prahy a okresů Praha – Východ, Praha – Západ. Pro naplnění cíle bude využito smíšeného výzkumu. Smíšený výzkum bude realizován pomocí dotazníkového šetření, jež se zaměří na veškeré Domovy pro osoby se zdravotním postižením, které se vztahují do výzkumného regionu. Následně budou realizovány polostrukturované rozhovory se zaměstnanci třech Domovů pro osoby se zdravotním postižením, které se věnují sexualitě u osob s mentálním postižením. Tyto polostrukturované rozhovory budou vedeny i s osobami s mentálním postižením žijících v těchto zařízeních. Výzkumné šetření bude doplněno i o analýzu protokolů o sexualitě a vztazích. Bude snahou získat co nejvíce dat o přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v DOZP. Z výzkumného šetření bude vypracováno shrnutí výsledků a následné doporučení pro praxi.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

### 1.1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Pojem „mentální postižení“ může být pro mnoho oborů nepřesný. (Speciálně pedagogické obory se opírají o legislativu, ve které je tento pojem užíván (např. vyhláška č. 27/2016 Sb.), ale např. pro obory psychologické, psychiatrické apod., se využívá termín „mentální retardace“, jakožto terminus technicus pro vrozené mentální postižení. Užití pojmu „mentální postižení“ můžeme vnímat jako dopad humanizace vědních disciplín. Mnoho pojmů, které nyní nahrazujeme pojmem „mentální postižení“, přešlo do posměvačných až vulgárních označení. Podle Valenty, Michalíka, Lečbycha (2018) se toto děje kvůli tomu, že již od minulosti jsou lidé s mentálním postižením ve společnosti vnímáni komicky. Mnoho termínů je již společensky nekorektních, tudíž se terminologie proměňuje (Valenta, Michalík, Lečbych 2018).

Aktuálním trendem je koncept „people first“ jazyk (člověk na prvním místě). Tento koncept vychází z pohledu na člověka jakožto na lidskou bytost, která je více podobná intaktní většině, než že by se lišila. Tento koncept tedy vyzdvihuje osobu před diagnózou. Poukazuje na to, že lidé s postižením mají lidskou důstojnost, práva a pocity. Mnoho lidí stále označuje osobu s mentálním postižením jako „mentálně postižený člověk“. Podle konceptu „people first“ jej však označujeme jako „člověk s mentálním postižením“. Ačkoli v této práci pohled „people first“ vyzdvihují, můžeme na tento koncept najít také kritiku. Mnoho osob s postižením chce využívat konceptu „identity first“, který upozorňuje na neoddělitelnost postižení od osoby. Mnoho osob vnímá své postižení jako velkou část jejich identity, proto chtějí užívat tohoto konceptu. Jestliže jsme v kontaktu s osobou s postižením, je důležité, abychom užívali výrazu, kterým se osoba identifikuje (Brown, 2023).

#### 1.1.1 DEFINICE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Valenta (2014) definuje: „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností*“ (Valenta, 2014, str. 24).

Slowík (2022) definuje mentální postižení jako „komplexní syndromatické omezení“ (Slowík, 2022, str. 191). Autor zdůrazňuje fakt, že při mentálním postižení není jako jedinou zasaženou oblastí oblast intelektová, kdy je nutné pro diagnostikování mentální retardace naměřením hodnoty IQ pod 70, ale jsou zasaženy všechny prvky osobnosti. Výčet oblastí, které mohou jedince s MP zasahovat, jsou: emoce, komunikační schopnost, sociální dovednosti, udržování a úroveň sociálních vztahů, schopnost vzdělávání se apod.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) definuje mentální postižení: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“ (MKN – 10).

Podle AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) můžeme definovat mentální postižení jako: „Intelektová disabilita je charakterizována podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptačního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž se stav objevuje do 18. roku věku (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, s. 38).“

### 1.1.2 KLASIFIKACE

Klasifikace mentální retardace dle WHO (MKN -10):

- F70. Lehká mentální retardace – IQ 50-69,
- F71. Středně těžká mentální retardace – IQ 35-49,
- F72. Těžká mentální retardace – IQ 20-34,
- F73. Hluboká mentální retardace – IQ méně než 20,
- F78. Jiná mentální retardace (udává se jen v případech, kdy je měření IQ zvláště nesnadné kvůli přidruženému postižení),
- F79. Nespecifikovaná mentální retardace (udává se v případech, kdy je mentální postižení prokázáno, ale není dostatek informací pro to, abychom jedince zařadili do stupně mentálního postižení).

### 1.1.3 ETIOLOGIE

„Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací“ (Černá, 2015, s. 84). Etiologie



u mentálního postižení je velmi pestrá, protože ji můžeme rozdělit na endogenní (vnitřní) faktory a exogenní (vnější) faktory. Dále můžeme na etiologii pohlížet s ohledem na čas – prenatální faktory, perinatální faktory a postnatální faktory (Valenta, Michalík, Lečbych 2018). Slowík (2021) píše, že etiologie může být velmi různorodá, protože častokrát nemůžeme stanovit vyloženě jednu příčinu. V těchto případech je příčina multifaktoriální.

V prenatálním období můžeme jako jeden možný vliv určit vliv hereditární neboli dědičný, kdy se mohou dědit například metabolické poruchy, jako je např. fenyلكetonurie, která u jedince s touto metabolickou poruchou může vést k mentálnímu postižení. Další velmi častou příčinou je příčina genetická, kterou je například mutace genů, chromozomové aberace, nebo numerické chromozomální abnormality. Další častou etiologií v prenatálním období mohou být různá onemocnění, která prodělá matka v těhotenství. Nejvíce kritické období je období prvního trimestru. V neposlední řadě se do etiologie řadí užívání návykových látek, nedostatek plodové vody či vrozené vady mozku.

Dalším obdobím je období perinatální (v době porodu a těsně po porodu). Nejčastější příčinou mentálního postižení v tomto období je poškození mozku během porodu – např. hypoxie či následek klešťového porodu. Další příčiny mohou být NNPH (novorozenci s nízkou porodní hmotností), porod před 37. týdnem gestace (předčasný porod), perinatální encefalopatie nebo těžká novorozenecká žloutenka.

Postnatální období je období po narození. V tomto období jsou příčinami různé záněty mozku (klíšťová encefalitida apod.) nebo také úrazy hlavy s následným krvácením do mozku, nádory v mozku či neurodegenerativní onemocnění, jako je Parkinsonova choroba či Alzheimerova choroba (Valenta, 2014).

## **1.2 MODEL Y ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ V KONTEXTU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ**

Fenoménu mentálního postižení rozumí každá disciplína odlišně, proto je několik modelů, jak se na mentální postižení pohlíží. Tyto modely vychází z myšlenkových systémů, na které reagují různé disciplíny či jedinci. Modely zdravotního postižení v kontextu mentálního postižení nám mohou pomoci chápat, jak na osoby s mentálním postižením pohlížíme (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Mnoho autorů popisuje různé typy modelů zdravotního postižení. Pro účely této bakalářské práce definujeme modely, které jsou pro tuto práci stěžejní – medicínský model, model ústavní sociální péče, sociální model a model lidských práv.

### 1.2.1 MEDICÍNSKÝ MODEL

Medicínský model je v České republice prozatím dominantním modelem. Tento model pohlíží na fenomén mentálního postižení jako na vývojovou poruchu, která negativně ovlivňuje jedince reagovat a usuzovat v „běžném“ životě plných nároků kvůli zásahu rozumových schopností. V tomto modelu se využívá pojmu „mentální retardace“, jemuž rozumíme jako diagnóza. Šiška (2005) píše, že medicínský model nahlíží na osoby s mentálním postižením jako na pacienty. Tato filozofie přikládá lidem s mentálním postižením absenci zdraví, tudíž se na tuto skupinu lidí hledí jako na nemocné.

Elementárním záměrem tohoto modelu je včasná diagnostika, klasifikace a zachycení vývojové poruchy a popis, v jakých oblastech osoba „selhává“ či jaké má slabé stránky. Jelikož se dávají osobám s postižením v tomto modelu diagnózy, mohou plynout z tohoto modelu různá nebezpečí, jako je stigmatizace, nálepkování či diskriminace jedinců s (mentálním) postižením, kdy je riziko, že intaktní většina bude hledět na tyto osoby pod vlivem stereotypů (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

### 1.2.2 MODEL ÚSTAVNÍ PÉČE

Model ústavní péče můžeme datovat od vzniku nalezinců či špitálů. Ty byly budovány z důvodu, aby lidé s postižením měli možnost žít důstojnější život, než by je čekal v tehdejší intaktní společnosti, kde byli tito lidé znevýhodňováni. Tento postoj vznikl na základě soucitu a altruistického jednání, kdy se stavěly ústavy sociální péče za účelem omezení neúspěchu a ponížení lidí s (mentálním) postižením ve společnosti. Tyto ústavy poskytovaly lidem komplexní péči zaměřenou na biologické potřeby v jednom pobytovém zařízení izolovaném od společnosti. Tento typ péče může být však nebezpečný, jelikož staví osoby s postižením do role závislého na péči a eliminuje podnikavost / osobní růst a možnost být činitelem vlastního života na základě vlastních svobodných rozhodnutí (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

### 1.2.3 SOCIÁLNÍ MODEL

Sociální model zdravotního postižení byl vyvinut v 70. letech, kdy díky akademikům (Mike Oliver, Vic Finkelstein, Colin Barnes) získal tento model akceptaci. Za zakladatele tohoto modelu je považován již zmíněný Mike Oliver (Shakespeare, 2004). Toto paradigma nenachází důvod znevýhodnění v samotném zdravotním postižení, ale ve společnosti, která na jedince působí takovým stylem, jež jedince znevýhodňuje. Postižení je tedy důsledkem společnosti, která aplikuje vlivy, díky kterým selektuje jedince na způsobilé, schopné, kteří poté tvoří normalitu, a na ty, kteří do normality nespádají, tedy osoby znevýhodněné a osoby s postižením. Mike Oliver tento proces nazývá dokonce pojmem „sociální útisk“ (Šiška, 2005)

Mike Oliver v 90. letech zastával názor, že jsou tři atributy, kterými můžeme bojovat za emancipaci lidí s postižením. Tyto atributy definuje jako: sociální model postižení, občanská práva a nezávislý způsob života. Finkelstein (2007) toto tvrzení neguje a užívá argument, kdy vnímá tyto atributy za součást sociálního modelu zdravotního postižení, nikoli za samostatné prvky, které mají stejnou hodnotu jako celý koncept sociálního modelu.

### 1.2.4 MODEL LIDSKÝCH PRÁV

Model lidských práv vzniká ze sociálního modelu zdravotního postižení. Základním stavebním kamenem tohoto modelu je fakt, že lidská práva platí pro všechny jedince stejně. Na každého jedince se vztahují lidská práva bez ohledu na zdravotní postižení, chronické onemocnění, sociální znevýhodnění, rasu, pohlaví, sexuální orientaci apod. Lidé s (mentálním) postižením mají právo na účast ve společnosti, kde jsou rovnocenní a mají právo na stejné příležitosti (pracovní, vzdělávací apod.) (Liberdová, 2011).

## 1.3 KONCEPT KVALITY ŽIVOTA V KONTEXTU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

### 1.3.1 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „Kvalita života“ se snažilo definovat již mnoho autorů, prozatím neexistuje jednotná definice. Tento pojem je pojmem interdisciplinárním, jelikož se zmiňuje v mnoha disciplínách, jako jsou např. medicínské obory, sociální obory, pedagogické obory, ekonomické obory apod.

Faktory, jež ovlivňují kvalitu života, nejdříve vymezil W. Forrester, který je definuje následovně: dostupnost potravy, ekonomické zabezpečení, vhodné životní prostředí a růst počtu obyvatel. Následně v roce 1961 přijalo OSN 12 bodů, které definuje jako přímé vlivy na kvalitu života jedince. Tyto oblasti OSN vymezuje jako „stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda“ (Hampl, 2010, s. 46).

Na kvalitu života můžeme dále nahlížet ze dvou perspektiv – objektivní a subjektivní. Do subjektivní perspektivy řadíme vnímání – emoční stav a obecnou spokojenost s vlastním chodem života. Objektivní perspektiva se zajímá o naplňování potřeb jedince. Tyto potřeby jsou rázu sociálního zabezpečení, materiálního zabezpečení, zdravotního zabezpečení a také sociálního postavení. Kvalita života je tedy důsledkem vzájemného působení různých vlivů na jedince a je vhodné ji vnímat optikou biopsychosociální, která je podmíněná stavem enviromentálním a kulturním. Vnímání kvality života je subjektivní záležitostí každého jedince na základě osobního žebříčku priorit. Kvalitu života tedy ovlivňují a zároveň tvoří tři hlavní složky – objektivní podmínky, subjektivní hodnocení a osobní hodnoty. Dosažení optimální kvality života u lidí s (mentálním) postižením v sociálních službách je tedy cíl, kdy musíme znát a brát v úvahu osobní priority a preference konkrétní osoby (Buntinx, Schalock, 2010).

### **1.3.2 KVALITA ŽIVOTA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Samotná diagnóza mentálního postižení může mít negativní vliv na kvalitu života jedince (Verdugo, Navas, Gómez, Schalock, 2012). Jak bylo již výše avizováno, je důležité uvědomovat si, v jakých objektivních podmínkách jedinec žije, jak je hodnotí a jaké má sám hodnoty, aby se mohla kvalita života u jedince s mentálním postižením zvyšovat.

Aby lidé s mentálním postižením mohli navyšovat svou kvalitu života, je potřeba využití vhodné podpory, která bude rozumět a bude ochotna naslouchat potřebám jedince s mentálním postižením. Oblasti, ve kterých se nejčastěji využívá podpora pro zvyšování kvality života, jsou například využití volného času, vzdělávání, nalezení vhodné pracovní pozice, bydlení a pro účely této bakalářské práce je důležitá složka partnerského života, skrz kterou může probíhat sexuální život jedinců s mentálním postižením.

Jako strategii pro zvyšování kvality života u osob s mentálním postižením můžeme definovat koncept – Plánování zaměřené na člověka, kde je náš zájem upřen na jedince s (mentálním) postižením. John O'Brien (významný průkopník tohoto konceptu) avizuje, že při plánování zaměřeném na člověka zjišťujeme, jaké potřeby a cíle jedinec má a jak se jedinec může angažovat do společnosti jako přínosný občan. Při tomto konceptu se snažíme zjistit co nejvíce informací o člověku (například silné a slabé stránky, co má osoba ráda, co nerada, jaké jsou jeho / její přání, zájmy a co případně chce ve svém životě změnit). Jakmile vytvoříme „obraz“ člověka např. pomocí rozhovorů, hledají se příležitosti a možnosti, do kterých se může jedinec s (mentálním) postižením angažovat, aby se naplňovali jeho přání a tužby (Johnová, 2006).

Nadále lze fenomén kvality života u lidí s (mentálním) postižením zlepšovat například dodržováním Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, jelikož jsou lidská práva základními prvky rovného a kvalitního života. Celý koncept úmluvy (články) podporuje navyšování kvality života u lidí s (mentálním) postižením, jelikož vyzývá k rehabilitaci, k životu v samostatném bydlení, ke vzdělávání, k udržování zdraví, docházení do zaměstnání či jiné práce a další koncepty podporující nezávislost a růst kvality života jedinců s (mentálním) postižením (Verdugo, Navas, Gómez, Schalock, 2012).

## 2 SEXUALITA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Vymezení pojmu „sexualita“ je nesnadnou záležitostí, jelikož se na definici neshodují odborníci působící v kontextu tohoto tématu. Sexualita je „*centrálním aspektem lidského bytí během celého života jednotlivce a zahrnuje pohlaví, rodovou identitu a rodové role, sexuální orientaci, erotiku, požitek, intimnost a reprodukci. Sexualita je prožívána a vyjadřuje se v myšlenkách, představách, touhách, názorech, postojích, hodnotách, chování, sexuálních praktikách, rolích a vztazích*“ (Lištiak Mandzáková, 2013, s. 21).

Štěrbová (2007) avizuje, že 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, s. 26).

Sexualita je součástí lidského života, jež se vyvíjí po celý život člověka. Je to jeden z mnoha směrů, jež ovlivňují kvalitu života jedince. Lidská sexualita je rovinou, na které se podílejí složky somatické, sociální a i psychické. Dle Štěrbové (2007) je biologický základ jedince faktorem, jež ovlivňuje jeho sexualitu. Tento základ je: genetika, hormonální produkce, pohlavní žlázy a pohlavní orgány či je ovlivněna dle mozkových struktur, které jsou však vrozeně předurčeny. Dále Štěrbová (2007) popisuje psychosociální aspekty, jež ovlivňují sexualitu jedince – pohlaví a jeho přijetí rodinou a jedincem, postižení, rodinné zázemí, struktura sourozeneckých vztahů, postoje a hodnotová identifikace rodiny, sexuální výchova, sociální postavení mezi vrstevníky, traumata, využití volného času, masmédiá.

Od konce druhé světové války se lidstvo potýká s jevem, kdy u dětí častěji nastává předčasná puberta. V průměru každá generace započne pubertu o jeden rok dříve než generace před nimi. Častým jevem je i skutečnost, že některým dětem a mladistvým začíná puberta v 10 letech, ale některým až v 17 letech. Problémem je však fakt, že se biologické chody rozjedou dříve než psychika dítěte, která není připravena na pudové podněty, stejně jako společnost není připravena na předčasnou pubertu u dětí v globálním měřítku. Tato ambivalence mezi mentálními a tělesnými projevy je nápadnější u lidí s mentálním postižením (Mellan, 2004).

Do poloviny 20. století se v odborné společnosti na lidskou sexualitu nahlíželo jako na čistě pudovou záležitost (základní lidskou potřebu), která má sloužit primárně jako rozmnožovací mechanismus. Podle Štěrbové a Raškové (2016) již mnoho autorů nahlíží na sexualitu i jako na oblast, která zachycuje duchovní i duševní stránky lidské osobnosti a také slouží pro rozvoj, uvědomování a formování vlastní osobnosti. Dále Lištiak Mandzáková (2013) avizuje, že sexualita neslouží pouze pro reprodukční účely, ale také pro projevení osobních hodnot (které jsou ovlivňovány společenským kontextem), postojů, potřeb a ideálů jedince. Pohled na sexualitu se bude vždy měnit v souvislosti s politickými a společenskými systémy, na lidských hodnotách a normách (Lištiak Mandzáková, 2013).

Důležitým pojmem je pojem sexuálního chování. Sexuální chování je vyjádření sexuality jakoukoli formou (verbální, neverbální). Sexuální chování se nemusí projevovat pouze v případě, je-li potenciální sexuální partner v blízkosti, ale může se projevovat i mimo blízkost. Součástí sexuálního chování je vzdělání v oblasti sexuality či její výchova (Štěrbová, 2007). Mellan (2004) avizuje, že reakce na základě pudů mohou být nebezpečné či společensky nepřijatelné. Abychom předešli nepřijatelnému chování v rámci sexuality, je velmi důležité edukovat populaci v tématicke sexuality, jelikož jednání, které je podmíněno pouze pudy, nestačí pro adekvátní reakce.

## **2.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SEXUALITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Všeobecná deklarace lidských práv, kterou v roce 1948 vyhlásilo OSN, definuje a popisuje lidská práva. Tato základní práva nám garantují, že se s lidmi bude zacházet důstojně a rovně. Náleží každé lidské bytosti bez ohledu na rasu, pohlaví, náboženství, věk, národnost, politické názory či sociální postavení. Žádné z těchto práv nelze legitimně zrušit či odcizit (Sobek, 2007).

Již v minulosti se několikrát prokázalo, že je několik skupin lidí, které jsou ohroženy nedodržením lidských práv. Mezi zmiňované skupiny můžeme řadit osoby s mentálním postižením. Na skupinu lidí s (mentálním) postižením se zaměřila větší pozornost a sepsala se Deklarace práv mentálně postižených osob (1971), Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí občanů se zdravotním postižením (1993) či Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (2007) (Sobek, 2007).

Dle Mitlöhnerna (2004) je právo na sexualitu a sexuální život právem všech, a to bez ohledu na postižení. Nikdo nesmí odsuzovat či zakazovat lidem s mentálním postižením

sexuálně žít, jelikož je to čin protiprávní. Dále Mitlöhner (2004) ve své části knihy odkazuje na Chartu sexuálních a reprodukčních práv, kde avizuje, že se tento dokument týká všech bytostí.

### 2.1.1 ÚMLUVA OSN O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením byla v roce 2007 schválena valným shromážděním OSN. Tento dokument zaručuje lidská práva všem osobám se zdravotním postižením. Cílem úmluvy je zapojení lidí s postižením do běžného života, vyrovnání příležitosti lidí s postižením s intaktní většinou a tím zabránit diskriminaci.

Úmluvu signovalo 144 států a pouze 84 států úmluvu ratifikovalo. K úmluvě je i tzv. opční protokol, který Česká republika schválila stejného roku, ale ratifikovala jej až v roce 2021. Opční protokol poskytuje občanům s postižením možnost podat stížnost, jestliže se někdo dopustil porušení práv vyplývajících z úmluvy. Díky opčnímu protokolu mohou občané podat stížnost na Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Do roku 2021 se tato možnost využívala jen v případě, kdy selhaly vnitrostátní prostředky. Nyní mohou lidé zaslat stížnost i v případě, že se jejich řešení stížnosti velmi protahuje (Aliance pro individualizovanou podporu, 2021).

Úmluva je stavěna na základních attributech, které můžeme definovat jako: respekt k lidské bytosti a uznávání lidské důstojnosti, nezávislosti osob s postižením. Úmluva disponuje i zákazem diskriminace, přístupností či snahou o plné zapojení osob s postižením do společnosti (Bartoňová, Vítková, 2016).

Stěžejní dokument pro implementaci Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením je Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Tento plán se sepisuje na období pěti let. Funkcí tohoto dokumentu je definovat základní otázky a východiska v různých oblastech, kterým se bude vládní politika v následujícím pětiletém období zabývat pro vytváření rovných příležitostí.

Článek č. 34 v Úmluvě je důležitý pro funkci Výboru OSN pro práva osob s postižením. Tento výbor se skládá z 18 členů, které musí zvolit státy, jenž podepsali Úmluvu. Výbor OSN pro práva osob s postižením má funkci monitorace implementace Úmluvy ve státech, které podepsaly Úmluvu. Nadále je nutné, aby měly státy vlastní mechanismus pro motorizaci implementace Úmluvy. Součástí tohoto mechanismu je nutné zajistit ve státě kontaktní



místo, které bude náležet záležitostem provádění Úmluvy. V České republice tato povinnost náleží MPSV. Gestorem Úmluvy je taktéž MPSV a funkci spolugestora implementace zajišťuje sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Funkci monitorovacího orgánu v ČR zajišťuje Veřejný ochránce práv, který má za povinnost publikovat výzkumy ohledně plnění článků Úmluvy. Tyto výzkumy jsou nezbytné, jelikož Veřejný ochránce práv sepisuje doporučení opatření, jejichž cílem je ochrana práv osob se zdravotním postižením (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006).

Úmluva obsahuje 50 článků, přičemž za primární lze považovat článek č. 23, který souvisí s tématem sexuality u lidí s (mentálním) postižením – Respektování obydlí a rodiny. Pro účely této práce je vyložena první část článku, a to následovně:

- Lidé s (mentálním) postižením, jestliže dosáhnou dospělého věku, mají právo uzavřít manželský sňatek na základě svobodné vůle partnerů.
- Lidé s (mentálním) postižením mají právo zplodit dítě a být jeho právoplatnými rodiči. Také mají právo se svobodně rozhodnout, kolik dětí chtějí zplodit a v jakém věkovém rozmezí.
- Lidé s (mentálním) postižením mají právo na přístupnost k věku odpovídajícím informacím ohledně sexuální výchovy či rodičovství.
- Lidé s (mentálním) postižením mají právo zachovat své reprodukční schopnosti, včetně svých dětí (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006).

### **2.1.2 DEKLARACE SEXUÁLNÍCH PRÁV**

Jeden z nejdůležitějších dokumentů, který se zabývá lidskou sexualitou, je bezesporu Světová deklarace sexuálních práv. Roku 1997 se konal 13. světový sexuologický kongres ve Valencii (Španělsko), kde se díky účastníkům ze Světové sexuologické asociace schválila Deklarace sexuálních práv. Následně byla na 14. kongresu roku 1999 v Hong Kongu schválena revize (Island Sexual Health, 2023).

Deklarace sexuálních práv se vztahuje na každou lidskou bytost, jenž by měla mít takové podmínky, díky kterým by mohla uspokojovat vlastní sexuální potřeby, kdy společnost bude respektovat a bránit sexuální práva každého jedince. Tento dokument se opírá o koncepty jako je důstojnost, svoboda a rovnost. Hlavní myšlenkou této deklarace je koncept, kdy se uznává, že jestliže mají lidé plné právo na zdraví (jakožto základní lidské

právo), tak by měli mít všichni lidé právo na sexuální zdraví. Sexuální zdraví je výsledkem uznávání uplatňování sexuálních práv ve společnosti (Declaration of Sexual Rights, 1999).

Sexuální práva jsou v jedenácti bodech:

- 1) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální svobodu**. Tento bod uznává, že každý člověk může využívat svůj plný sexuální potenciál. Toto se však neslučuje se sexuálním nátlakem, vykořisťováním či se sexuálním zneužíváním v jakékoli situaci.
- 2) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální autonomii, sexuální integritu a bezpečnost sexuálního těla**. Lidé mají právo činit rozhodnutí o svém sexuálním životě v souvislosti vlastní osoby a společenské etiky. Rozhodování o vlastním těle a jeho kontrola je činěna bez jakékoli formy mučení, mrzačení, poškozování či forem násilí.
- 3) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální soukromí** – individuální rozhodnutí a chování jedince v kontextu intimity, jen za podmínky, jestliže jedinec nezasahuje do sexuálních práv druhých osob.
- 4) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální rovnost** – kritika a zákaz diskriminace nehledě na věk, vyznání, gender, rasu, sexuální orientaci, sociální, ekonomickou či emocionální situaci či zdravotní postižení.
- 5) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální potěšení** zahrnující formu autoerotiky. Uznává, že sexuální potěšení vede k fyzické, duchovní, emocionální či k intelektové pohodě.
- 6) Všechny lidské bytosti mají právo na **projev sexuálních emocí**, které jsou hlubší než erotické potěšení formou sexuálního aktu. Lidé mají právo vyjadřovat své sexuální emoce / city skrz komunikaci, doteky, citové projevy či lásku.
- 7) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální sdružování**. Toto právo znamená možnost ne/uzavírat manželství, možnost rozvodu a navazování dalších uvážlivých sexuálních pout.
- 8) Všechny lidské bytosti mají plné právo na **zodpovědnou svobodnou reprodukční volbu**, kdy je právo rozhodnout se, jestli jedinec chce zplodit děti, kolik ratolestí chce mít a v jakém věkovém rozmezí. Zároveň má jedinec možnost svobodně se

rozhodnout, zda chce podstoupit prostředky, skrz které může regulovat svou plodnost.

- 9) Všechny lidské bytosti mají právo na **přístup k sexuálním informacím**, které budou na základě vědeckého etického zkoumání. Tyto informace jsou šířeny vhodným způsobem a ve všech společenských vrstvách.
- 10) Všechny lidské bytosti mají právo na **komplexní sexuální výchovu**, která je součástí celoživotního vědomostního růstu, kterou by měly zahrnovat veškeré sociální instituce.
- 11) Všechny lidské bytosti mají právo na **sexuální zdravotní péči**, která slouží k prevenci, ale i k léčbě všech sexuálních onemocnění a poruch (Declaration of Sexual Rights, 1999).

### 2.1.3 DEKLARACE PRÁV MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

Dne 20. 12. 1971 byla vyhlášena Valným shromážděním OSN Deklarace práv mentálně postižených osob. Tato deklarace je jeden z prvních dokumentů, jenž se snaží o integraci osob s mentálním postižením do společnosti a explicitně vypisuje a udává základní práva. Práva, která se z této deklarace dají užít pro účely této práce, jsou psána dobovým jazykem deklarace a jsou to tyto body (Deklarace práv mentálně postižených osob, 1971):

- 1) Mentálně postižený má mít v co největší míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
  - Jedinec s mentálním postižením má právo na prožívání a projevení vlastní sexuality.
- 2) Mentálně postižený má právo na zdravotní péči, fyzikální terapii, výchovu a readaptaci a vedení, které těmto osobám pomohou rozvinout své maximální schopnosti a možnosti.
  - Jedinec s mentální postižením má právo na edukaci v oblasti sexuality a na zdravotní péči, která se váže k sexualitě.
- 6) Mentálně postižený má právo na ochranu před zneužíváním a vykořisťováním či před ponižujícím zacházením.

- Jedinec s mentálním postižením má právo na ochranu před sexuálním zneužíváním.

#### 2.1.4 CHARTA SEXUÁLNÍCH A REPRODUKČNÍCH PRÁV IPPF

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF byla podepsána roku 1995. Tento dokument se skládá ze 12 článků, které vycházejí ze čtyř mezinárodních smluv o lidských právech, které jsou ratifikovány takřka po celém světě. Charta byla vytvořena jako nástroj pro zlepšení kvality členských sdružení a nevládních organizací, jak prosazovat lidská práva v kontextu sexuality a reprodukčních práv. Reprodukční práva jsou práva na: život, informace a vzdělání, svobodu a bezpečnost, rovnost a svobodu od diskriminace, svobodu myšlení, soukromí, zdravotní péči, rozhodnutí ohledně plození či počtu ratolestí, rozhodnutí, zda chce jedinec vstoupit do svazku manželského, výhody vědeckého pokroku, svobodu shromažďování či politickou účast, nebýt mučen (IPPF, 2003).

#### 2.2 SEXUALITA A OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

*„Porozumět sexualitě osob s mentálním postižením znamená nehledat rozdílnosti či zvláštnosti, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí.“* (Kozáková In. Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, s. 172).

Dle Venglářové a Eisnera (2013) byla oblast sexuality u lidí s (mentálním) postižením dříve velmi tabuizovaná, ale v posledních dekádách se začalo o sexualitě a sexualitě u osob s (mentálním) postižením více hovořit. Toto téma držel v tabu primárně nedostatek informací a s tím spjaté předsudky ohledně sexuality u lidí s mentálním postižením (viz. kap. 4.1.).

U osob s mentálním postižením bývá psychosexuální vývoj opožděn s ohledem na intaktní společnost v návaznosti na hloubce mentálního postižení a přidružených vad. Jako další příčinu odlišného sexuálního vývoje můžeme uvést přístup k dětem s mentálním postižením ze strany rodičů, který bývá taktéž odlišný od intaktní většiny. Rodiče dětí s mentálním postižením se zaměřují převážně na problematiku snížených schopností a dovedností u své ratolesti. Dále se výchova může odlišovat v tématice pohledu na pohlaví dítěte, kdy rodiče mohou vnímat svou ratolest jako bezpohlavní bytost. Pro rodiče může být přijetí sexuality u vlastního dítěte velmi náročnou fází (Venglářová, Eisner, 2013). Dle Petlanové Zachyové (2022) se nejdříve musí rodiče naučit vnímat a pracovat se svou

sexualitu a až následně se naučit nahlížet na své dítě jako na sexuální bytost. Jakmile rodiče přijmou sexualitu u své ratolesti, mohou začít s adekvátní sexuální výchovou.

Období puberty je pro projevy sexuality zásadním obdobím každého jedince. U lidí s mentálním postižením je nástup puberty odlišný od intaktní většiny – puberta může nastat dříve či opožděně. Jakmile nastane u jedince s (mentálním) postižením puberta, je tělesná stránka i psychosociální a psychosexuální vývoj v nerovnováze. V tomto vývojovém období by měli být rodiče velmi vnímaví a chápaví vůči možným projevům sexuality a zájmu o sexuální život (Venglářová, Eisner, 2013).

Psychosexuální vývoj se může ubírat různými směry, jako je například asexualita, primární zájem o vyjadřování sexuality formou automasturbace, vyjádření sexuality v páru (partner, milenec) nebo může jedinec s (mentálním postižením) vyjádřit svou sexualitu atypickou formou (Venglářová, Eisner, 2013).

Je stěžejní odlišovat touhy osob s mentálním postižením. Některé osoby s mentálním postižením touží po romantickém vztahu, avšak ne všichni si přejí ve vztahu uspokojovat své sexuální potřeby. Některé osoby mohou uvolňovat sexuální napětí skrz masturbaci (Venglářová, Eisner, 2013).

U osob s těžkým mentálním postižením může být náročné rozpoznat projevy sexuality, a proto je důležité sledovat, jaké podněty působí osobě projevy libosti či nelibosti. Jako další projevy sexuality můžeme definovat: cílené otírání genitálu o různé předměty, vyjádření vzrušivosti při vykonávání osobní hygieny, zavádění předmětů do análního otvoru, cílené dotýkání se análního otvoru či olizování druhého člověka. Projevy sexuality nesmí nikdo zamezovat, pokud tedy neohrožují jedince či druhého člověka (jestliže je respektován souhlas či nesouhlas) nebo nepřekračují společenskou normu. Tyto projevy je důležité respektovat a nechat jim prostor (Petlanová Zachyová, 2022).

Závěrem této podkapitoly je důležité připomenout, že lidé s mentálním postižením prožívají sexualitu ve dvou rovinách, stejně jako intaktní většina – rovina identity a intimity. Do úrovně identity můžeme řadit uvědomění si vlastního pohlaví a genderu a potřeba chtít být atraktivní. Do úrovně intimity řadíme již specifické projevy sexuality, jako je např. masturbace či pohlavní styk. Projevy sexuality jsou ovlivněny stupněm

(mentálního) postižení. Čím nižší stupeň mentálního postižení je u osoby diagnostikována, tím jsou projevy sexuality a sexuální vývoj podobnější intaktní většině. Čím vyšší stupeň mentálního postižení je u osoby diagnostikována, tím mohou být projevy sexuality těchto osob méně nápadné (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

### 2.3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Význam sexuální výchovy u jedince s mentálním postižením je jednoznačný, jelikož se k těmto tématům váže zodpovědnost. Je zapotřebí, aby byli lidé s (mentálním) postižením informováni o sexualitě, intimitě a vztazích. Neinformovanost v těchto tématech by mohla být velmi nebezpečná, jelikož by mohly nastat nebezpečné situace, které mohou vyvolat pocity bezmoci či traumatické zkušenosti (Valenta, Müller, 2007).

Sexuální výchova by měla probíhat dle možností klienta. Fundamentálními prvky jsou zjištění a rozšíření slovní zásoby v oblasti sexuality u klientů, systematickosti a vhodný výběr metody edukace. Sexuální osvětu pro lidi s mentálním postižením můžeme podle Eisnera a Venglářové (2013) rozdělit do několika cílů / kroků:

- 1) První úlohou je komunikovat s lidmi s mentálním postižením nejen o sexualitě, ale i o osobních preferencích a osobním uvědomění. Je vhodné informovat o typech orientace či o potřebě consentu (souhlasu).
- 2) Druhý bod se snaží o hlubší porozumění sobě samému. Jestliže osoba s mentálním postižením identifikuje podněty, které jsou příjemné, může směřovat a dále rozvíjet svou sexualitu. V této úloze je i dobré rozeznat podněty, které nejsou jedinci příjemné. Díky těmto poznáním může osoba s mentálním postižením nastavovat své hranice.
- 3) Třetí bod se zaměřuje na cílené zvyšování sebevědomí, které ovlivňuje identitu člověka. V tomto bodě je vhodné zaměřit se na své tělo a zjišťovat, jak se vyvíjí.
- 4) Ve čtvrté úloze se cíleně zaměřujeme na navazování přátelských i partnerských vztahů. Fundamentální prvky pro navazování vztahů jsou prvky z předchozích bodů. Jmenovitě můžeme stanovit identifikaci hranic a vědomosti o svém těle, které musí osoba s mentálním postižením vnímat pozitivně.
- 5) Pátý bod se opírá o společenské normy a hodnoty, které mohou být pro osoby s mentálním postižením nesrozumitelné, zvláště co se týče pornografického

průmyslu, ve kterém jsou častokrát překračovány společenské normy a hodnoty. Cílem tohoto bodu je adekvátní osvěta a podpora při orientaci v hodnotách a normách společnosti.

- 6) Šestý cíl klade důraz na edukaci v tématech jako je ohleduplné zacházení s vlastním i s partnerovým tělem či hygienické návyky, které se pojí nejen s atraktivitou, ale i se zdravím jedince.
- 7) Sedmý bod se zaměřuje na edukaci v oblasti prevence – antikoncepčních metod. Edukace v oblastech potenciálních hrozeb je esenciálním bodem tématu prevence. V předávání informací by se nemělo opomenout téma pohlavně přenosných chorob. Zde je významné poskytnout veškeré informace o bezbariérových i bariérových antikoncepčních metodách.
- 8) Osmý bod je zaměřen na prevenci sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením. Tyto osoby mohou být ohrožené sexuálním zneužitím, zvláště jestliže nejsou adekvátně vzdělávány v oblasti sexuality. Jestliže je osoba edukována, má možnost rozpoznat tento jev či mu předejít.
- 9) Předposlední cíl se věnuje osvětě pestrosti v oblasti sexuality. Je velmi důležité, aby se lidé (s mentálním postižením) mohli identifikovat např. s různým typem orientace či s různými parafiliiemi.
- 10) Posledním bodem Venglářová a Eisner (2013) definují odbourávání strachů a tabuizovaných témat, která mohou činit osobám frustraci. Osvětou můžeme docílit odbourávání předsudků, které mohou osoby zraňovat (např. homosexualita).

Kvalitní osvětu mohou zprostředkovat primárně adekvátně vzdělaní pracovníci v organizacích či blízké okolí osoby s mentálním postižením. Pracovníci, kteří pracují s tematikou sexuality, by měli mít zpracovanou vlastní sexualitu a měli by se této funkci zastat dobrovolně, jelikož se tato tematika přímo dotýká vlastních hranic a osobních zkušeností. Vzdělání v oblasti sexuality u lidí s mentálním postižením je základem pro vykonávání této funkce v organizaci. Tento pracovník by měl umět otevřeně a ohleduplně mluvit o tématech sexuality. Další kompetenci můžeme označit jako uvědomění si vlastních hranic. Pracovník je v organizaci považován za profesionála (co se týče těchto témat), ale

také může nastat situace, kdy nebude pracovník vědět, jak se k situaci postavit. Proto je důležitou vlastností této profese pokora a respekt k druhému (Venglářová, Eisner, 2013).

### **2.3.1 ANTIKONCEPČNÍ METODY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Selikowitz (2005) avizuje, že je vhodné začít hovořit s osobami s mentálním postižením o antikoncepčních metodách již při počátcích puberty. Není vyloženě jedna globálně správná antikoncepční metoda. Pro výběr antikoncepční metody by se měla osoba s mentálním postižením poradit se svým osobním lékařem (např. gynekolog) či konzultovat toto téma v manželské poradně, jestliže má osoba partnera. Nejvíce využívané metody jsou: hormonální antikoncepce v podobě léků, nitroděložní tělísko či kondomy. Dle Selikowitze (2005) se nedoporučuje užívat metodu neplodných dnů či spermicidní gely kvůli nižší účinnosti. Volba bariérové antikoncepční metody (dámský / pánský kondom) je dle autora nejvíce bezpečnou variantou, jelikož chrání jedince nejen před neplánovaným těhotenstvím, ale také chrání před pohlavně přenosnými chorobami. Pro spolehlivé nasazení kondomu je vhodné používat umělé penisy jakožto trénink nasazování pánského kondomu či figurínu umělého dámského pohlavního ústrojí pro trénink aplikace dámského kondomu.

### **2.3.2 PARTNERSTVÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Osoby s mentálním postižením mají, stejně jako intaktní většina, potřebu být milován a také milovat. Tématika partnerství do jisté míry tvoří identitu osoby. Dle Valenty, Müllera (2009) jsou osoby s mentálním postižením při partnerském vztahu samostatnější, více spolupracují s okolím, jsou více vyrovnaní a také zralejší. Osoby s mentálním postižením mají právo na partnerský život, který bude souznět s etickými požadavky.

Problematickým faktem pro vznik partnerského vztahu může být nízké či naopak vysoké sebepojetí jedince. Navazování partnerského vztahu mohou komplikovat obtíže v komunikaci a řeči. Udržení stabilního partnerského vztahu může být také velmi náročné. Aby se partnerský vztah udržel, potřebuje podporu okolí. Podpora by měla spočívat v uvědomování si role partnera. Dále tvoření vhodného prostředí pro partnerský vztah, tj. podmínky společného soužití, či cvičit různé situace, do nichž se pár může v průběhu času dostat, např. konfliktní situace či řešení společné budoucnosti (Kozáková in. Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).



Aby měly osoby s mentálním postižením možnost partnerských vztahů, je nezbytně nutné, aby měly možnost seznamování se s potenciálním partnerem. Toto může být zvláště problematické v pobytových sociálních službách. Nyní existují pro podporu seznamování seznamky či různé pobytové akce pro dospělé a dospívající osoby s mentálním postižením. Pro nalezení a udržení si partnerského vztahu je zvláště důležitá edukace v této tématice (Valenta, Müller, 2009).

### **2.3.3 SEXUÁLNÍ ASISTENCE**

Sexuální asistence je placená služba, která poskytuje podporu v oblasti sexuality a vztahovosti u osob s (mentálním) postižením, seniorů či jinak znevýhodněných osob. Tato služba je službou externí, kterou vykonávají proškolení sexuální asistenti / asistentky. Podpora spočívá v prožívání a uvědomování si klientovy sexuality, naplnění klientových potřeb či v poradenství v tématice sexuálního a partnerského života. Služba se může nabídnout lidem, kteří mají možnost consentu, jsou poučeni o obsahu služby a rozumí, co toto obnáší. Tuto službu mohou kontaktovat rodiče osob s (mentálním) postižením, zaměstnanci sociálních služeb či klient (Freya, n.d.).

### 3 PŘÍSTUP K SEXUALITĚ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH

V sociálních službách, a zvláště v pobytových sociálních službách, by se na začátku měl položit dotaz – „Do jaké míry se chceme sexualitou zabývat?“. Odpověď na otázku může organizaci udat směr. V potaz by se mělo brát vícero faktorů. Nejzásadnějším faktorem je filozofie konkrétní sociální služby. Dalšími faktory ovlivňující přístup k sexualitě v pobytových zařízeních je např. personální zabezpečení či prostorové a technické zabezpečení (Venglářová, Eisner, 2013).

Aby mohl být přístup jednotný a tím i kvalitní, je nutné zjišťovat, jaký přístup k sexualitě u lidí s mentálním postižením zastávají pracovníci organizace. Nejednotný přístup v organizaci by mohl být škodlivý. Vzhledem k choulostivosti tématu nemůže sociální služba požadovat po pracovníkovi, aby se v této oblasti profiloval. Aby mohl být přístup co nejvíce kvalitní, je nutné, aby si pracovníci služby mohli sami vybrat, jak moc se chtějí do sexuality u klientů angažovat. Pro tento účel může služba použít „*Osu zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením*“ (Venglářová, Eisner, 2013, s. 50).

Při práci se sexualitou by se mělo zaměřit na okruhy spojené s osvětou – jak u zaměstnanců, tak i u osob s mentálním postižením. V pobytových zařízeních by se měli pracovníci snažit o podporu prožití sexuality, respekt k mimořádnosti sexuality jedince, rozvoj zodpovědnosti jedince v tématech sexuality či vzdělávání v oblasti sexuálního zneužívání (Venglářová, Eisner, 2013).

Přístup k sexualitě u osob s mentálním postižením v sociálních službách můžeme poznat i dle zveřejněných informací o sexualitě na webových stránkách služby. Tyto informace by měly být veřejné. Dále může služba používat tzv. Dům sexuality. Ukazatelem přístupu k sexualitě u osob s mentálním postižením je i vypracování protokolu sexuality a jeho obsah (Venglářová, Eisner, 2013).

Dle Valenty, Michalíka, Lečbycha (2018) se ve společnosti stále objevují i předsudky v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením, které přímo ovlivňují přístupy k těmto osobám. Nicméně se přístupy k osobám s mentálním postižením zlepšují ve všech sférách života jedinců s mentálním postižením, a to díky úsilí o co nejvíce možné zapojení do společnosti, tudíž se mění i přístupy k sexualitě u osob s mentálním postižením.

### 3.1 PŘEDSUDDKY VŮČI OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V OBLASTI SEXUALITY

Jak již bylo dříve avizováno – předsudky ve společnosti ovlivňují přístup k osobám s mentálním postižením. Proto je v této podkapitole tématu věnována pozornost, a to spolu se snahou o vyvrácení těchto předsudků za pomoci literatury.

Dva nejčastější předsudky se vzájemně vylučují. První tvrzení je, že **osoby s mentálním postižením nemají zájem o sex a sexualitu**. Druhé tvrzení však zní, že **osoby s mentálním postižením mají naopak zvýšenou sexuální potřebu od intaktní většiny**. Tento předsudek je zapříčiněn nedostatkem soukromí či nedostatkem osvěty. Osoby s mentálním postižením jsou častokrát celodenně pozorováni, a tudíž nemají dostatečné soukromí vykonávat sexuální potřeby. Jestliže je přítomna nedostatečná osvěta v oblasti sexuality či nedostatečný výběr aktivit, pak je obnažování před lidmi o to více umocněno (Kozáková In: Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

**Osoby s mentálním postižením jsou převážně deviantní v sexuálním chování.**

Osoby s mentálním postižením mohou mít deviantní projevy sexuality stejně jako jiné osoby. Častokrát je deviantní chování způsobeno podmínkami, ve kterých osoba žije. Tento předsudek je důsledkem neinformovanosti a také „*tendencí patologizovat chování lidí s postižením*“ (Venglářová, Eisner, 2013, s. 122).

Dalším frekventovaným předsudkem je tvrzení, že **osoby s mentálním postižením jsou navždy dětmi, a tudíž jim má být sexualita odepřena**. Stále se můžeme setkávat s přístupem, který odpovídá tomuto tvrzení. Jestliže je osobě sexualita a vztahovost odepřena, pak se i přesto budou nenaplněné potřeby projevovat v chování jedince. Druhým pólem tohoto okruhu předsudků je mýtus, že všechny **osoby s mentálním postižením mají plně rozvinutou sexualitu, jelikož jsou dospělí**. Toto tvrzení je problematické, jelikož ne všechny osoby s mentálním postižením dojdou do fáze, kdy by chtěly provozovat pohlavní styk. Osoby klasifikované v pásmu lehké mentální retardace mají pohlavní styk zhruba stejně často jako intaktní většina. Osoby klasifikované ve středně těžkém pásmu mentální retardace však ve většině případů nedojdou do fáze, kdy by chtěly provozovat pohlavní styk a jejich sexuální věk je v průměru na úrovni osmileté osoby (Kozáková In: Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

**Projevům sexuality můžeme předejít, jestliže budou žít muži a ženy odděleně.** Tento mýtus se stále ve společnosti objevuje. Problematika tohoto výroku je hned v několika rovinách – klient může být homosexuálně orientován, a tudíž se projevy sexuality budou nadále objevovat. Dalším problémem může být neuspokojení základních potřeb – fyzických, duchovních i psychických, a tudíž se frustrace může projevovat v různých formách chování jedince (Valenta, Müller, 2007).

Dalším předsudkem je přesvědčení, že **osoby s mentálním postižením nemohou navazovat partnerské vztahy.** Osoby s mentálním postižením jsou schopny navazovat partnerské vztahy. Tyto osoby mají náročnější cestu k seznámení se s potenciálním partnerem, hlavně co se týče pobytových zařízení jako je např. DOZP. Dále je náročné vztah udržovat, jelikož se tyto osoby častokrát setkávají s negativními reakcemi např. od rodičů (Venglářová, Eisner, 2013).

Dalšími častými mýty jsou tvrzení, že **osoby s mentálním postižením je zbytečné vzdělávat v oblasti sexuality, a že podpora osob v oblasti sexuality, intimity a partnerství je nepotřebná.** Vzdělávat osoby s mentálním postižením je důležité, jelikož se tímto může zabránit nebezpečným situacím, které mohou být důsledkem nevzdělanosti v této oblasti. Podpora těchto oblastí nám napomáhá k fyzickému, duševnímu i psychickému blahu. Dále můžeme osoby s mentálním postižením edukovat o sexuálním násilí a znásilnění, kterému pak mohou osoby zabránit (Kozáková In: Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

### **3.2 PROBLEMATIKA SEXUALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Veškeré sociální služby se v České republice musí řídit zákonem 108/2006 o sociálních službách, kde jsou ustanoveny tzv. Standardy kvality „*znění jejich kritérií je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.*“ (Čermáková, Holečková, MPSV, 2008, s. 6) Standardy kvality byly připraveny již v roce 2002 pro MPSV. Tento dokument měl však funkci metodického materiálu (Kozáková In: Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Standardy kvality fungují jako nástroj pro nasazování dobré kvality do sociálních služeb, ale zároveň slouží i pro kontrolu kvality. Kontrola kvality je v gesci tzv. inspekce kvality sociálních služeb. Cílem standardů kvality je zachování lidské důstojnosti

u uživatelů sociálních služeb, které se pojí s ochranou lidských práv uživatelů. Tyto cíle by měly vést k co nejvyššímu začlenění jedince do společnosti (Štěrbová, 2007).

Zřizovatel sociální služby musí sepsat v souladu se standardy kvality tzv. metodiku, kde musí komplexně popsat své poskytované služby. Standardy kvality se zaměřují na okruhy personálního a provozního zajištění, zároveň také definují kvalitu služby, co se týče přístupů a postojů mezi poskytovatelem a klientem / uživatelem (Kozáková In: Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Problematikou standardů kvality v rámci sexuality uživatelů sociálních služeb je nepřímé zpracování sexuality a sexuální osvěty. Zřizovatelé sociálních služeb musí dle standardu č. 2 chránit práva uživatelů / klientů. Práva osob s mentálním postižením v oblasti sexuality jsou zpracovaná v kapitole č. 2 (Štěrbová, 2007). Dalším standardem pojícím se se sexualitou v rámci sociálních služeb je standard o „*Profesním rozvoji pracovníků a týmu*“ (Kozáková in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, s. 194). Podle tohoto standardu by mělo zařízení usilovat o podporu v oblasti vzdělávání svých zaměstnanců v doménách nových trendů v sociálních službách, které se odvíjejí od požadavků a přání klientů (Kozáková In: Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

### **3.3 PROTOKOL O SEXUALITĚ A VZTAZÍCH**

Protokol o sexualitě a vztazích je dokument spravující sexualitu v zařízení. Tento dokument v sobě nese přístup k sexualitě v zařízení, pravidla pojící se k sexualitě či kompetence pracovních pozic pro práci se sexualitou v zařízení. V tomto dokumentu by měli pracovníci najít odpověď na řešení (náročných) situací v oblasti sexuality. Tento dokument podporuje intimní vztahy, přátelské vztahy, sexualitu a zároveň chrání sexuální práva klientů (Štěrbová, 2007).

Protokol o sexualitě a vztazích by si mělo zařízení vypracovat samostatně dle sebe. Každé zařízení má jiné personální možnosti, jinou ideu, jiné prostorové a materiální možnosti a jiný typ služby včetně jiné cílové skupiny. Z tohoto důvodu by se měly protokoly lišit (Venglářová, Eisner, 2013).

Na tvorbě protokolu by se měli zúčastnit ideálně všichni zaměstnanci zařízení. Obsah protokolu by měli znát všichni zaměstnanci, aby mohli naplňovat ideu, kterou se zařízení ubírá. Zároveň se podílejí i klienti služby, jelikož klienti sdělují či ukazují své potřeby

a touhy. Pro klienty by měl být tento materiál volně přístupný a pro osoby s mentálním postižením by měl být ve formě snadného čtení a doplněn o obrázkovou formu. Obsah by měl být přístupný na webových stránkách, aby měli zákonní zástupci či opatrovníci informace o tom, jakým směrem se zařízení ubírá a jak se řeší problematika sexuality v zařízení (Venglářová, Eisner, 2013).

Štěrbová (2007) ve své knize popisuje, jakým tématům by se měl protokol o sexualitě a vztazích věnovat. Témata by měla být detailně popsána co se týče práv a povinností jak ze strany zaměstnanců, tak ze strany uživatelů / klientů sociální služby. Mezi stěžejní témata tedy patří – soukromí, vzdělávání v rámci sexuality, autoerotismus, intimní pomůcky / potřeby, přátelské a partnerské vztahy, reciprocita sexuálních projevů, regulace porodnosti, možnosti těhotenství či mateřství, pohlavně přenosné choroby, sexuální zneužívání či problémové sexuální chování (např. sexuální obtěžování). Kozáková (in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018) doplňuje, že by obsahem protokolu měl být postoj zařízení k tématice sexuální asistence.

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

#### 5.1 CÍLE

Výzkumnými cíli této bakalářské práce jsou:

- Zjištění míry edukace, podpory a přípravy personálu DOZP<sup>1</sup> v oblasti sexuality klientů s mentálním postižením.
- Zjištění, jakými metodami a v jakém rozsahu je realizována edukace a podpora klientů v oblasti sexuality.

Díličními cíli je zjistit přítomnost protokolu o sexualitě, intimitě a vztazích v DOZP a zmapování specifických témat, jako je přístup DOZP a jeho klientů k sexuální asistenci, seznamování, partnerským vztahům, soukromí či k antikoncepčním metodám.

#### 5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor můžeme pro účel této práce rozdělit do dvou skupin – základní skupina a výběrová skupina.

Bylo zapotřebí, aby základní skupina, která pokrývá všechna zařízení, splňovala tato dvě kritéria: 1) DOZP je na území hlavního města Prahy (či zařízení spadající do okresů Praha – Východ, Praha – Západ); 2) v DOZP bydlí dospělé osoby s mentálním postižením. V rámci průzkumu pomocí dotazníkového šetření byl pověřen vždy jeden pracovník v DOZP zpracováním dotazníků. Tuto pozici nejčastěji zastával sexuální důvěrník či sociální pracovník. Tyto osoby byly vyhledány pomocí webové stránky zařízení, po telefonátu s ředitelem či se sociálními pracovníky. Těmto pracovníkům bylo prostřednictvím e-mailu zasláno dotazníkové šetření.

---

<sup>1</sup> Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) jsou pobytovou sociální službou pro osoby se zdravotním postižením či pro osoby s chronickým onemocněním, které mají sníženou soběstačnost, a tudíž vyžadují systematickou podporu jiné osoby (§48 z. č. 108/2006 Sb.).

Výběrová skupina vychází ze základní skupiny. DOZP, které se zúčastnily dotazníkového šetření, měly možnost zapojení do další fáze výzkumného šetření – rozhovory a analýza dokumentu (protokol o sexualitě, intimitě a vztazích). Respondent, který souhlasil s další fází, byl zařazen do výběrové skupiny. V této skupině nacházíme rozhovory s pracovníky, kteří mají v gesci tematiku sexuality v DOZP, a rozhovory vždy se třemi klienty z konkrétního DOZP. Ve výběrové skupině se nachází tři zařízení.

### 5.3 METODY VÝZKUMU

Pro účely této bakalářské práce byly využity metody spadající jak do kvalitativního výzkumu, tak i do kvantitativního výzkumu – Smíšený výzkum. Dle Skutila (2011) je u smíšeného výzkumu předností doplňování dat mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem. Využité výzkumné metody v této práci tvoří tzv. výzkumnou triangulaci. Dle Gavory (2000) triangulace zvyšuje kredibilitu výsledků. Při triangulaci se užívá více výzkumných metod, teorií či výzkumníků, nebo se také zkoumají různé skupiny osob. Při triangulaci získáváme data, která se navzájem propojují, obohacují či potvrzují (Skutil, 2011). Dále rozdělujeme několik typů triangulace. Prvním typem, který je využit pro tuto bakalářskou práci, je tzv. metodologická triangulace, kdy se při výzkumu využívá vícero metod pro zjištění většího množství dat. Druhým typem je tzv. datová triangulace, jež využívá možnosti sběru dat z různých zdrojů, které se odlišují i ve využitých metodách. Dále Skutil (2011) popisuje tzv. triangulaci výzkumníků, kdy se výzkumu účastní vícero výzkumníků. Díky tomuto lze vyhodnotit situace více objektivně a dá se předejít chybovosti. Posledním typem je tzv. teoretická triangulace, kdy výzkumník užívá více teoretických východisek či hypotéz. Při tomto typu se zkoumají rozdíly, které vycházejí z různých teorií či hypotéz.

#### 5.3.1 Dotazníkové šetření

Skutil (2011, s. 80) ve své knize uvádí, že „*Dotazník je psaný soubor otázek. V rámci vyplňování dotazníku respondent čte otázky, interpretuje jejich význam a následně na ně odpovídá*“. Gavora (2000) popisuje dotazník jako písemně položené otázky, na které respondent písemně odpovídá. Dle Gavory (2010) je dotazník nejvíce využívanou metodou pro možnost získat mnoho informací za poměrně krátkou dobu.



Dotazníkové otázky můžeme rozdělit na několik typů. Prvním typem jsou uzavřené otázky. Uzavřené otázky mají již předpřipravené odpovědi, ze kterých si respondent vybere možnost. Jestliže jsou předpřipravené odpovědi pouze „ano či ne“, jedná se o otázku dichotomickou (Gavora, 2010). Škála je také možností uzavřené otázky. Při škále mají respondenti možnost vybrat z předem stanovaných možností. Dalším typem jsou polouzavřené otázky. Tyto otázky se vyznačují možností výběru podobně jako u uzavřených otázek, ale dále má respondent možnost odpověď doplnit, vysvětlit či odůvodnit. Otevřené otázky umožňují získat vícero informací, což je jejich největším benefitem. Respondent má možnost rozepsat se na danou otázku. Nevýhodou otevřených otázek může být nesnadné vyhodnocování, jelikož se odpovědi respondentů mohou značně lišit (Skutil, 2011).

Dotazníkové šetření bylo rozesláno zařízením, která splňovala kritéria. Celkem se rozeslalo 14 dotazníků, návratnost byla 57 %, kdy odpovědělo 8 DOZP. Z toho dvě zařízení informovala, že mají pouze jednoho pracovníka, který se věnuje tématu sexuality na obě zařízení, tudíž byl vyplněn pouze jeden dotazník, ale výsledky dotazníku jsou relevantní pro obě pobočky. Celkový počet potenciálních respondentů tak činí 12, z nichž 8 odpovědělo, což udává návratnost 66 %.

Dotazníkové šetření bylo koncipováno anonymně. Dotazník se skládal celkem z 26 otázek, z nichž bylo 14 otázek polouzavřených, kdy ke 4 dotazům mohl respondent vybrat odpověď z nabízených možností nebo mohl zapsat svou vlastní volbu. U 10 polouzavřených otázek mohl respondent svou odpověď rozepsat či odůvodnit. U 2 z polouzavřených otázek mohl klient vybrat více možností. Otevřených otázek se v dotazníku nacházelo 5. Uzavřených dotazů se v dotazníku nacházelo 7. Jestliže respondent odpověděl u otázky č.15 záporně, byl přesměrován na otázku č. 19.

Otázky k dotazníkovému šetření jsou rozděleny do několika kategorií. První kategorie zjišťuje informace o respondentovi. Druhá kategorie dotazů je zaměřena na vzdělávání osob s mentálním postižením v DOZP v oblasti sexuality. Další kategorie se zajímá o vzdělávání pracovníků DOZP v oblasti sexuality u lidí s mentálním postižením. Čtvrtá tematická kategorie se zaměřila na míru důrazu a tematiku sexuality u osob s mentálním postižením v DOZP. Pátá kategorie otázek je koncipována tak, aby zjistila co nejvíce informací ohledně protokolu o sexualitě a vztazích v DOZP. Poslední kategorie se

zaměřuje na specifická témata ohledně sexuality – pravidla pro sexuální život v DOZP, sexuální asistence, partnerské vztahy, soukromí, antikoncepce, či nedořešené otázky ohledně sexuality u osob s mentálním postižením v DOZP.

### 5.3.2 Rozhovory

Rozhovor je výzkumnou metodou, ve které využíváme přímého kontaktu s respondentem. Někteří autoři užívají termínu „interview“. Při této metodě můžeme zkoumat nejen fakta, která nám poskytne respondent, ale i jeho postoje či řeč těla, která nám napomůže rychle nasměrovat další vývoj rozhovoru (Gavora, 2010). Skutil (2011) avizuje, že jestliže je naším záměrem získat data, která se týkají postojů, přístupů, porozumění situacím či jevům, tak je rozhovor ideální metodou. Dále avizuje, že velmi náročnou disciplínou v rozhovoru je přesné porozumění odpovědí respondentů. Proto je důležité využívat správných výrazů. Gavora (2010) popisuje, že je velmi důležité navození tzv. reportu. Report je dle autora navození atmosféry a přátelského vztahu. Díky tomuto se může respondent otevřít a tím pádem můžeme získat více informací.

Dle Skutila (2011) můžeme rozdělit typy rozhovorů na: strukturovaný rozhovor, polostrukturovaný rozhovor a nestrukturovaný rozhovor. Při strukturovaném rozhovoru má výzkumník předem připravené otázky a k nim vypracované možné odpovědi. Pořadí otázek je neměnné (Gavora, 2000). Polostrukturovaný rozhovor má prvky jak strukturovaného, tak nestrukturovaného rozhovoru. Výzkumník má připravené otázky, ale jakmile respondent v odpovědi zmíní zajímavý podmět nebo nepřesnou odpověď, má výzkumník možnost reagovat a popř. se doptat. Další výhodou je možnost užití jak otevřené formy otázek, tak i uzavřené. Nestrukturovaný rozhovor je v podstatě běžný dialog na předem určené téma. Při této metodě se můžeme dozvědět mnoho nepředvídatelných informací. Rozhovor musí výzkumník umět korigovat (Skutil, 2011).

Pro účely této bakalářské práce byla u sociálních pracovníků / sexuálních důvěrníků a klientů využita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Pro rozhovory se sociálními pracovníky / sexuálními důvěrníky bylo využito těchto témat:

- Edukace a podpora zaměstnanců v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením.

- Edukace a podpora klientů v oblasti sexuality.
- Přítomnost a zpracování protokolu o sexualitě a vztazích.
- Přístupy k tématům spojených s protokolem o sexualitě a vztazích.

Rozhovor s klienty Domovů pro osoby se zdravotním postižením byl veden na tato témata:

- Edukace a podpora klientů v rámci DOZP v oblasti sexuality z pohledu klientů.
- Přístup DOZP k otázkám sexuality a vztahů z pohledu klientů.
- Partnerský život v DOZP.
- Přístupy klientů k otázkám sexuality a vztahů.

### **5.3.3 Analýza dokumentů**

Metoda „analýza dokumentů“ patří mezi základní výzkumné metody, která slouží spíše jako doplňující metoda pro výzkum. Po výběru žádoucího typu dokumentu se výzkumník zaměřuje na obsahovou analýzu. Při analýze dokumentů se výzkumník zaměřuje na obsahovou stránku vybraného dokumentu a na jeho rozsah (Skutil, 2011).

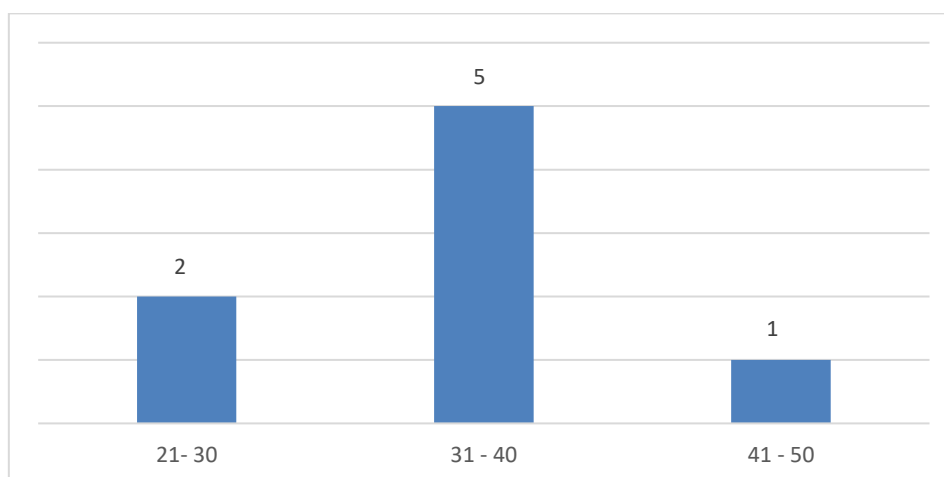
V rámci bakalářské práce byly analyzovány tři protokoly o sexualitě a vztazích, které jsou přítomny v zařízeních spadajících do výběrové skupiny.

## 6 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

### 6.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

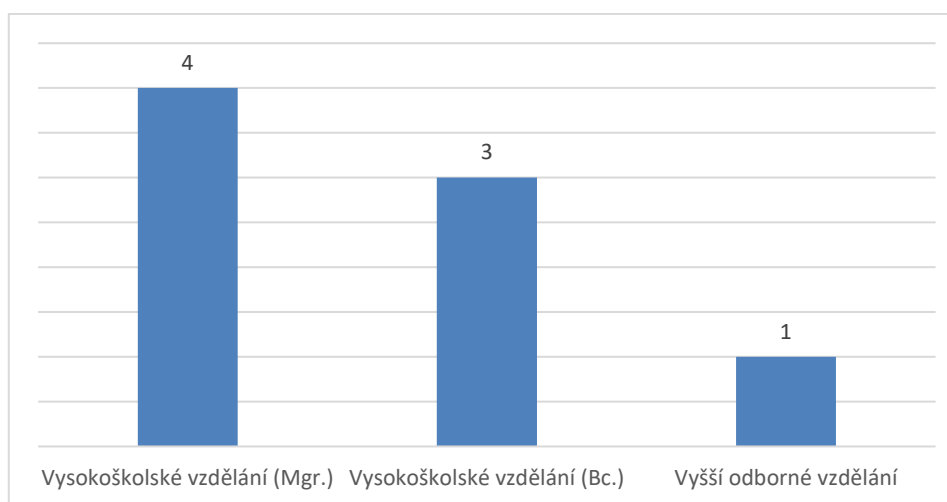
#### - Charakteristiky respondentů

Na otázku zjišťující pohlaví dotazovaných odpovědělo všech 8 respondentů. 6 respondentů se definují za ženy a 2 respondenti se označili za muže.



Graf č. 1: Věk respondentů

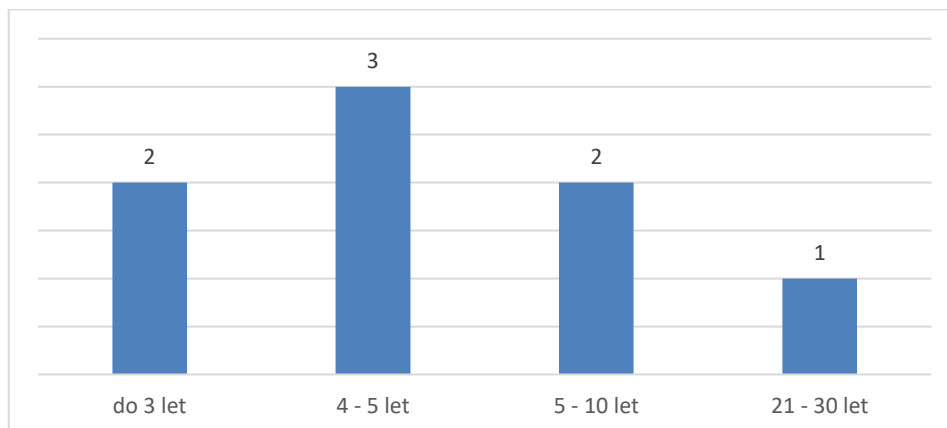
V otázce věku respondenta se nejvíce osob (5) nacházelo ve věkovém rozmezí 31-40 let. Následně dva respondenti odpověděli 21-30 let a jeden respondent odpověděl 41-50 let. Respondenti tedy spadají do věkové kategorie 21-50 let.



Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Všichni respondenti mají vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání. Nejvíce respondentů označilo vzdělání, kde získali magisterský titul (4), 3 respondenti označili, že absolvovali

bakalářské vzdělání a 1 respondent označil jako nejvyšší vzdělání vyšší odborné vzdělání (DiS).



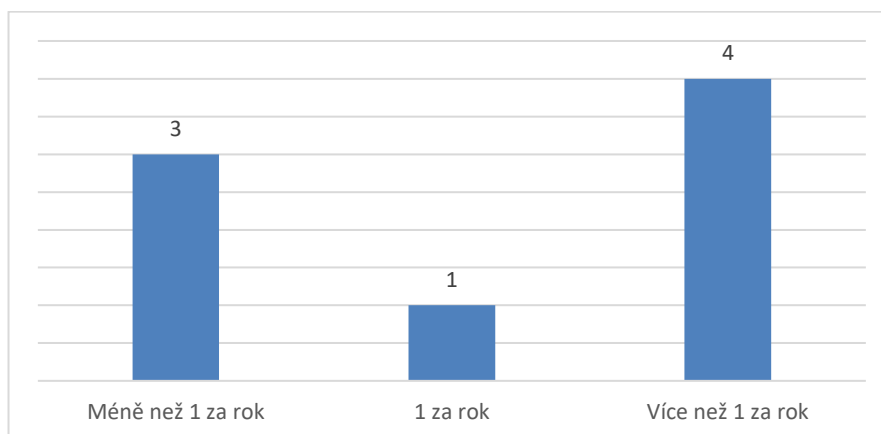
Graf č. 3: Délka působení v DOZP

Respondenti vypověděli, že pracují v konkrétním DOZP od 0-30 let. 2 respondenti pracují v DOZP do tří let, 3 respondenti 4-5 let, 2 respondenti 5-10 let a 1 respondent označil délku svého působení v DOZP 21-30 let.

#### - Myslíte, že mají lidé s mentálním postižením právo na sexuální život?

Na otázku, jež zjišťovala názor respondenta ohledně práva osob s mentálním postižením na sexualitu, odpovědělo všech 8 respondentů. Všichni respondenti se shodují, že lidé s mentálním postižením mají právo na sexuální život. Toto je velmi pozitivní výpověď pro kvalitu života osob s mentálním postižením žijících v pobytových zařízeních, jako jsou DOZP.

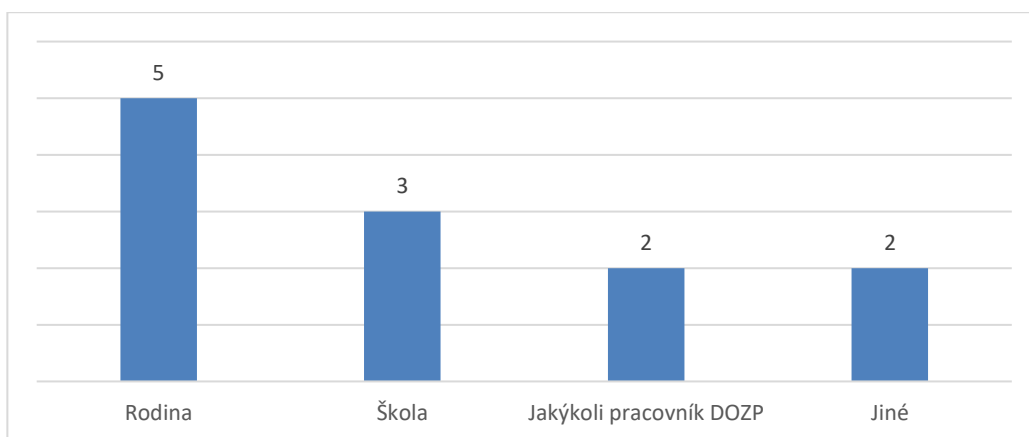
#### - Jak často jsou v DOZP pořádány vzdělávací akce v oblasti sexuality pro osoby s mentálním postižením?



Graf č. 4: Frekvence vzdělávacích akcí v oblasti sexuality pro osoby s mentálním postižením v DOZP

Všichni respondenti uvedli, že se v DOZP konají vzdělávací akce na témata sexuality pro osoby s mentálním postižením. Nejvíce respondentů (4) uvedlo, že pořádají vzdělávací akce více než 1 za rok. Tři respondenti uvedli, že vzdělávací akce probíhají méně než 1 za rok. 1 respondent uvedl, že vzdělávací akce probíhá jednou ročně.

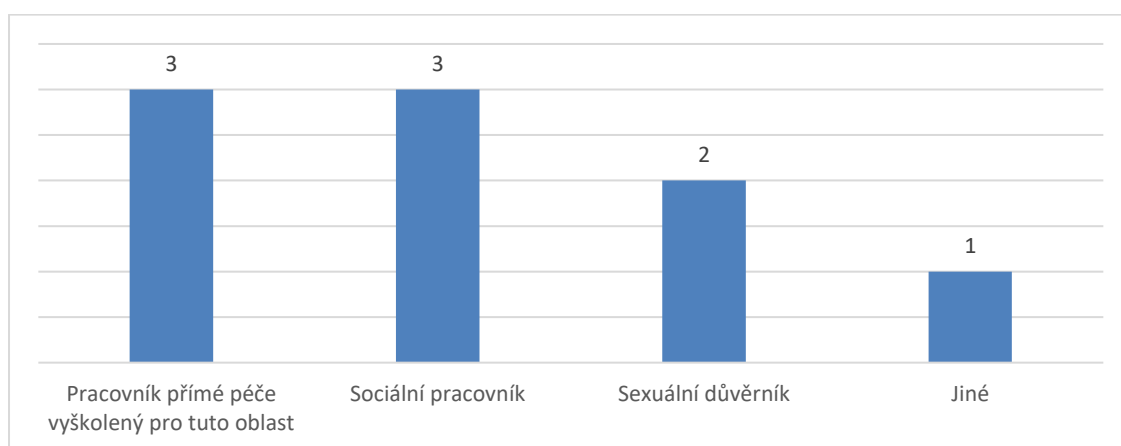
**- Kdo by měl vzdělávat osoby s mentálním postižením v oblasti sexuality?**



Graf č. 5: Názor respondenta na ideální vzdělávání osob s mentálním postižením v rámci sexuality

5 respondentů uvedlo, že by osoby s mentálním postižením měla vzdělávat rodina. 3 respondenti se shodují, že vzdělávání v oblasti sexuality by měla mít na starosti škola. 2 respondenti uvedli, že by měl osoby s mentálním postižením vzdělávat jakýkoli pracovník DOZP. 2 respondenti uvedli „jiné“: „Osoba blízká, které klient důvěřuje, a která klienta dobře zná – rodina, klíčový pracovník, případně i jiný pracovník ve službě“, „Další instituce“.

**- Mezi kompetence jaké pracovní pozice patří vzdělávání klientů v oblasti sexuality?**

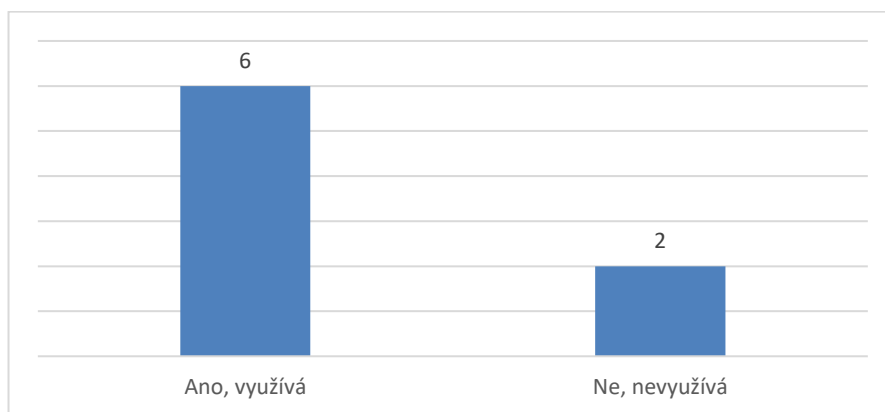


Graf č. 6: Pracovní pozice vzdělávající osoby s mentálním postižením v oblasti sexuality v DOZP

Nejvíce odpovědí na otázku pracovní pozice, která vzdělává osoby s mentálním postižením v DOZP v oblasti sexuality, jsou: pracovník přímé péče (3) a sociální pracovník

(3). Druhá nejčastější odpověď byla: sexuální důvěrník (2). 1 respondent označil možnost „jiné“: „*Ve službě nemáme přímo pověřeného pracovníka. Všichni pracovníci PP mohou poskytovat poradenství v rozsahu sepsaného protokolu sexuality*“.

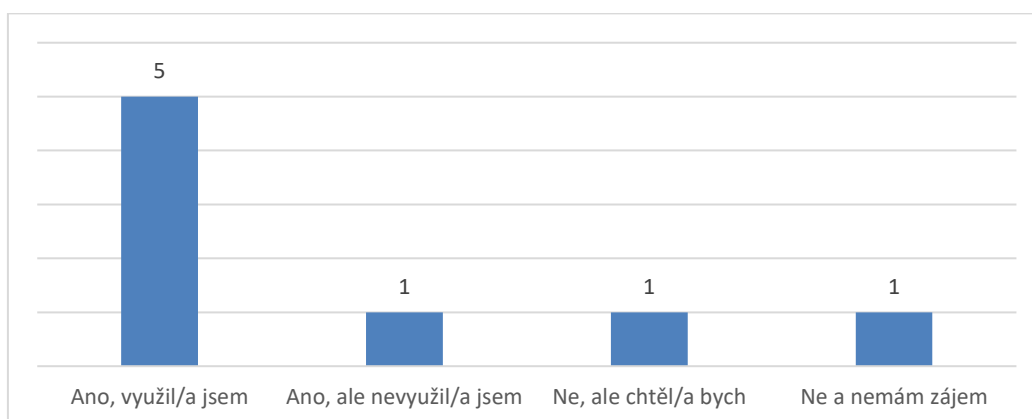
**- Využívá DOZP vzdělávací pomůcky pro edukace klientů v oblasti sexuality?**



Graf č. 7: Využívání vzdělávacích pomůcek pro edukaci klientů

Na tuto otázku odpovědělo 6 zařízení kladně – zařízení využívá vzdělávací pomůcky pro edukaci klientů v oblasti sexuality. 2 zařízení nevyužívají edukační pomůcky. Výčet pomůcek poskytla 3 zařízení „*obrázky, videa*“, „*freyabox, infopublikace od SPMP*“, „*brožury SPMPČR, knihy, filmy, případně panenky (mužského a ženského pohlaví)*“.

**- Máte možnost využít vzdělávací akce na téma edukace v oblasti sexuality u lidí s mentálním postižením?**



Graf č. 8: Možnost využití vzdělávací akce pro zaměstnance na téma edukace osob s mentálním postižením v oblasti sexuality

Možnost využít vzdělávací akce na téma edukace v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením mělo celkem 6 respondentů. 5 respondentů této možnosti využilo

a 1 respondent o toto vzdělání nemá zájem. 2 respondenti neměli možnost využít vzdělávací akce – 1 respondent o toto vzdělání jeví zájem, 1 respondent zájem nemá.

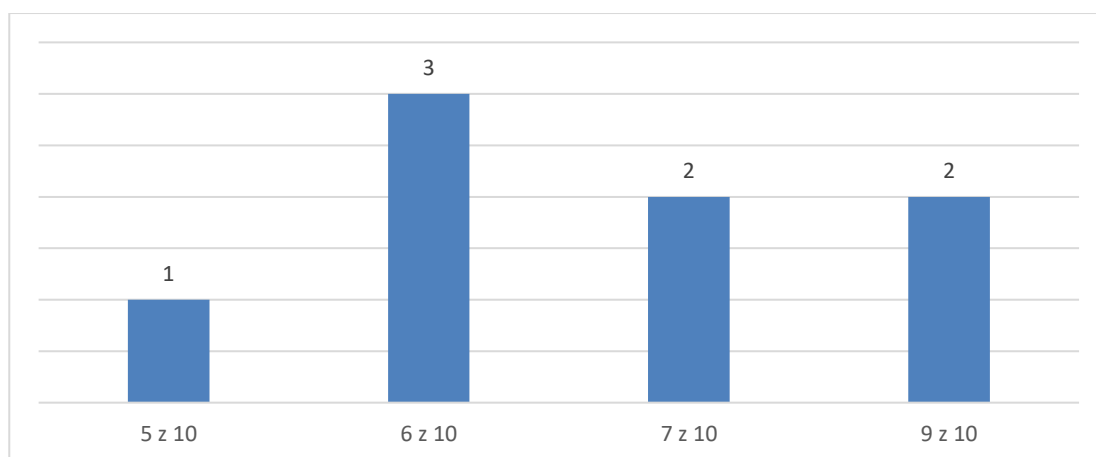
**- Myslíte si, že je důležité, aby se pracovníci DOZP vzdělávali v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením?**

Všech 8 respondentů odpovědělo, že je důležité, aby se zaměstnanci vzdělávali v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením. 1 respondent z 8 přidal odpověď: „Alespoň základní minimum v dané oblasti by měli pracovníci PP znát.“

**- Kolik Vašich pracovníků v DOZP je systematicky proškolen v této oblasti (např. dlouhodobé školení zakončeno certifikátem)?**

6 respondentů udalo přesnou číselnou odpověď – „Zhruba čtvrtina prošla jednodenní školicí akcí na dané téma, všichni pracovníci jsou seznámeni s protokolem sexuality (vytvořené pro naši službu)“, „20“, „26“, „V DOZP cca 5 pracovníků mělo jednorázový kurz, ale 1 pracovnice z CHB se tomuto tématu věnuje dlouhodoběji a chodí k nám do DOZP za klienty“, „10“, „1“. Dva respondenti tyto informace nemají.

**- Jak moc si myslíte, že Vaše DOZP klade důraz na otázku sexuality u lidí s mentálním postižením ve Vašem zařízení?**

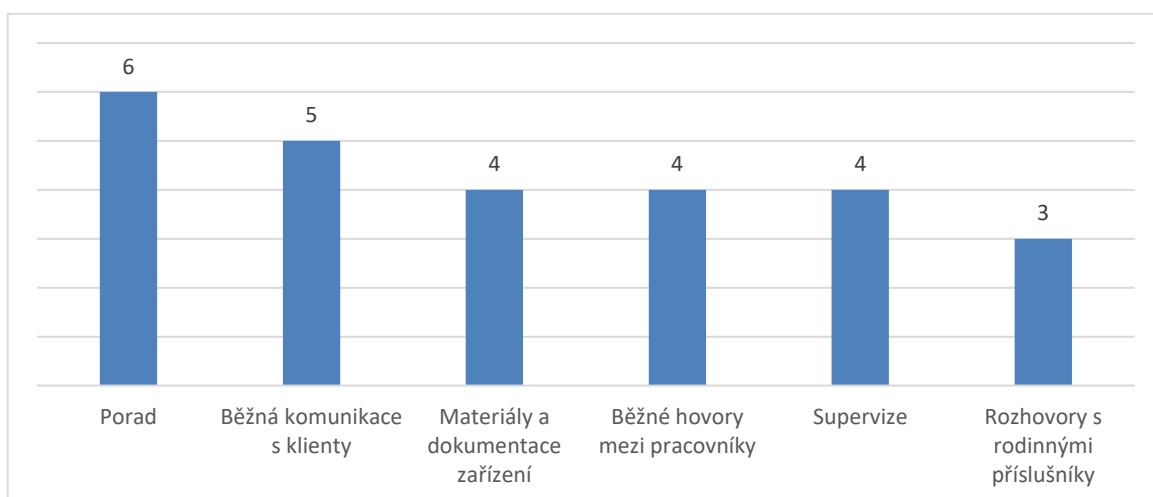


Graf č. 9: Důraz DOZP na tematiku sexuality

Všichni respondenti avizují, že DOZP klade důraz na otázku sexuality v rozmezí 5-9 z 10. Nejvíce odpovědí je u možnosti 6 z 10 (3). Dále 2 respondenti hodnotí stav situace 7 z 10. Další 2 respondenti hodnotí zájem o práci se sexualitou v DOZP 9 z 10. 1 respondent hodnotí důraz na tuto problematiku 5 z 10.



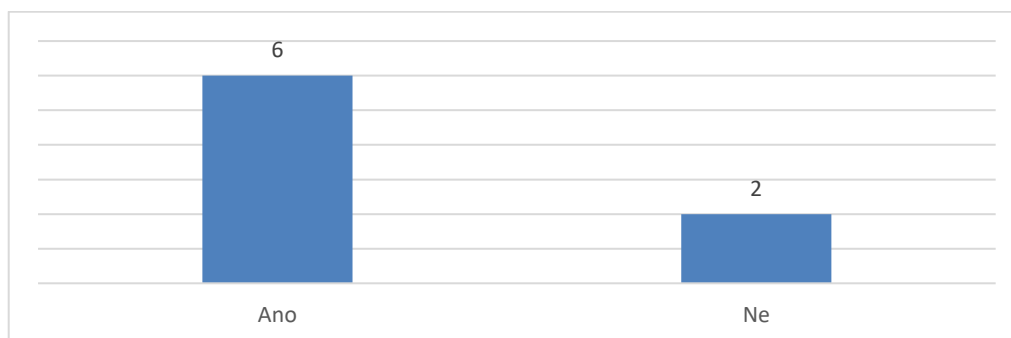
**- Tomuto tématu věnujete prostor v rámci:**



Graf č. 10: Prostor pro řešení sexuality v rámci DOZP

Respondenti se nejčastěji shodují, že toto téma diskutují v rámci porad (6). Dále tomuto tématu věnují prostor v běžné komunikaci s klienty (5). Materiály a dokumentace, běžné hovory mezi pracovníky DOZP a supervize označil stejný počet respondentů (4). Nejméně frekventovanou odpovědí byl rozhovor s rodinnými příslušníky (3). Jeden respondent přidal doplňující odpověď: „*Pořádáme vlastní školení, sexuální důvěrníci se pravidelně setkávají na vlastních poradách min. 1x měsíčně, práci s klienty řeší i v rámci intervizí*“.

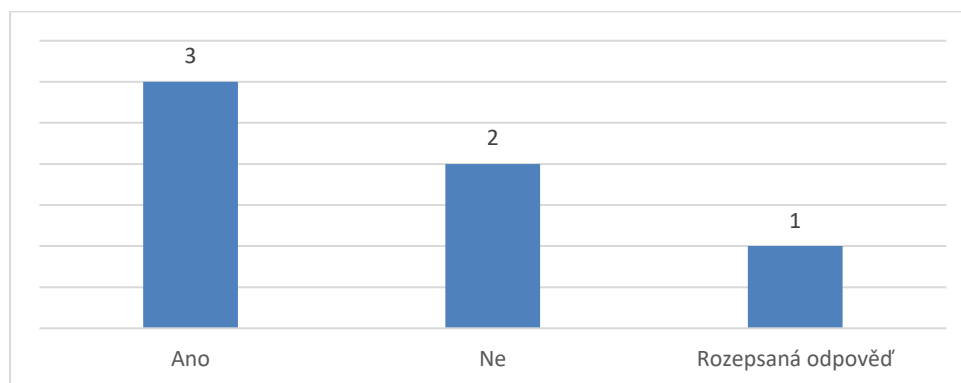
**- Má Vaše zařízení vypracovaný protokol o sexualitě a vztazích?**



Graf č. 11: Přítomnost protokolu o sexualitě a vztazích v DOZP

Přítomnost protokolu o sexualitě a vztazích v DOZP potvrdilo 6 respondentů. 2 respondenti uvedli, že protokol zařízení nemá vypracován. Lze usoudit, že někteří pracovníci nevnímají protokol o sexualitě a vztazích přínosem (viz. otázka č. 17).

- **Myslíte si, že tento dokument zachycuje všechny reálné situace v této oblasti, které mohou v DOZP nastat?**



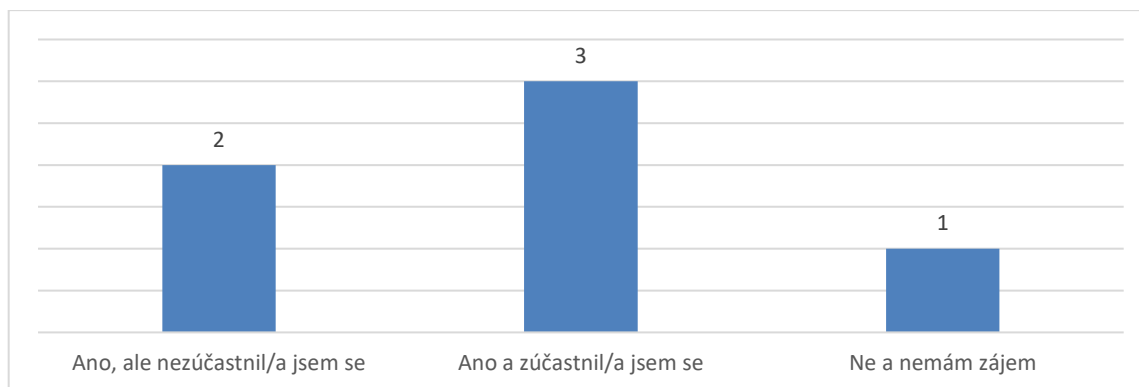
Graf č. 12: Názor na detailnost protokolu o sexualitě a vztazích v DOZP

Na tuto otázku odpovědělo 6 respondentů, kteří mají v zařízení přítomný protokol o vztazích a sexualitě. 3 respondenti si myslí, že všechny možné situace zahrnuje. Jeden respondent si není jist, a proto na otázku odpověděl: *„Nejsem si jistá, zda zachycuje všechny situace, ale většinu určitě ano.“* Naopak 2 respondenti se shodují na faktu, že protokol o sexualitě a vztazích v jejich DOZP nezahrnuje všechny možné situace, které by mohly nastat.

- **Proč je podle Vašeho názoru tento dokument užitečný? V čem je pro Vás přínosný?**

Na tuto otázku odpovědělo 6 respondentů, kteří potvrdili přítomnost protokolu o vztazích a sexualitě v DOZP. Nejvíce respondentů (5) spatřuje význam v jejich protokolu o vztazích a sexualitě v sepsané metodice a v sepsaných postojích zařízení: *„Udává mi to, jakým způsobem mám pracovat s klienty a jaký postoj mám v určitých situacích zastat.“*, *„Je to dokument, který nám dává mandát k práci s tématem sexuality a vztahů lidí s postižením.“*, *„Jasná metodika a přístup organizace.“*

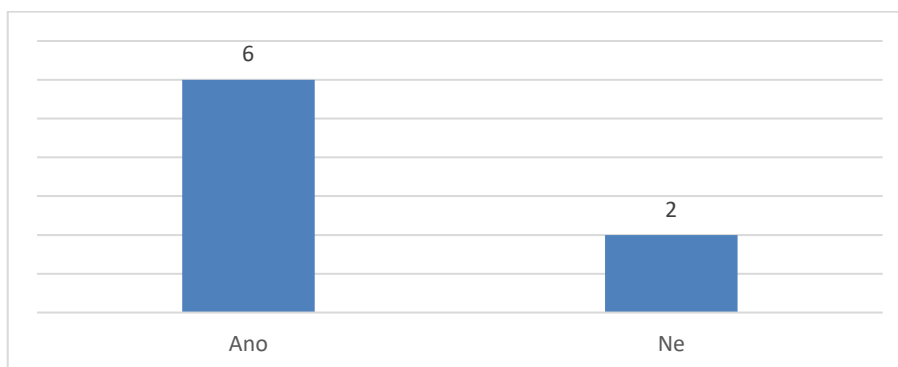
Jeden respondent nespátřuje užitečnost protokolu o sexualitě a vztazích, a proto označuje tento dokument jako *„Formalita.“*



Graf č. 13: Možná účast respondenta na tvorbě protokolu o sexualitě a vztazích

Na tuto otázku odpovědělo 6 respondentů, kteří mají v DOZP protokol o vztazích a sexualitě. Na tvorbě se zúčastnili 3 respondenti. Další 2 respondenti se mohli zúčastnit tvorby, ale nezúčastnili se. Z toho jedna respondentka odůvodnila svou odpověď takto: „*Na tvorbě dokumentu jsem se nepodílela, ale pokud bych tam chtěla něco připsat nebo pozměnit, tak mohu.*“. Jeden respondent neměl možnost a nemá zájem podílet se na tvorbě protokolu.

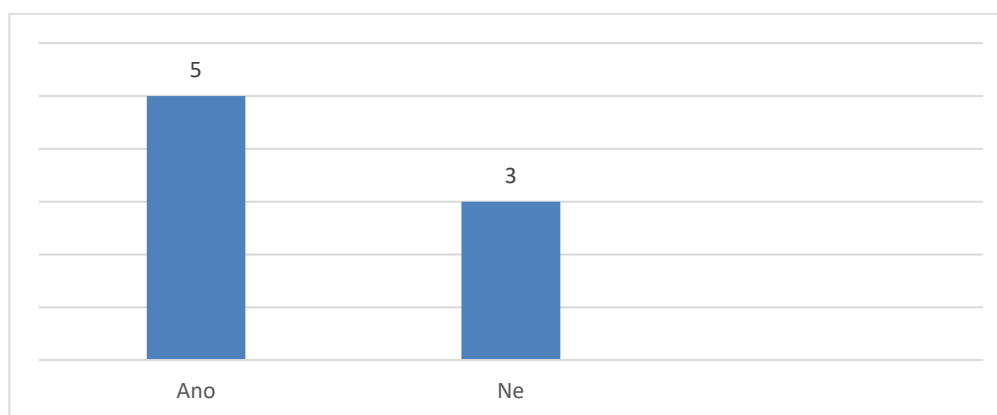
**- Dotazují se u Vás klienti ohledně pravidel sexuálního života v rámci DOZP (popř. koho?)**



Graf č. 14: Dotazování klientů v oblasti pravidel sexuality v DOZP

Na tuto otázku odpovědělo všech 8 respondentů. Většina respondentů (6) odpovědělo, že se v zařízení klienti dotazují ohledně pravidel týkajících se sexuálního života v DOZP. Doplňují, že se nejčastěji doptávají „*pracovníků přímé péče, sociální pracovnice, vedoucí*“, „*sexuálního důvěrníka*“, „*sociálního pracovníka a svého klíčového pracovníka*“. Naopak 2 respondenti uvedli, že se klienti nedotazují. Jeden respondent uvádí: „*Naši aktuální klienti o danou oblast nejeví zájem. Se všemi klienty byl na dané téma veden individuální rozhovor, o další rozhovor neměli zájem.*“.

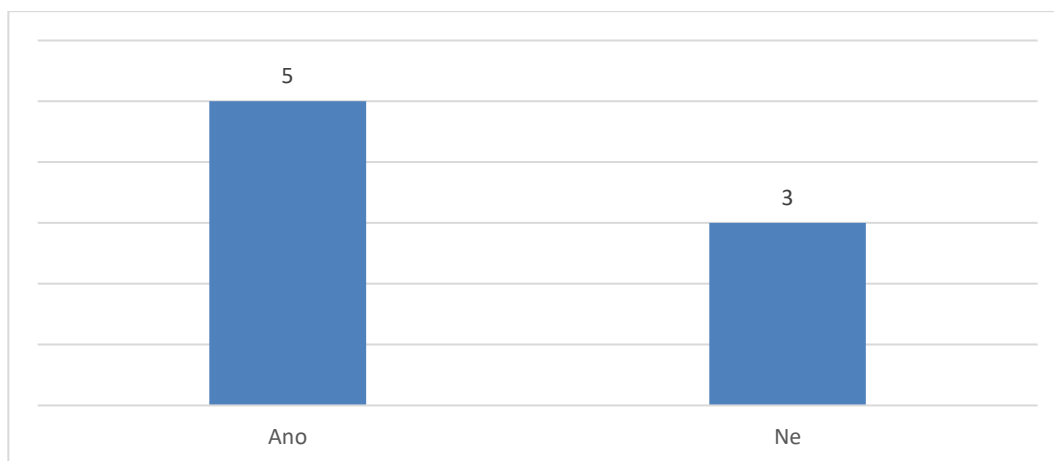
**- Podporuje Vaše zařízení službu Sexuální asistence?**



Graf č. 15: Postoj DOZP k Sexuální asistenci

Většina DOZP (5) podporuje službu Sexuální asistence. Další 3 DOZP dle respondentů tuto službu nepodporují. 2 respondenti doplňují odpověď takto: „*zatím nebylo třeba řešit*“, „*ano, pokud by měl klient zájem, byl by mu předán kontakt na organizaci zabývající se danou oblastí (nemáme s tím však zkušenost)*“.

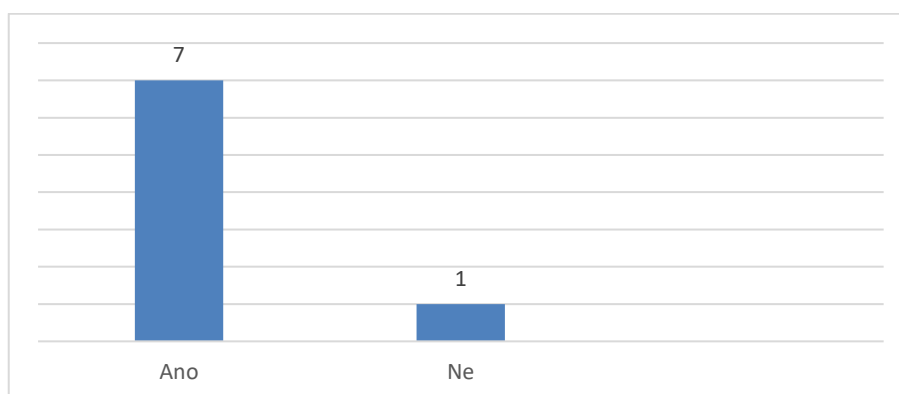
**- Informujete klienty o službě Sexuální asistence a popř. poskytujete na tuto službu kontakt?**



Graf č. 16: Poskytování informací klientům o Službě sexuální asistence v DOZP

Výsledky tohoto grafu kopírují výsledky předchozí otázky. 5 respondentů uvádí, že své klienty informují o službě Sexuální asistence. Naopak 3 respondenti uvádí, že klienty o této službě neinformují.

**- Podporuje Vaše zařízení partnerské vztahy i s ohledem na sexuální život?**



Graf č. 17: Podpora partnerských vztahů v DOZP

Na otázku odpovědělo všech 8 respondentů. Zařízeních podporující partnerské vztahy i s ohledem na sexuální život je celkem 7. Jedno zařízení partnerské vztahy, kde je součástí vztahu i sexuální vyžití, nepodporuje. Dva respondenti doplnili svou odpověď: „málo z našich klientů má zájem o partnerský vztah, ale pokud mají zájem, určitě podporuje“, „pokud by měl klient zájem, poskytujeme poradenství a osvětu k danému tématu.“

**- Je ve Vašem zařízení vytyčené bezpečné místo pro naplňování sexuálních potřeb klientů (popř. jaké)?**

Nejčastěji (5) se respondenti shodují, že pro sexuální vyžití v DOZP se využívá pokoj klienta - „pokoj“, „edukujeme, že sexuální potřeby a s tím spojená intimita a soukromí se realizuje v pokoji“, „vlastní jednolůžkový pokoj“. Dále 2 respondenti, kteří odpověděli, že se využívá pokoj, odpovídají, že se využívá i prostoru koupelny. Ostatní (3) zařízení nemají vytyčené místo - „pokud by byl zájem, místo by se našlo“, „nemáme vytyčené místo, ale klienti jsou edukováni o tom, že mají využívat prostoru, kde je soukromí“, „není“.

**- Nabízí vaše zařízení klientům nějaké možnosti antikoncepce? (popř. jaké)?**

Na tuto otázku odpovědělo 8 respondentů. Nejčastěji mají klienti (6) možnost využívat hormonální antikoncepci dle uvážení lékaře a přání klienta - „V případě zájmu klienta nabídnou pracovníci informace o antikoncepci, podporu při jejím vyřízení a následnou podporu při nácviu používání.“. 3 zařízení odpovídají, že mají klientky možnost užívat hormonální antikoncepci a dále zmiňují, že klienty učí správně manipulovat

s kondomy. 2 respondenti odpovídají, že nenabízí žádnou antikoncepční metodu - „nemáme momentálně klienty v produktivním věku, klientům je 50 let a více“, „ne“.

**- Myslíte si, že má Vaše zařízení ještě nějaké nedořešené otázky v této oblasti? (popř. které)**

Pět respondentů si nemyslí, že jsou nějaká témata, která by mohla v zařízení dořešit- „ne“, „nemyslím si“, „nenapadají mě“, „netuším“, „myslím si, že ne, není to pro nás úplně stěžejní téma, ale věnujeme se mu určitě dost“. Jeden respondent uvádí, že by se mohlo dořešit / zlepšit „školení, informovanost“. Jeden respondent uvádí „mateřství žen s mentálním postižením“. Jeden respondent uvádí, že v zařízení potřebují dořešit „sexuální deviace u klientů s mentálním postižením“.

### 6.1.1 SHRNUÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 8 zařízení z potenciálních 12 zařízení. Zúčastnilo se tedy 66 %. 6 respondentů se označilo za ženy a 2 respondenti byli muži. Všichni respondenti se nachází ve věkové hranici 21-50 let a na svém pracovišti působí v rozmezí 0-30 let. Všichni respondenti mají dokončené terciální vzdělání.

4 DOZP edukují své klienty v oblasti sexuality více než 1 ročně. 3 respondenti udávají, že vzdělávání probíhá méně než 1 ročně a jeden respondent udává, že své klienty vzdělávají 1 ročně. V DOZP edukuje v oblasti sexuality tato pracovní pozice: vyškolený pracovník přímé péče, sociální pracovník, sexuální důvěrník, všichni pracovníci přímé péče. Dle respondentů by se mělo na edukaci v oblasti sexuality podílet: rodina, škola, jakýkoli pracovník přímé péče, blízká osoba klienta. Pro edukaci využívá sexuálních pomůcek 6 DOZP a 2 DOZP tyto pomůcky nevyužívají.

Možnost využití vzdělávací akce na téma sexuality u osob s mentálním postižením mělo 6 respondentů, z nichž 5 tuto akci využilo a jeden respondent tuto možnost nevyužil. 2 respondenti tuto možnost neměli, ale 1 respondent jeví zájem o vzdělávací akci v této oblasti. Všichni respondenti se shodují, že by se měli zaměstnanci DOZP vzdělávat v tematice sexuality osob s mentálním postižením. 6 respondentů má informace o počtu systematicky proškolených zaměstnanců v jejich DOZP: ¼ zaměstnanců, 20, 26, 5, 10, 1. Dva respondenti o tomto nemají informace.

Všichni respondenti udávají, že kladou důraz v otázkách sexuality u osob s mentálním postižením v DOZP v rozmezí 5/10-9/10. Dále se těmito otázkami zabývají nejčastěji na poradách, při běžné komunikaci s klienty, v materiálech a v dokumentaci DOZP, při běžné komunikaci mezi pracovníky, na supervizích a při rozhovorech s rodinnými příslušníky.

Šest zařízení mělo vypracován protokol o sexualitě a vztazích. Těchto šest zařízení odpovídalo na otázky spojené s protokolem o sexualitě a vztazích. Tři respondenti udávají, že si myslí, že je tento dokument vypracován na takové úrovni, že zachycuje veškeré situace, které by mohly nastat. Dva respondenti si nemyslí, že zachycuje veškeré situace. 1 respondent si nebyl jist, ale myslí si, že většinu ano. 5 respondentů dále udává, že je tento dokument užitečný pro jasně napsanou metodiku a postoje zařízení. 1 respondent nespatřuje užitečnost tohoto dokumentu. Pět respondentů mělo možnost zapojit se do tvorby protokolu, nicméně se zúčastnili pouze 3 respondenti. 1 respondent neměl možnost podílet se na tvorbě a ani o to nejeví zájem.

6 respondentů udává, že se klienti ptají zaměstnanců DOZP na pravidla sexuálního života. 2 respondenti udávají, že se klienti na toto nedotazují. 5 DOZP podporuje službu sexuální asistence a poskytuje na ní kontakt. 3 DOZP nepodporují tuto službu. 7 DOZP podporuje partnerské vztahy, které mohou vznikat v DOZP. 1 zařízení toto neguje. Nejčastěji se respondenti shodují, že bezpečné místo pro sexuální život klienta DOZP je pokoj či koupelna. 3 zařízení nemají vytyčené místo pro sexuální využití. 6 respondentů dále vypovídá, že klienti mají možnost užívání antikoncepce, a z těchto odpovědí se tři zařízení shodují, že klienti mohou využívat kondomy. 2 zařízení neposkytují možnost antikoncepčních metod. 5 zařízení si nemyslí, že by měli nějaké nedorozumění otázky. 3 zařízení popisují, že se momentálně potýkají s otázkami mateřství, školení a informovanosti, sexuální deviací u osob s mentálním postižením.

## **6.2 ROZHOVORY SE ZAMĚSTNANCI DOMOVŮ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

### Protokoly o sexualitě a vztazích

V DOZP č. 1 mají zpracován protokol o sexualitě a vztazích, který zpracovával tým zaměstnanců DOZP. Respondent k tomuto udává: „*Sepsání protokolu jsme dělali společně v týmu: ředitel, sociální pracovnice, vedoucí úseku přímé péče a náš psycholog.*“ Respondent

se dále domnívá, že je jejich protokol aktuální a že „obsahuje všechna témata, která jsou potřeba“.

Respondent z DOZP č. 2 potvrzuje přítomnost protokolu o vztazích a sexualitě a dodává, že tento dokument byl v DOZP zpracován již v roce 2019 koordinátorem sexuálních důvěrníků, který konzultoval obsah s pracovníky přímé péče a s právní kanceláří – „v tu dobu jsme poskytovali služby i lidem pod 18 let a muselo to být řádně zkontrolováno právní kanceláří“. Dále je respondent přesvědčen o aktuálnosti protokolu o sexualitě a vztazích – „My ho aktualizujeme pravidelně.“ Dále respondent uvádí, že se zařízení v nedávné době shodlo na postoji, kdy neuznávají fiktivní svatby – „Podle nás je to nedůstojné, abychom je takhle uváděli v omyl. Jestliže chtějí svatbu, tak s nimi sexuální důvěrník oběhne to právní kolečko – jednání s opatrovníkem, se sociálním pracovníkem, bude jim zvědomovat, co to obnáší, jestli mají v soudním rozhodnutí, co můžou apod., to nám připadá důstojnější.“

DOZP č. 3 má zpracován protokol o sexualitě a vztazích. Tento dokument sepisovala vedoucí sociálního úseku s paní ředitelkou DOZP. Respondent má možnost upravovat dokument. „Sepisovala to tehdejší vedoucí sociálního úseku s paní ředitelkou, ale mám možnost něco doplnit či přepsat.“ Respondent je přesvědčen o aktuálnosti dokumentu, nicméně dodává, že by se měl doplnit o konkrétnější situace „já si myslím, že je hodně obecně napsaný a tudíž aktuální, ale asi by chtěl upravit.“

### Edukace zaměstnanců

V rámci tématu edukace zaměstnanců v oblasti sexuality respondent z DOZP č. 1 udává – „Za posledních pět let jsme měli asi 2x povinné školení pracovníků přímé péče v oblasti sexuality u lidí s mentálním postižením.“. Podle respondentových výpovědí v DOZP nefiguruje konkrétní zaměstnanec specializující se výhradně na problematiku sexuality, a proto „když je potřeba řešit nějaký případ, tak ho řešíme v tom týmu za přítomnosti psychologa.“.

DOZP č. 2 své zaměstnance edukuje formou školení, které se odehrává jednou za tři měsíce. Toto školení je určeno primárně pro nově příchozí pracovníky přímé péče. Školení se zaměřuje primárně na témata „jaká je role sexuálního důvěrníka, co obsahuje protokol sexuality.“ Následně zařízení poskytuje 150 hodinový akreditovaný kurz, který musí



absolvovat každý pracovník přímé péče tohoto DOZP. V tomto kurzu se věnuje půl dne sexualitě osob s mentálním postižením. Respondent dále avizuje, že systematicky edukují pracovníky přímé péče každé dva měsíce skrz sezení celého týmu oddělení, kde „rozebíráme konkrétní kazuistiky a edukujeme dál o soukromí, souhlasu a tak.“ Zařízení se momentálně věnuje i poskytování informací v oblasti sexuality opatrovníkům klientů – „*ted' se snažíme edukovat nejen zaměstnance a klienty, ale i rodiče našich klientů, protože ti ovlivňují ta témata.*“

V rámci vzdělávání zaměstnanců v oblasti sexuality respondent z DOZP č. 3 udává, že své zaměstnance posílají na základní školení, které je ze zákona nutné. Dále své zaměstnance vzdělávají v oblasti sexuality skrze školení, které se naposledy událo před pěti lety. Letos se školení bude opakovat. „*Ze zákona musíme mít 24 hodin školení, kde se rozebírá i tematika sexuality. Taky posíláme své zaměstnance na školení v tématicke sexuality. Naposled jsme měli školení asi 5 let zpátky, ale letos budeme mít další školení.*“

#### Proměnlivost diskutovaných témat klientů v DOZP v kontextu sexuality a vztahů

V DOZP č. 1 jsou nejčastěji řešená témata, která se týkají sexuality a vztahů, následující: „*partnerské vztahy, nemožnost nalézt klientovi partnera v DOZP, neopětovaná láska, páry, spolubydlení párů – s nimi řešíme jejich partnerské soužití, opakované zamilování klientů do praktikantek či pracovníků přímé péče*“. Dále respondent oznamuje, že se témata v oblasti sexuality v DOZP nemění.

Respondent z DOZP č. 2 si nemyslí, že by se některá témata proměňovala, ale avizuje, že se témata prohlubují „*klienti mají častokrát specifické dotazy k tématům, která jsou stále stejná.*“ Dle respondenta se klienti nejvíce zajímají o témata vztahů, intimity, seznamování se či vhodných antikoncepčních metod.

Respondent z DOZP č. 3 udává, že témata spojená se sexualitou jsou u klientů dlouhodobě neměnná a zaměstnanci jsou dostatečně proškoleni k jejich řešení. „*U klientů nenarážíme na nějaké proměny. Ta sexualita je u nich přirozená a zaměstnanci s tím umí pracovat.*“

#### Edukace klientů v DOZP v oblasti sexuality a partnerství

DOZP č. 1 své klienty systematicky nevzdělává v sexuální výchově. Metody využívané pro edukaci klientů tedy DOZP nevyužívá. Sexuální výchovu se klienti učí v rámci

povinné školní docházky. Jestliže v DOZP vznikne problém, může se na příslušném oddělení uspořádat "kruh", v rámci kterého se konkrétní problém rozebírá. V kruhu se může řešit i tematika sexuality. Tematika sexuality se tedy „řeší operativně v kruhu“. Klienti se však mohou na oblast sexuality doptávat svých klíčových pracovníků.

Respondent z DOZP č. 2 udává, že edukují své klienty velmi individuálně. Zařízení má dvě formy vzdělávání – skupinové a individuální. Skupinové vzdělávání probíhá v pohlavně homogenní skupině vždy jednou měsíčně v rozsahu 60 minut. Individuální edukace probíhá na vyžádání klienta či páru, a v případě pravidelnosti se poskytuje v rozsahu 60 minut jednou za 6 týdnů. DOZP pro edukaci klientů v tématice sexuality využívá tyto pomůcky: „*detekční panenky, které se využívají i pro odhalení sexuálního násilí, celou řadu brožurek od SPMPČR ve snadném čtení – ty využíváme nejčastěji, listy sexuality od Petra Eisnera, plastový penis, vibrátor, kondomy, lubrikační gely, tampony, vložky, menstruační kalíšky, film o sexu, nácviky masturbace pomocí edukačních videí, obrázky, tvary prsou, sexbox, pexesa, emoční karty, slepá mapa těla, abychom věděli, jak klienti používají názvosloví.*“

DOZP č. 3 systematicky needukuje své klienty v oblasti sexuality a respondent udává – „*Klienty vzděláváme minimálně a zatím nenarážíme na to, že bychom je měli vzdělávat.*“. Jestliže se naskytne situace, v níž je zapotřebí edukovat klienty, zařízení využívá texty s konceptem snadného čtení – „*brožurky s takovým tím lehčím vysvětlením.*“

#### Postoj DOZP k Sexuální asistenci

Postoj DOZP č. 1 k problematice sexuální asistence je pozitivní. Zařízení své klienty informuje o této službě a poskytuje na ni kontakt. Respondent udává „*určitě tomu nebráníme, poskytujeme klientům kontakt na sexuální asistenci*“. Dále respondent udává, že se vedení zařízení shodlo na případném využití „*i jiné specializované pracovnice, protože si myslíme, že tuto službu může využít klient, pokud je na nějaké lepší mentální úrovni.*“

Respondent z DOZP č. 2 se k tématu sexuální asistence vyjádřil kladně – zařízení poskytuje informace o službě sexuální asistence, nicméně na ni neposkytuje kontakt. „*Abychom nebyli nařknutí z kuplířství, tak je předpoklad, že si klient tuto službu vyhledá sám, a i sám zkontaktuje.*“ Respondent dále udává, že v zařízení nemají zkušenost s využitím této služby.

Respondent z DOZP č. 3 k tématice sexuální asistence uvádí, že zatím nebyla v zařízení tato služba využita, ale jsou ochotni spolupracovat se službou sexuální asistence, kdy ji klientům nabízí. *„Zatím jsme nepotřebovali, ale jsme tomu otevření, některým klientům to dokonce nabízíme.“*

#### Podpora partnerských vztahů v DOZP

V DOZP č. 1 žijí osoby s mentálním postižením, které tvoří partnerské vztahy. Zařízení jim umožňuje bydlet na společném pokoji či možnost společné svatby „naoko“ po několika letech soužití. Respondent dále popisuje podporu partnerského života v DOZP následovně: *„občas jim pomáháme řešit jejich společnou Itálii.“*

Podpora v oblasti partnerských vztahů spočívá dle respondenta z DOZP č. 2 v aktivitách jako je skupinová osvěta v oblasti sexuality a vztahovosti, individuální / párová setkání se sexuálním důvěrníkem, poskytnutí chráněného bydlení, či podporou při využívání seznamky – *„je velmi málo možností, kde se mohou seznamovat, ale zkoušíme seznamku, kde klientům, kteří chtějí partnera, ukazujeme inzeráty.“*

Momentálně v DOZP č. 3 nežijí klienti, kteří by tvořili páry. Respondent informoval, že tito klienti byli přestěhováni do chráněného bydlení. *„Klienti, kteří tvořili páry, šli do chráněného bydlení. Momentálně tam jsou dva páry.“*

#### Možnost prostorů pro sexuální vyžití v DOZP

DOZP č. 1 nabízí klientům jednolůžkové či dvojlůžkové pokoje. Respondent udává, že pokud žije klient na dvojlůžkovém pokoji, je nutné učit klienty „vzájemné komunikaci“, aby mohli mít dostatek soukromí. Dále je možnost využití koupelny pro sexuální vyžití. Respondent zakončuje téma: *„když je potřeba, tak má každý prostor na své soukromí“*.

Respondent z DOZP č. 2 udává, že zařízení nemá permanentně vytyčené prostory pro sexuální vyžití. Klienty jsou využívány prostory pokojů či koupelen – *„chceme jít tou cestou běžného bydlení.“*

Respondent sdělil, že DOZP č. 3 nemá permanentně vytyčené prostory pro sexuální vyžití, ale klienti mohou využívat návštěvní místnost, a tudíž je poskytnuto soukromí. Prostory pokojů nejsou dle respondenta vhodné k využívání i pro sexuální aktivity, jelikož není na pokojích dostatek soukromí. *„Vyloženě prostor pro sexuální vyžití nemáme, ale máme tady návštěvní místnost, ta je k dispozici a je volná a ty návštěvy tam jsou hlášeny,*

*takže můžou využít tuhle místnost. Většina pokojů je dvojlůžkových, takže tam se asi něco jako sex nemůže odehrávat. Ale myslím si, že soukromí tu teda je.“*

#### Aktuálně diskutovaná témata v oblasti sexuality a vztazích v DOZP

Dle respondenta řeší DOZP č. 1 momentálně „seznamku pro lidi s mentálním postižením na facebookové skupině, nebo úchylky. Ted' jsme třeba nakupovali umělou nohu v sexshopu, ale třeba nakupujeme i vibrátory.“ Respondent uvedl, že se DOZP snaží předcházet sexuálním projevům u svých klientů pracovní náplní – „My se snažíme spoustu klientů co nejvíce zaměstnat. To docela potlačuje agresí, ale třeba i sexuální pudy. Ted' máme většinu klientů zaměstnaných a nabízíme jim aktivity, abychom je unavili přirozeně nějakou činností.“

Momentálně se dle respondenta v DOZP č. 2 aktuálně diskutují témata sexuální identity či mateřství žen s mentálním postižením – „nejsme zařízení, které může poskytovat služby pro maminku s dítětem.“

DOZP č. 3 má dle respondenta všechny témata vyřešená „asi žádná aktuální témata nemáme, všechno nám je v tomhle ohledu jasné.“

### **6.3 ROZHOVORY S KLIENTY DOMOVŮ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

#### Orientace v pojmu „sexualita“ u klientů DOZP

Respondenti z DOZP č. 1 vypovídají, že pod pojem „sexualita“ spadá sex, ale dále uvádějí, že sexualita je širší pojem. Respondenti si pod pojmem sexualita představují R1: „sex, objímání“, R2: „to se týká ohledně sexu a lásky“, R3: „to nemusí být jenom sex, ale můžou se držet za ruku a koukaj se do očí a mají se rádi“.

Respondenti z DOZP č. 2 si pod pojmem sexualita nejčastěji představují sexuální styk a doteky. R1: „sex, dotýkání se, láska“, R2: „s přítelem jsem a že prostě to, co si řekneme je společný prostě, taky si představím, že můžeme dělat sex“, R3: „sexualita znamená sex, ale i doteky a intimitu.“

Respondenti z DOZP č. 3 si pod pojmem „sexualita“ nejčastěji (2) představují sex a k tomu přidávají R1: „miminko a sex“, R2: „sex, pindíka“. Jeden respondent si pod pojmem představuje emoční pouto k jinému jedinci – R3: „to, když se maj dva lidi rádi“.

#### Edukace klientů v oblasti sexuality optikou klientů DOZP

U okruhu edukace v oblasti sexuality respondenti vypovídají, že nejsou v DOZP č. 1 nijak vzdělávání. Na specifické dotazy v oblasti sexuality se mohou respondenti doptat svého klíčového pracovníka, R3: označuje „*mě tady učí speciální pedagožka, když se zeptám, ale hodně věcí prostě to vidím v televizi, takže nepotřebuju víc informací*“. Dva respondenti se shodují, že by uvítali sexuální výchovu v DOZP.

Všichni respondenti udávají, že je v DOZP č. 2 edukují v oblasti sexuality sexuální důvěrníci. R1: „*moje sexuální důvěrnice mě učí o sexu*“, R2: „*moje sexuální důvěrnice a jenom ta nás učí, můžu ji kdykoli zavolat a domluvit si schůzku*“, R3: „*sexuální důvěrnice, a říká nám, jak to můžeme praktikovat. Ona nás učí každý měsíc a ukazuje nám nějakou osvětu*“. Dále se respondenti shodují, že jim již stačí tato frekvence edukace, která je nastavena v DOZP R1: „*nepotřebuju se nic dozvědět dalšího*“, R2: „*stačí mi to, co vím teď*“, R3: „*takhle mi to stačí*“.

Všichni respondenti (3) se shodují, že je DOZP č. 3 v oblasti sexuality nevzdělává. R1: „*nikdo nás tady o tom neučí*“, R2: „*nikdo, my se o tom neučíme*“, R3: „*o tom se tady nebavíme*“. Respondenti by ocenili větší pozornost vztahující se k edukaci v tématice sexuality R1: „*chtěla bych se o tom učit víc*“, R2: „*asi malinko jo*“, R3: „*zajímalo by mě to, ale já nevím, s kým tady mluvit*“.

#### Možnost klientů seznamovat se s potenciálním partnerem

Respondenti z DOZP č. 1 avizují, že možnost seznamování se s potenciálním partnerem je nejčastěji v práci, či na seznamce – R1: „*můžu se seznámit v práci v kavárně, kde pracuju*“, R2: „*bud' na seznamce, nebo v práci*“, R3: „*kavárny, na ulici, seznamka, nebo v práci*“.

Dva respondenti z DOZP č. 2 uvádějí, že se mohou seznamovat s potenciálním partnerem skrz seznamku – R1: „*Když přijdeš za sexuální důvěrníci, tak může dát vědět, že hledáš partnera na seznamce. Ona ti s tím pomůže*“. Jeden respondent uvádí jako nejlepší možnost seznámení se s potenciálním partnerem pracovním prostředím.

Možnost seznamování se s potenciálním partnerem je dle výpovědí respondentů v prostorách DOZP č. 3 – R1: „*můžu s někým chodit tady v DOZP, jinde nevím, jak se seznámit*“, R2: „*tady můžu na oddělení. Jinde nemůžu*“, R3: „*tady si můžu najít kluka*“.

a možná, když půjdu někdy na kafe.“ Jeden respondent doplňuje svou výpověď o prostředí kaváren.

#### Pravidla pro prožívání sexuálního života v DOZP

Pravidla v oblasti sexuality jsou v DOZP č. 1 dle respondentů: soukromí a souhlas, tzv. consent. Respondent č. 1 uvádí, že pro dosažení soukromí musí oznamovat vychovatelkám, ať nechodí do pokoje z důvodu sexuální aktivity – „*musíme být sami na pokoji a musíme říct vychovatelkám, ať tam nechodí, protože chceme sex*“, R2: „*musíme být sami a že ten druhý musí souhlasit*“, R3: „*teď je to hodně povolený, takže musíme být jen sami*“.

V oblasti pravidel, která musí klienti dodržovat pro žití sexuálního života v DOZP č. 2, respondenti (2) nejčastěji uvádí soukromí – R1: „*musíme být sami*“, R2: „*musíme mít zamčeno*“. Dále se dva respondenti shodují, že musí se sexuálním vyžitím souhlasit oba partneři – R2: „*musíme oba souhlasit*“, R3: „*pravidla tu jsou, že musí souhlasit muž i žena a když někdo odmítne sex, tak ho nesmíme nutit*“.

V oblasti pravidel DOZP č. 3 se 2 respondenti shodli na pravidle, kdy mohou provozovat sexuální aktivity, pokud k sobě dva lidé cítí lásku – R1: „*Ano, máme tu být v soukromí a souhlasit oba s tím a mít lásku*“, R2: „*prý se máme mít rádi*“. Zároveň jeden respondent udává soukromí a consent. Jeden respondent si není vědom pravidel pro žití sexuálního života v DOZP „*žádná pravidla tu nejsou*“.

#### Orientace klientů v pojmu „partnerství“

Respondenti z DOZP č. 1 si pod pojmem partnerství představují partnerský vztah, součástí kterého je sexualita a intimita. R1: „*to že mám kluka a máme se rádi děláme sex*“, R2: „*že chodím s holkou a držíme se za ruku a máme sex*“, R3: „*hodný, milý kluk, který ti dá pusinku ráno a máme tu intimitu*“.

Pod pojmem „partnerství“ si respondenti z DOZP č. 2 (2) představují romantický vztah spojený s tělesnou intimitou. R1: „*Partner je to, že se s ním můžeš držet, dávat si pusy, objímat se s ním a povídat si s ním a máte se rádi*“, R2: „*že se sejde kluk se ženou a chvíli spolu choděj a pak uzavřou svatbu, že mají sex, dotýkají se a líbají se*“. Jeden respondent si pod pojmem partnerství představuje lásku.

Pod pojmem partnerství si všichni (3) respondenti z DOZP č. 3 představují romantický vztah dvou lidí. Dva respondenti si tento pojem představují konkrétněji, jako partnerský vztah. R2: „*kamarádství a lásku*“, R3: „*kluk a holka se maj rádi a jsou hodně spolu.*“ Jeden respondent si pod pojmem „partnerství“ představuje manželský svazek / vztah – R1: „*manželé, vdaný a někam do zahraničí se jet podívat.*“ Dva respondenti doplňují své výroky o kamarádství a cestování.

#### Možnosti podpory partnerských vztahů v DOZP optikou klientů

Podpora v partnerství dle respondentů v DOZP č. 1 spočívá v komunikaci. Dále mají uživatelé DOZP možnost bydlet se svým partnerem na pokoji či po několika letech mít svatbu. R1: „*pomáhaj nám, když se s manželem hádáme, povídáme si, proč se hádáme. Taky máme teď společnej pokoj*“, R2: „*Prej si spolu povídaj a radí jim*“, R3: „*Povídaj si s náma o tom vztahu, když mám problém, nebo mi dali s partnerem pokoj a potom nám pan ředitel udělal svatbu*“.

Dle respondentů DOZP č. 2 podporuje partnerské vztahy. Dva respondenti uvádějí jako nejčastější formu podpory párovou schůzku se sexuálním důvěrníkem – R2: „*nejvíc jim pomáhaj sexuální důvěrníci, ty se s nima scházej*“. Dva respondenti uvádějí, že se spolu páry mohou oddat, pokud spolu tvoří pár déle, než pět let. Po svatbě mohou klienti DOZP začít bydlet s partnerem v chráněném bydlení – R1: „*když se někdo do pěti let nerozejde, tak můžou mít slib, který je jako svatba a pak můžou jít spolu do bytu a tam pak docházej asistenti a sexuální důvěrníci a snažej se, aby se lidi osamostatnili a když se osamostatněj, tak se ukončí asistence a pak lidé žijí sami.*“

Dle jednoho respondenta podporuje DOZP č. 3 partnerské vztahy formou chráněného bydlení – R1: „*jo, můžou spolu žít v chráněném bydlení.*“. Dva respondenti nevědí o žádných formách podpory partnerských vztahů, které by DOZP mohlo poskytovat, R2: „*nevím, ale nepomáhaj, když mám někoho rád, tak mi nepomůžou*“, R3: „*já nevím, tady není nikdo, kdo s někým chodí.*“.

#### Míra soukromí v DOZP z pohledu klientů

Respondenti uvádí, že by ocenili v DOZP č. 1 větší možnost soukromí. R1: „*moc tu pravidla nejsou, protože to vychovatelky nedodržujou, protože když mám sex s manželem, tak furt choděj do pokoje i když jim řekneme, ať tam nejdu.*“, R3: „*já si myslím,*

že tu soukromí někdy mám, ale musím si to zařídit u vychovatelek. Některý vychovatelky to nechápou, ale ty už vím, takže to dělám jindy“. R2: avizuje, že pro podporu soukromí je nutná komunikace se spolubydlícím - „Žiju s kamarádem na pokoji a když chce mít sex, tak mi to řekne, tak jdu pryč.“

Všichni respondenti uvádí, že je v DOZP č. 2 dostatek soukromí – R2: „protože když řekneme, že se chceme muchlovat, tak to oznámíme asistentům a oni sem nechodí.“

Respondenti se shodují v nedostatku soukromí pro žití sexuálního života v DOZP č. 3. – R2: „není tady místo, kde můžu dělat sex.“. Jeden respondent proto doplňuje, že pohlavní styk může realizovat v parku – R1: „ne, sex můžu mít někde v parku.“. Jeden respondent vypovídá, že si není jist, kde sexuální vyžití může realizovat, ale domnívá se, že na toaletách – R3: „já nevím, ale sex možná můžeme dělat na záchodě.“

#### Možnost využití antikoncepčních metod v DOZP

V oblasti antikoncepčních metod se respondenti z DOZP č. 1 shodují, že toto téma rozebírají nejčastěji s klíčovým pracovníkem. Všichni respondenti užívají antikoncepční metody, které jim jsou doporučovány praktickým lékařem či gynekologem – R1: „moje klíčová pracovnice mi řekla, že můžeme s manželem používat kondomy, nebo taky můžu používat prášky. Pan doktor mi doporučil prášky, takže je teď mám“.

V oblasti antikoncepce se všichni respondenti z DOZP č. 2 shodují, že se klienti nejčastěji řídí doporučením lékaře – R3: „prášky si беру, protože mi to poradil pan doktor, ale tohle bere většina ženských.“. Jeden respondent uvádí, že si může v DOZP zažádat o bariérovou antikoncepční metodu – „můžeme požádat o kondom.“.

V oblasti antikoncepčních metod dva respondenti z DOZP č. 3 vypovídají, že neznají nejnámější druhy antikoncepčních metod – R1: „existují prášky, kondomy neznám“, R2: „nevím co je to antikoncepce, ale kondom jsem už jednou viděl.“. Jeden respondent neznal účel antikoncepčních metod – R3: „já nevím, co můžeme dělat, abych nebyla těhotná.“. Žádný z respondentů nevyužívá tyto metody.

#### Pohled klientů na Sexuální asistenci

Dva ze tří respondentů z DOZP č. 1 neznali službu „Sexuální asistence“, po seznámení se službou o ni neměli zájem. Jeden respondent tuto službu zná a udává „tuhle



*službu znám a chtěl bych ji už vyzkoušet, protože jsem to ze začátku nechtěl, protože mi to přišlo zbytečný.“*

Dva respondenti z DOZP č. 2 neznali pojem „sexuální asistence“ – R1: *„nevím, co to je“*, R3: *„to jsem nikdy neslyšel“*. Po objasnění pojmu se všichni respondenti shodují na kladném přínosu služby, nicméně žádný respondent nejeví zájem o využití této služby – *„Já si myslím, že je to dobrá služba, protože když někdo nemá sex a chce ho, tak může požádat sexuální asistentku a může to vyzkoušet. Já to teda nechci zkusit.“*

Sexuální asistenci neznal žádný z respondentů z DOZP č. 3 – R1: *„to neznám“*, R2: *„já tu službu neznám“*, R3: *„já nevím, co to je.“* Dva respondenti nejeví po představení služby zájem o její využití – R2: *„nechci to dělat“*, R3: *„já nechci, já chci chodit s klukem.“* Jeden respondent má o službu zájem – *„chtěla bych to vyzkoušet.“*

#### **6.4 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ ROZHovorŮ**

Veškerá zařízení, která se zúčastnila výzkumného šetření formou rozhovorů, měla vypracovaný protokol o sexualitě a vztazích. Dvě zařízení avizují, že protokol sepisoval vedoucí sociálního úseku s ředitelem / ředitelkou DOZP. V jednom zařízení vypracoval protokol koordinátor sexuálních důvěrníků, který konzultoval obsah s pracovníky přímé péče. Všechna zařízení se shodují, že je jejich protokol o sexualitě a vztazích aktuální.

Pouze jedno zařízení má vytyčenou pracovní pozici (sexuální důvěrník) pro otázky sexuality klientů. Dvě zařízení vytyčenou pozici nemají. Ve dvou zařízeních se tedy klienti mohou svěřovat v otázkách sexuality pouze svým klíčovým pracovníkům. V zařízení, kde figurují sexuální důvěrníci, se klienti mohou svěřovat sexuálním i klíčovým důvěrníkům.

Každé zařízení edukuje své zaměstnance, ale s jiným rozsahem časové dotace. Další informativní podporu zaměstnancům zajišťuje pouze jedno zařízení formou konzultace se sexuálním důvěrníkem. Systematické vzdělávání klientů se odehrává v jednom zařízení, a tudíž klienti nejeví zájem o hlubší vzdělávání v oblasti sexuality. V dalším zařízení edukace klientů probíhá dle nutnosti v návaznosti na individuální potřeby klienta. Klienti zde vypověděli, že by měli zájem o systematictější edukaci. V posledním zařízení se edukace klientů v oblasti sexuality nerealizuje, realizována je jen v případě, kdy je nutno vysvětlit určitý koncept klientovi. Dle výpovědi sociálního pracovníka zařízení nenaráží na důvody, proč by měla být edukace u klientů v oblasti sexuality realizována. Klienti se shodují, že by

ocenili možnost vzdělávání v otázce sexuality. Pouze dvě zařízení využívají pro edukaci vzdělávací pomůcky.

V oblasti pravidel pro sexuální vyžití se ve dvou DOZP klienti shodují na pravidlech soukromí a consentu. V jednom zařízení klienti neposkytli jednotné informace, a tudíž není otázka pravidel v DOZP dostatečně dořešena. V oblasti soukromí se všichni respondenti (sociální pracovníci, koordinátor sexuálních důvěrníků) shodují na dostatečném soukromí, které DOZP poskytuje pro kvalitu sexuálního vyžití. Nicméně klienti ze dvou zařízení se na tomto výroku neshodují.

Dvě DOZP podporují klienty v seznamování, a proto nabízí možnost seznamky. Jedno zařízení tuto možnost neposkytuje. Žádné zařízení nezakazuje partnerské vztahy. Ve dvou DOZP se momentálně nachází klienti žijící v partnerském vztahu. Dále se všechna zařízení shodují, že vzniklým párům v DOZP nabízí možnost společného soužití – chráněné bydlení, společný pokoj. Dále dvě zařízení podporují partnerské vztahy formou párových konzultací.

V žádném zařízení není dostatečně vyřešena otázka sexuální asistence ve vztahu zařízení – klient. Klienti neznají tuto službu, přestože sociální pracovníci / sexuální důvěrník avizovali, že o této službě klienty informují. Pouze jeden klient měl zájem o využití této služby. Ve dvou DOZP mají klienti možnost využití antikoncepčních metod dle doporučení lékaře a dle svého úsudku. V jednom zařízení se klienti v možnostech antikoncepčních metod neorientovali.

Všetchna DOZP se shodují, že se u klientů nenachází proměna témat. Veškerá témata, která klienti řeší, jsou zařízením známá. Dvě zařízení momentálně diskutují nedořešené otázky v oblasti sexuality a partnerství v DOZP – mateřství žen s mentálním postižením v DOZP, možnost seznamování osob s mentálním postižením v DOZP. Jedno zařízení informuje, že nemají žádné nedořešené otázky týkající se sexuality svých klientů.

## **6.5 ANALÝZA PROTOKOLŮ O SEXUALITĚ A VZTAZÍCH**

Protokol o sexualitě a vztazích zkoumaného DOZP č. 1 byl vytvořen v roce 2010 a má rozsah 14 stran. DOZP č. 2 poskytlo protokol o sexualitě a vztazích pouze k nahlédnutí. Protokol o vztazích a sexualitě č. 2 má rozsah 15 stran. Dokument byl vytvořen v roce 2019

a aktualizován byl roku 2023. Protokol o sexualitě a vztazích č. 3 byl zpracován v roce 2015 a aktualizován byl v roce 2019. Rozsah tohoto dokumentu je 1 strana.

Základními tématy dvou DOZP (č. 1, č. 2) jsou: souhrn postojů, hodnot a teoreticky vypracovaných základních konceptů, které se týkají sexuality u osob s mentálním postižením. Z protokolu DOZP č. 1 vychází, že DOZP respektuje homosexuální páry a styky. Dále je respektován pohlavní styk u klientů, přestože nejsou klienti sezdáni. Tento postoj je zahrnut i v protokolu DOZP č. 2. DOZP č. 3 vymezuje své postoje na základě legislativního ukotvení (ochrana lidských práv a práv klientů), které musí DOZP dodržovat v rámci naplňování standardů kvality a zákona o sociálních službách. DOZP č. 3 ve svém protokolu dále avizuje, že respektuje právo na soukromí, intimitu a sexuální projevy. Z rozhovorů se však můžeme dozvědět, že otázka soukromí není dořešena.

DOZP č. 2 se v protokolu věnuje konkrétnímu návodu práce se sexualitou v DOZP. Dále se v dokumentu stanovují hranice, jak a za jakých okolností se může klient / zaměstnanec dotýkat zaměstnance / klienta. DOZP č. 1 se v protokolu věnuje pravidlům a hranicím, která jsou nutná pro realizaci sexuálního života v DOZP. Zařízení zde podrobně popisuje consent, ochranu, pomoc a postup při sexuálním zneužití či postup při poskytování intimní hygieny. Téma sexuálního zneužití se objevuje i v protokolu DOZP č. 3. Zaměstnanci mají povinnost všimnout si náznaků sexuálního zneužívání a poskytnutí podpory oběti. Nicméně v tomto protokolu nejsou popsány prvky, kterých by si měl zaměstnanec všimnout, či manuál pro řešení sexuálního zneužívání.

Tématu mateřství u osob s mentálním postižením v DOZP se věnují pouze protokoly č. 1 a č. 2. Oba tyto protokoly popisují nedostatečnou kapacitu pro poskytnutí prostoru a péče o matku a dítě.

Protokol DOZP č. 1 se zajímá o formy vztahů a možnou sexualitu. V protokolu jsou popsány možné formy přátelských a partnerských vztahů, které se mohou v DOZP utvořit. Protokoly č. 2, č. 3 se těmito tématům nevěnují.

V návaznosti na formy vztahu se v protokolu č. 1 popisují témata masturbace – je povolena, prostituce (provozování a užívání) – je zakázána, partnerství – je povoleno. Z rozhovoru však můžeme vyčíst, že se zařízení nebrání i jiným komerčním sexuálním službám, než je sexuální asistence. Protokol č. 2 se také věnuje tématu sexuální asistence,

kteřá je dle protokolu povolena, nicméně si službu musí klient vyhledat sám. Prostituce je výslovně zakázána. Protokol č. 3 tato témata neobsahuje.

Protokol č. 1 má detailně popsány možnosti antikoncepčních metod. Mezi možnosti spadá antikoncepce, kondomy a sterilizace (po domluvě s lékařem, opatrovníkem či se zákonným zástupcem a s podpisem informovaného souhlasu klienta). V protokolu č. 2 jsou taktéž řešena témata antikoncepční metod. Klienti jsou systematicky vzděláváni o možnostech těchto metod sexuálním důvěrníkem. Klient se může sám rozhodnout, jakou antikoncepční metodu chce využívat. Protokol č. 3 téma antikoncepčních metod nezahrnuje.

Zařízení č. 1 poskytuje dle protokolu osvětu zaměstnancům, klientům a zákonným zástupcům / opatrovníkům. Sexuální osvětu poskytuje zaměstnanec zařízení, který se specializuje na tematiku sexuality. Z rozhovorů můžeme však vyčíst, že takového zaměstnance zařízení nemá. DOZP č. 2 vytyčuje pozice, které mohou poskytovat sexuální osvětu – sexuální důvěrník, koordinátor sexuálních důvěrníků. Následně využívá zařízení v dokumentu škálu pro určení pozice / role pracovníka v DOZP v oblasti sexuality. V protokolu je detailně popsáno, kdo může v DOZP pracovat dle pozice zaměstnance na škále. V této kapitole je detailně popsána sexuální osvěta – pomůcky, frekvence, skupiny, individuální osvěta, možnosti komunikace, témata. Sexuální poradenství je možné jen individuální formou jako reakce na problematickou situaci v oblasti sexuality klienta. Tento typ služby může poskytovat pouze sexuální důvěrník či koordinátor sexuálních důvěrníků. DOZP č. 3 popisuje sexuální výchovu klientů, která probíhá individuálně na základě potřeb klienta. Toto tvrzení však nelze potvrdit kvůli rozpornosti obsahu v protokolu a v rozhovorech.

Protokol DOZP č. 1 zaručuje dostupnost protokolu o sexualitě a vztazích pro každého zaměstnance, který jej musí podepsat a dodržovat. V protokolu č. 2 se taktéž nachází i zásady práce v oblasti sexuality klientů, kterými se musí zaměstnanci řídit po podepsání protokolu. DOZP č. 3 se tomuto tématu nevěnuje.

DOZP č. 1 popisuje pravidla pro poskytování informací o postoji DOZP v oblasti sexuality a vztazích zákonným zástupcům či opatrovníkům. V protokolu č. 2 je taktéž popsáno, komu a jaké informace se poskytují v tematice sexuality v DOZP. Zařízení poskytuje informace zákonným zástupcům / opatrovníkům, klientům a zaměstnancům,

kteří musí projít základním školením a následně školením, které probíhá v DOZP na tematiku sexuality u osob s mentálním postižením. Protokol č. 3 v sobě nemá zahrnuto toto téma.

Protokol č. 1 jako jediný obsahuje souhrn předešlého textu a tím pádem tvoří zkrácenou formu protokolu o sexualitě a vztazích.

Zařízení č. 3 se věnuje tématice vedení týmu. V protokolu DOZP popisuje možnost odborné a metodické pomoci zaměstnancům. Tato podpora je formou supervizí a možností zapůjčení odborných publikací v DOZP či absolvování vzdělávacích seminářů na téma sexuality u osob s mentálním postižením.

## **6.6 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY PROTOKOLŮ O SEXUALITĚ A VZTAZÍCH**

Všechna zkoumaná zařízení měla vypracovaný protokol o sexualitě a vztazích, který nebyl starší roku 2010. Protokoly se lišily v rozsahu a podrobných popisech témat. Dvě zařízení měla zpracované podobné koncepty. Jeden protokol o sexualitě a vztazích byl sepsán velmi obecně a nezahrnoval mnoho stěžejních témat. V každém protokolu se zařízení vyjádřilo o svém postoji či k hodnotám DOZP k tématu sexuality. Dva protokoly měly vypracované teoretické koncepty, z nichž vychází postoje a návod pro práci se sexualitou. Všechna zařízení ve svém protokolu rozebírají téma sexuální osvěty v rovině zaměstnanců, klientů, opatrovníků / zákonných zástupců. Dva protokoly v sobě nesou návody pro své zaměstnance při práci s klienty a téma antikoncepčních metod. Dále se dvě zařízení aktivně zajímají o téma vztahů. Některé části textu (přítomnost sexuálního důvěrníka, soukromí, sexuální výchova) jsou v nesouladu či dokonce v rozporu s rozhovory s pracovníky a s klienty DOZP.

## **6.7 SHRNUÍ VÝZKUMU**

Co se týče edukace, podpory a přípravy personálu, lze usuzovat, že většina respondentů měla možnost (které také využila) určité vzdělávací akce v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením. Dva respondenti vypovídají, že nemají možnost využití vzdělávacích akcí na téma sexuality osob s mentálním postižením. Všichni respondenti se shodují, že by se zaměstnanci DOZP měli vzdělávat v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením. Počet proškolených pracovníků v této problematice je v každém DOZP rozdílný, ale vždy se v zařízení nachází alespoň jeden pracovník. Z dotazníkového šetření lze vyčíst, že respondenti pojali otázku počtu zaměstnanců systematicky proškolených pro tuto oblast

odlišně. Někteří respondenti zahrnují do systematického proškolení základní kurz stanovený zákonem, jiní toto pojali jako další / hlubší vzdělávání. V rozhovorech jedno zařízení avizuje, že pořádá vlastní edukační kurzy, které musí splnit každý pracovník přímé péče.

Tématu sexuality se mohou zaměstnanci nejčastěji věnovat v rámci porad, běžných konverzací s klienty, v rámci supervizí, v materiálech a dokumentaci DOZP, v konverzacích s pracovníky DOZP a při rozhovorech s rodinnými příslušníky.

Protokol o sexualitě a vztazích má vypracováno šest zařízení. Většina respondentů, kteří potvrdili přítomnost protokolu, udává, že je protokol přínosný pro svou jasně danou metodiku a pro sepsání postojů zařízení k otázkám sexuality. Tyto aspekty lze považovat jako podporu, přípravu personálu pro práci se sexualitou. Jedno zařízení udává, že protokol o sexualitě není přínosný, ale je vnímán spíše jako formalita. Většina respondentů měla možnost zapojit se do tvorby tohoto dokumentu. Z rozhovorů vyplývá, že se tvorby nejčastěji zúčastnili sociální pracovníci, sexuální důvěrníci, ředitel, vedoucí sociálního úseku. Pouze v jednom zařízení mohli do obsahu zasahovat všichni pracovníci přímé péče. Toto není nejvhodnější řešení dle Venglářové a Eisnera (2013), kteří avizují, jak je důležitá možnost všech pracovníků DOZP zapojit se do tvorby dokumentu. Polovina respondentů si myslí, že jsou v protokolu obsažena všechna témata a situace, která mohou být v DOZP řešena. Obsah dokumentů o sexualitě a vztazích je ve všech zařízeních odlišný. Z tohoto můžeme hodnotit, že si zařízení vytvářejí vlastní protokol na míru. Dále se obsah protokolu od výpovědí respondentů občasně liší, z čehož můžeme usoudit, že některé protokoly nejsou již aktuální, či nejsou dostatečně povědomé všem pracovníkům DOZP.

Rozsah edukace a podpory u osob s mentálním postižením v DOZP se značně liší. Většina zařízení v Praze vzdělává své klienty alespoň jednou do roka. Většina DOZP pro edukaci svých klientů využívá brožury od SPMPČR ve formě snadného čtení, případně různá edukační videa. V některých zařízeních se klientům sexuální výchovy nedostává, přestože většina klientů z těchto zařízení vypověděla, že by o tento typ vzdělávání měla zájem. V těchto zařízeních se klienti DOZP dostanou k informacím o sexualitě až prostřednictvím problémů a neshod, které vyhodnocují zaměstnanci DOZP. Tyto neshody a problémy by nemusely vznikat, kdyby zařízení své klienty systematicky vzdělávalo dle doporučení Valenty a Müllera (2007), kteří avizují, že nevzdělávání klientů v této problematice je

nebezpečné. Naopak v zařízeních, které systematicky edukuje své klienty prostřednictvím pohlavně homogenních i individuálních schůzek, se klienti shodují, že již žádnou rozsáhlejší / hlubší edukaci nevyžadují. Neposkytování sexuální výchovy je zároveň porušení těchto právních závazků (viz. kap. 2): Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, deklarace sexuálních práv, deklarace práv mentálně postižených osob, charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF.

Většina respondentů z výběrové skupiny avizuje, že klienti mají možnost svěřit se v otázkách sexuality určenému pracovníkovi. V zařízeních, kde figurují sexuální důvěrníci, se mohou klienti svěřit sexuálním důvěrníkům či svým klíčovým pracovníkům. Protokol o sexualitě a vztazích vymezuje tematiku, kterou je možné řešit s klíčovým pracovníkem, a kterou je již nutné řešit se sexuálním důvěrníkem. V zařízení, které nemá sexuálního důvěrníka, je respondenty označován klíčový pracovník, jakožto osoba, které se mohou v této otázce svěřit. V jednom zařízení respondenti neoznačili žádného zaměstnance za důvěryhodného pro tento typ konverzace.

Většina respondentů dále informuje, že se klienti zajímají o pravidla, která jsou nastavena pro žití sexuálního života v rámci DOZP. Většina těchto zařízení má jako základní pravidla soukromí a consent. Otázka soukromí je otázkou, která se velmi lišila ve výrocích zaměstnanců a klientů. Pouze v jednom zařízení se respondenti shodují v dostatku soukromí pro prožívání sexuálního života. Dvě zařízení nemají toto téma dostatečně uchopené, jelikož se zaměstnanci domnívají, že soukromí poskytují, ale výpovědi klientů poukazují na opak. V jednom zařízení neznají klienti pravidla pro sexuální život v DOZP, přestože jsou pravidla důležitá pro bezpečnost a utvoření bezpečných hranic. Nejčastěji klienti využívají pokojů a koupelen, jakožto bezpečný prostor pro sexuální vyžití.

Většina DOZP v Praze podporuje partnerské vztahy i s ohledem na sexuální život. Zařízení partnerské vztahy podporuje formou konzultací např. při řešení sporů či jiných témat. Dále je možnost poskytnout společné spoužití – nejčastěji formou chráněného bydlení či spolubydlení na pokojí. Dále se dvě zařízení shodují na možnosti využití seznamky pro seznamování se s potenciálním partnerem. Klienti jednoho zařízení avizují, že nemají možnost seznamovat se mimo DOZP.

Nejčastěji využívaná možnost antikoncepční metody je hormonální antikoncepce, kterou může klient užívat na doporučení lékaře. Dále jsou méně časté kondomy. Dvě

zařízení avizují, že nenabízí možnost antikoncepčních metod. Důvodem může být neproduktivní věk klientů, jak je vidno v dotazníkovém šetření.

Službu sexuální asistence podporuje většina respondentů. Respondenti, kteří podporují tuto službu, dále informují své klienty o této službě. V rozhovorech je však vidno, že většina klientů tuto službu nezná. Jedno zařízení informuje, že tuto službu nabízí jen někomu, což je problematický výrok. Dále se jedno zařízení domnívá, že poskytnutí kontaktu nemůže poskytnout DOZP, ale kontakt musí být nalezen klientem. Z tohoto lze usuzovat, že otázka sexuální asistence je pro DOZP v Praze stále postojově neustálena.

Z výzkumného šetření lze vyhodnotit, že každé DOZP má vlastní postoj / přístup k sexualitě, a tudíž nelze generalizovat a definovat jednotný postoj či práci s touto problematikou. Ve výzkumném šetření si můžeme všimnout neshodných výpovědí v konkrétních zařízeních ve vztahu klient – klient, zaměstnanec – klient / klienti či zaměstnanec – klient – protokol o sexualitě a vztazích. Jak je již avizováno výše ve shrnutí jednotlivých rozhovorů, dotazníků a protokolů, lze soudit, že problematika přístupu k sexualitě u osob s mentálním postižením v DOZP v Praze není stále optimální. Toto může být způsobeno citlivostí / choulostivostí tématu, ale i nedostatkem odborné literatury a odborné diskuse v ČR.

Tato bakalářská práce má své určité limity, které nelze opomenout. Výsledky této práce nemůžeme generalizovat, jelikož není sesbírán a vyhodnocen dostatečný počet dat na vyhodnocení celkového postoje / přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením v DOZP Praze. Dále se práce nezaměřuje i na další specifická témata, která ovlivňují přístup k sexualitě.

## **6.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Pro zlepšení přístupů k sexualitě u osob s mentálním postižením v DOZP je vhodné zamyslet se nad možnými opatřeními. Tato opatření jsou sepsána v kontextu odborné literatury, ze které vychází teoretická část bakalářské práce.

Osvětu považuji za oblast, kterou je nutné stále zdokonalovat, jelikož tvoří respektující přístup k osobám s mentálním postižením v kontextu sexuality. Osvěta by měla být poskytnuta v kvalitní formě všem zaměstnancům DOZP. Informace z osvěty slouží jako podpora zaměstnanců i klientů. Pro zlepšování kvality života osob s mentálním postižením



žijících v DOZP je nutné dodržovat právní závazky, které formulují ideální přístupnost informací (v tématice sexuality) pro tyto osoby. Klienti by měli být systematicky vzděláváni v tématice sexuality a partnerství. Aby mohli klienti dostávat informace a odpovědi na případné dotazy skutečně pravdivé a kvalitní, je nutno předpokládat, že se v zařízeních budou vyskytovat edukované osoby v tématu sexuality. Doporučením je tedy přítomnost sexuálních důvěrníků v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Praze. Klienti tak mohou tato choulostivá témata probírat skutečně s profesionálem v důvěrném prostoru. Téma ovlivňující kvalitu života osob s mentálním postižením žijících v pobytových zařízeních, které je nutno diskutovat, je soukromí pro prožívání kvalitního sexuálního života. Výsledky výzkumu poukazují na odlišné názory v oblasti soukromí ve vztahu klienti – zaměstnanec. Proto doporučuji, aby se o tématu soukromí diskutovalo přímo s klienty, kteří situaci vnímají autenticky z pozice osoby žijící v konkrétním DOZP.

Pro jednotný přístup zařízení je vhodné, aby se na protokolech o sexualitě a vztazích podíleli všichni pracovníci DOZP. Tento protokol neslouží jen jako manuál, ale i jako popis postoje / přístupu zařízení k otázkám sexuality. Pracovníci by měli mít možnost sdělit své postoje / vize, své obavy a své zkušenosti, ze kterých by měl protokol následně vycházet. Dále doporučuji, aby zařízení zveřejňovala svůj protokol na webové stránky, aby měli zákonní zástupci a opatrovníci informace o přístupu k sexualitě v zařízení. Protokol by se měl vždy aktualizovat po změně přístupu ke konkrétní otázce, či při změně personálních, materiálních a prostorových možností, které zasahují do otázky sexuality.

Pro objektivní pohled a možný posun Domovů pro osoby se zdravotním postižením v Praze v oblasti přístupu k sexualitě doporučuji sdílení příkladů dobré praxe. Tímto mohou DOZP objevovat nová témata, která mohou diskutovat a nastavit k nim svůj přístup / postoj.

Posledním bodem doporučuji rozšířit odbornou diskusi v tématice sexuality u osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních. Odborné literatury / diskuse je ve veřejném prostoru nedostatek. Informovanost v této tématice boří předsudky a nepřímo zkvalitňuje životy osob s mentálním postižením.

## ZÁVĚR

Sexualita je základním lidským pudem, který je nutno naplňovat dle potřeb jedince. Naplnění sexuálního pudu dává osobě pocity štěstí a zkvalitňuje tím i její život. Dle právní legislativy mají osoby s mentálním postižením plné právo na sexuální vyžití a sexuální výchovu. Tato bakalářská práce zkoumala přístup Domovů pro osoby se zdravotním postižením v Praze a v jejích okresech – Praha Východ, Praha Západ.

Teoretická část se věnovala základním konceptům, jež byly čerpány z odborné literatury. Tyto koncepty můžeme popsat jako roviny teoretických východisek pro vhodné uchopení bakalářské práce. První rovina se zajímala o definování mentálního postižení a definování modelů přístupů k osobám s (mentálním) postižením. Druhá rovina se věnovala konceptu kvality života u osob s mentálním postižením. Třetí rovina se zajímala o téma sexuality u osob s mentálním postižením, kde jsem se zaměřila i na legislativní ukotvení sexuality osob s mentálním postižením. Poslední teoretická rovina se věnovala přístupu k sexualitě u osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních.

Výzkumné šetření bylo provedeno formou smíšeného výzkumu. Využité metody byly: dotazníkové šetření, polostrukturované rozhovory, analýza protokolů o sexualitě a vztazích. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že problematika přístupu k sexualitě je mnohem komplexnější. Každé zařízení přistupuje k sexualitě u osob s mentálním postižením odlišně. Oblast edukace je velmi rozličná. Některá zařízení neposkytují systematickou sexuální výchovu, některá zařízení poskytují sexuální výchovu každý měsíc. Většina zařízení má vypracovaný protokol o sexualitě a vztazích, nicméně některé protokoly nejsou zhotoveny dle ideálních představ pracovníků či již nejsou aktuální. Všechna zařízení se shodují, že je stěžejní, aby se zaměstnanci školili v problematice sexuality u osob s mentálním postižením. Jak již bylo avizováno, přístupy DOZP v Praze k problematice sexuality jsou velmi diverzní.

## RESUMÉ

Sexualita u osob s mentálním postižením je konceptem kvality života řešených osob. Domovy pro osoby se zdravotním postižením musí na tuto pudovou potřebu reagovat svými přístupy.

Práce je koncipována do dvou částí – teoretické a praktické. První část obsahuje teoretické koncepty k oblastem mentálního postižení, kvality života u osob s (mentálním) postižením, oblast sexuality u osob s mentálním postižením, legislativní ukotvení sexuality u osob s mentálním postižením a přístupy pobytových zařízení k této problematice.

Výzkumná část je zpracována dle výzkumného šetření. Toto šetření bylo realizováno dle smíšeného výzkumu. Použité metody tvořily výzkumnou triangulaci. Využito bylo dotazníkového šetření, jež bylo rozesláno veškerým Domovům pro osoby se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy a jejím okresům – Praha Východ, Praha – Západ. Dále bylo využito ve třech zařízeních polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky, kteří se věnují problematice sexuality u osob s mentálním postižením. Dotazníkové šetření bylo realizováno i s klienty těchto třech zařízení. Poslední využitou metodou byla analýza protokolů o sexualitě a vztazích v již zmíněných třech zařízeních.

Z výzkumného šetření vychází, že přístup k sexualitě osob s mentálním postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Praze je nejednotný. Každé zařízení má vlastní jedinečný přístup k této problematice.

### Resumé

Sexuality in persons with intellectual disability is a quality of life concept addressed. Homes for people with disability must respond to this urge with their approaches.

The thesis is designed in two parts - theoretical and practical part. The first part contains theoretical concepts on the areas of intellectual disability, quality of life for persons with (intellectual) disability, the legislative anchoring of sexuality in persons with intellectual disability, the area of sexuality in persons with intellectual disability and the approaches of residential institutions to this issue.

The research part is prepared according to the research survey. This investigation was carried out according to mixed research. The methods used formed a research triangulation. A questionnaire survey was used, which was sent out to all institutional care in the territory of the capital city of Prague and its districts - Prague East, Prague West. In addition, semi-structured interviews with workers who deal with the issue of sexuality among people with intellectual disability were used in three institutions. Questionnaire surveys were also conducted with clients in these three facilities. The last method used was the analysis of protocols on sexuality and relationships in the three facilities already mentioned.

The research shows that the approach to sexuality of people with intellectual disability in the Homes for Persons with Disabilities in Prague is inconsistent. Each institutions has its own unique approach to this issue.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ALIANCE PRO INDIVIDUALIZOVANOU PODPORU, 2021. *Česko konečně ratifikovalo Opční protokol k Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením. 14 let po jeho podpisu* [online]. [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://aipp.cz/cesko-konecne-ratifikovalo-opcni-protokol-k-umluve-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim-14-let-po-jeho-podpisu/>
- 2) BARTOŇOVÁ, Miroslava, Marie VÍTKOVÁ, 2016. *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy: Texty k distančnímu vzdělávání*. Paido. ISBN 978-80-7315-255-0.
- 3) BROWN, Lydia, 2023. *Identity-First Language. ASAN: Autistic self advocacy network* [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/>
- 4) BUNTINX, Wil H. E. a Robert L. SCHALOCK, 2010. *Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability* [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x>
- 5) ČERMÁKOVÁ, Kristýna, Markéta HOLEČKOVÁ a MPSV, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele: Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb* [online]. [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4\\_vkladovy\\_sbornik.pdf/fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vkladovy_sbornik.pdf/fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9)
- 6) ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie*. Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
- 7) DECLARATION ON THE RIGHTS OF MENTALLY RETARDED PERSONS, 1971. [online]. [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/res2856.pdf>
- 8) EISNER, Petr a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Portál. ISBN 978-80-262-0373-5.
- 9) FINKELSTEIN, Vic, 2007. *The 'Social Model of Disability' and the Disability Movement* [online]. [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp->

[content/uploads/sites/40/library/finkelstein-The-Social-Model-of-Disability-and-the-Disability-Movement.pdf](https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence#co%20je%20sa)

- 10) FREYA, n.d. *O sexuální asistenci. Freya* [online]. [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence#co%20je%20sa>
- 11) GAVORA, Petr, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- 12) GAVORA, Petr, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- 13) HAMPL, Igor, 2010. *Kvalita života osob s mentálním postihnutím v domovech sociálních služeb: Sexualita jako faktor ovlivňující kvalitu života osob s postižením* [online]. [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: [https://www.prohuman.sk/files/Zbornik\\_Kvalita\\_zivota\\_osob\\_s\\_mentalnym\\_postuhnuti\\_m\\_v%20DSS\\_2010.pdf](https://www.prohuman.sk/files/Zbornik_Kvalita_zivota_osob_s_mentalnym_postuhnuti_m_v%20DSS_2010.pdf)
- 14) INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 2003. *IPPF Charter guidelines on sexual and reproductive rights* [online]. [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_charter\\_on\\_sexual\\_and\\_reproductive\\_rights\\_guidelines.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_charter_on_sexual_and_reproductive_rights_guidelines.pdf)
- 15) ISLAND SEXUAL HEALTH, 2023. *Declaration of Sexual Rights* [online]. [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.islandsexualhealth.org/sexual-identity/sexual-rights/>
- 16) JOHNOVÁ, Milena, 2006. *Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče*. [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.rezidencnipecz.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>
- 17) LIBERDOVÁ, Eva, 2011. *Zdravotní postižení a jeho modely se zaměřením na sluchové postižení. Fórum sociální politiky* [online], [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://www.rilsa.cz/clanek/zdravotni-postizeni-a-jeho-modely-se-zamerenim-na-sluchove-postizeni/>
- 18) LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, Stanislava, 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Portál. ISBN 978-80-262-0502-9.
- 19) MELLAN, J, 2004. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. In Sexualita mentálně postižených*. Orfeus. ISBN 80-903519-0-5.
- 20) MITLÖHNER, Miroslav, 2004. *Právní problematika sexuality mentálně postižených osob. In Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Orfeus. ISBN 80-903519-0-5.

- 21) MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*: desátá revize [on-line]. [cit. 11. 1. 2023]. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
- 22) OSN, 13.12. 2006, *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [on-line]. [cit. 16. 3. 2023]. Dostupné z WWW: <https://umluva.cz/wp-content/uploads/2022/10/000126.pdf>
- 23) PETLANOVÁ ZACHYOVÁ, Věra, 2022. *Jak na sexuální výchovu u dětí a dospívajících s PAS*. Pasparta. ISBN 978-80-88429-34-0.
- 24) SELIKOWITZ, Mark, 2005. *Downův syndrom*. Portál. ISBN 80-7178-973-9.
- 25) SHAKESPEARE, Tom, 2004. *Social models of disability and other life strategies* [online]. [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <file:///C:/Users/scmma/Downloads/151-526-1-SM.pdf>
- 26) SKUTIL, Martin, 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
- 27) SLOWÍK, Josef, 2021. *Speciální pedagogika - 2. aktualizované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-0095-8
- 28) SLOWÍK, Josef, 2022. *Inkluzivní speciální pedagogika*. Grada. ISBN 978-80-271-3010
- 29) SOBEK, Jiří, 2007. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Portus. ISBN 978-80-239-9400-1
- 30) ŠIŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Karolinum. ISBN 80-246-0992-4
- 31) ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ, 2016. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024450254.
- 32) ŠTĚRBOVÁ, Dana, 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1689-2.
- 33) VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol., 2018. *Mentální postižení*. Grada. ISBN 978-80-271-0378-2
- 34) VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2007. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Parta. ISBN 978-80-7320-099-2.
- 35) VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2009. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.
- 36) VALENTA, Milan, 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.

- 37) VERDUGO, M.A., NAVAS, P., GÓMEZ, L.E., SCHALOCK, 2012. *The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research.* [online]. [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01585.x>
- 38) WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH, 1999. *Declaration of Sexual Rights* [online]. [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf>
- 39) Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách* In: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 16. 3. 2023]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006)



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Věk respondentů.....	33
Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	33
Graf č. 3: Délka působení v DOZP .....	34
Graf č. 4: Frekvence vzdělávacích akcí v oblasti sexuality pro osoby s mentálním postižením v DOZP.....	34
Graf č. 5: Názor respondenta na ideální vzdělávání osob s mentálním postižením v rámci sexuality .....	35
Graf č. 6: Pracovní pozice vzdělávající osoby s mentálním postižením v oblasti sexuality v DOZP .....	35
Graf č. 7: Využívání vzdělávacích pomůcek pro edukaci klientů .....	36
Graf č. 8: Možnost využití vzdělávací akce pro zaměstnance na téma edukace osob s mentálním postižením v oblasti sexuality .....	36
Graf č. 9: Důraz DOZP na tematiku sexuality.....	37
Graf č. 10: Prostor pro řešení sexuality v rámci DOZP .....	38
Graf č. 11: Přítomnost protokolu o sexualitě a vztazích v DOZP .....	38
Graf č. 12: Názor na detailnost protokolu o sexualitě a vztazích v DOZP .....	39
Graf č. 13: Možná účast respondenta na tvorbě protokolu o sexualitě a vztazích.....	40
Graf č. 14: Dotazování klientů v oblasti pravidel sexuality v DOZP .....	40
Graf č. 15: Postoj DOZP k Sexuální asistenci .....	41
Graf č. 16: Poskytování informací klientům o Službě sexuální asistence v DOZP .....	41
Graf č. 17: Podpora partnerských vztahů v DOZP .....	42

# PŘÍLOHA Č. 1

Ukázka dotazníku:

1) Jste:

- Muž
- Žena

2) Do jaké věkové skupiny patříte?

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

3) Vaše maximální dosažené vzdělání je:

- Základní vzdělání
- Střední vzdělání bez zakončení s maturitní zkouškou
- Střední vzdělání se zakončením s maturitní zkouškou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání (Bc.)
- Vysokoškolské vzdělání (Mgr.)

4) Jak dlouho působíte ve Vašem DOZP?

- Do 3 let
- 4 – 5 let
- 5 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 41 let
- 41 let a více

5) Myslíte, že mají osoby s mentálním postižením právo na sexuální život?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano
- Ne
- Možnost rozepsané odpovědi

6) Pořádá Vaše DOZP nějaké vzdělávací akce v oblasti sexuality pro osoby s mentálním postižením? Pokud ano, jak často?

- Méně než jednou za rok
- Jednou za rok
- Více, než jednou za rok

7) Kdo si myslíte, že by měl vzdělávat osoby s mentálním postižením v oblasti sexuality?

*(máte možnost vybrat libovolný počet možností)*

- Rodina
- Škola
- Pracovník DOZP vyškolen v této oblasti
- Jakýkoli pracovník DOZP
- Osoby s mentálním postižením by neměli být vzděláváni v této oblasti
- Jiná...

8) Mezi kompetence, které pracovní pozice ve Vašem DOZP patří vzdělávání klientů v oblasti sexuality?

- Sociální pracovník
- Sexuální důvěrník
- Pracovník přímé péče proškolen pro tuto oblast
- Pracovník přímé péče
- Jiná...

9) Využívá Vaše DOZP nějaké vzdělávací pomůcky pro edukaci klientů v oblasti sexuality?

*(pokud využívá, můžete napsat příklady pomůcek)*

- Ano, využívá
- Ne, nevyužívá
- Výčet pomůcek

10) Máte možnost využít vzdělávací akce na téma edukace v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením a popř. využil / a jste někdy tuto možnost?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano a využil / a jsem této možnosti
- Ano, ale nevyužil / a jsem
- Ne, ale chtěl / a bych
- Ne a nemám zájem
- Možnost rozepsané odpovědi

11) Myslíte si, že je důležité, aby se pracovníci DOZP vzdělávali v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano
- Ne
- Možnost rozepsané odpovědi

12) Kolik Vašich pracovníků v DOZP je systematicky proškolen v této oblasti (např. dlouhodobé školení zakončeno certifikátem)?

- Nemám tyto informace
- Žádný
- (přesná číselná odpověď)

13) Jak moc si myslíte, že Vaše DOZP klade důraz na otázku sexuality u osob s mentálním postižením ve Vašem zařízení?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

14) Tomuto tématu věnujete prostor v rámci:

*(vyberte libovolný počet možností)*

- Běžných rozhovorů mezi pracovníky
- Běžné komunikace s klienty
- Rozhovorů s rodinnými příslušníky
- Materiálů a dokumentace zařízení
- Supervizí
- Porad

- Jiná...

15) Má Vaše zařízení vypracovaný protokol o sexualitě a vztazích?

- Ano
- Ne

16) Myslíte si, že tento dokument zachycuje všechny reálné situace v této oblasti, které mohou v DOZP nastat?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano
- Ne
- Rozepsaná odpověď

17) Proč je podle Vašeho názoru tento dokument užitečný? V čem je pro Vás přínosný?

18) Mohl / a jste se na tvorbě tohoto dokumentu zúčastnit a popř. zúčastnil / a jste se?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano a zúčastnil / a jsem se
- Ano, ale nezúčastnil / a jsem se
- Ne, ale mám zájem
- Ne a nemám zájem
- Rozepsaná odpověď

19) Dotazují se u Vás klienti ohledně pravidel sexuálního života v rámci DOZP (popř. koho)?

*(pokud ano, nepiště pozici)*

- Ano
- Ne
- Pozice

20) Podporuje Vaše zařízení službu sexuální asistence?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano
- Ne
- Možnost rozepsat odpověď

21) Informujete klienty o službě sexuální asistence a popř. poskytujete na tuto službu kontakt?

- Ano
- Ne

22) Podporuje Vaše zařízení partnerské vztahy i s ohledem na sexuální život?

*(Vyberte jednu odpověď a popř. rozepište)*

- Ano
- Ne
- Možnost rozepsat odpověď

23) Je ve Vašem DOZP vytyčené bezpečné místo pro naplňování sexuálních potřeb klientů (popř. jaké)?

24) Nabízí Vaše zařízení klientům nějaké možnosti antikoncepce (popř. jaké)?

25) Myslíte si, že má Vaše zařízení ještě nějaké nedořešené otázky v této oblasti (popř. které)?

26) Měl / a byste zájem nadále se mnou spolupracovat v rámci rozhovorů do mého výzkumu? – pokud ano, napište prosím Váš e-mail či telefonní číslo