



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Řešení sexuality osob se zdravotním postižením  
z pohledu sociálních pracovníků

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: SOCIÁLNÍ PRÁCE

**Autor:** Natálie Michala Wolfová

**Vedoucí práce:** Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D.

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Řešení sexuality osob se zdravotním postižením z pohledu sociálních pracovníků*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 4. 2024

.....  
*Natálie Michala Wolfová*

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji za veškerou ochotu, připomínky, cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Mé velké díky patří dále informantům, kteří se podíleli na realizaci výzkumné části mé bakalářské práce. Z celého srdce děkuji za podporu při studiu mé rodině a blízkým.

# **Řešení sexuality osob se zdravotním postižením z pohledu sociálních pracovníků**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá tématem sexuality u osob se zdravotním postižením.

Hlavním cílem této práce bylo popsat zkušenosti sociálních pracovníků s řešením sexuality u osob se zdravotním postižením, které žijí v pobytových zařízeních. Dílčím cílem práce bylo zjistit postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativní výzkumnou strategií. Sběr dat byl uskutečněn polostrukturovaným rozhovorem. Pro výzkumné šetření byli záměrným výběrem voleni sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových službách s osobami se zdravotním postižením. Získaná data byla zpracována prostřednictvím kódování a následně rozřazena do kategorií a podkategorií.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že osoby se zdravotním postižením svou sexualitu aktivně prožívají. Jedním z ukazatelů prožívání sexuality může být náklonost k ostatním. Dále dotyky, objetí či letmé polibky. Sociální pracovníci a organizace, ve kterých působí, se k tématu sexuality klientů staví přívětivě. Osobám se zdravotním postižením je poskytován svobodný prostor. Organizace klientům umožňuje soukromí při naplňování jejich sexuálních potřeb. Klienti mohou o své sexualitě otevřeně komunikovat. Na základě teoretických informací a zkušeností s vyjadřováním sexuality klientů jsou zpracovány metodiky, podle kterých pobytová zařízení jednají.

V rámci propagace a rozvoje tematiky sexuality by poznatky z bakalářské práce mohly pomoci poskytovatelům sociálních služeb při zlepšování kvality života osob se zdravotním postižením v oblasti sexuality.

## **Klíčová slova**

Sexualita; osoby se zdravotním postižením; zdravotní postižení; sociální práce; sociální pracovník; pobytová zařízení

# **Addressing the sexuality of people with disabilities from the perspective of social workers**

## **Abstract**

This bachelor's thesis explores the topic of sexuality by persons with disabilities.

The main aim of this thesis was to describe the experience that social workers have when dealing with sexuality by persons with disabilities, who live in residential facilities. A partial aim of the thesis was to discover the attitude of social workers to the issues with sexuality by persons with disabilities.

The practical part of this bachelor's thesis was realized with qualitative research. The collection of the data was performed with semi-structured interviews. Social workers, who work in residential facilities with persons with disabilities, were selected intentionally for the research. The collected data were processed using coding and subsequently divided into categories and subcategories.

It was discovered from the research that persons with disabilities experience their sexuality actively. One of the indicators of experiencing sexuality may be affection for others. Also touches, hugs, or passing kisses. Social workers and organisations, in which they work, have a favourable attitude towards the topic of sexuality of their clients. A free space is provided to the disabled. The organisation enables privacy to its clients when meeting their sexual needs. The clients may openly communicate about their sexuality. There are some methods made, which are based on the theoretical information and experience with expressing clients' sexuality according to which the residential facilities act.

Within the promotion and development of themes of sexuality, the knowledge in this bachelor's thesis could help the providers of social services in the process of improving the quality of life of persons with disabilities in the area of sexuality.

## **Key words**

Sexuality; people with disabilities; disability; social work; social worker; residential facilities

## Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická práce .....	9
1.1 Vymezení pojmu sexualita .....	9
1.1.1 Funkce sexuality .....	9
1.1.2 Sexualita a lidská práva .....	9
1.2 Sexualita osob se zdravotním postižením .....	10
1.2.1 Sexualita osob s mentálním postižením.....	10
1.2.2 Sexualita osob s fyzickým postižením.....	11
1.2.3 Sexualita osob s poruchou autistického spektra .....	11
1.3 Partnerství osob se zdravotním postižením .....	12
1.4 Sexuální výchova.....	12
1.4.1 Sexuální výchova u osob se zdravotním postižením .....	13
1.4.2 Užívání antikoncepce ženami se zdravotním postižením .....	14
1.5 Sexuální asistence .....	15
1.5.1 Sexuální asistent a sexuální důvěrník .....	15
1.6 Pojem zdravotní postižení.....	16
1.7 Kategorizace zdravotního postižení.....	17
1.7.1 Mentální postižení.....	17
1.7.2 Porucha autistického spektra .....	20
1.7.3 Tělesné postižení.....	21
1.7.4 Duševní postižení.....	22
1.8 Sociální práce.....	23
1.9 Sociální pracovník .....	24
1.9.1 Sociální pracovník a vzdělání .....	24
1.9.2 Sebezkušenostní výcvik v oblasti sexuality .....	25
1.10 Pobytová zařízení.....	25

1.10.1	Druhy pobytových zařízení.....	25
2	Cíl a výzkumné otázky .....	28
2.1	Cíl výzkumu.....	28
2.2	Výzkumná otázka .....	28
3	Metodika .....	29
3.1	Metodika a techniky výzkumu.....	29
3.2	Polostrukturované rozhovory.....	29
3.3	Výzkumný soubor.....	30
3.4	Realizace výzkumu .....	30
3.5	Zpracování získaných dat .....	31
3.6	Etika výzkumu .....	31
4	Výsledky výzkumu .....	33
4.1	Identifikační údaje komunikačních partnerů .....	33
4.2	Interpretace výsledků výzkumu .....	34
4.2.1	Kategorie 1: Sexualita osob se zdravotním postižením .....	34
4.2.2	Kategorie 2: Postavení organizací .....	39
4.2.3	Kategorie 3: Postoje sociálních pracovníků.....	44
4.2.4	Kategorie 4: Přístup rodičů/zákonných zástupců k sexualitě .....	50
5	Diskuse.....	53
6	Závěr .....	58
7	Seznam použitých zdrojů.....	60
8	Seznam příloh .....	68
9	Seznam obrázků a tabulek .....	69
10	Seznam použitých zkratk.....	70

## Úvod

Sexualita je přirozená. Je to jedna ze základních potřeb a je součástí všech lidských bytostí. Lidé se přirozeně rodí s potřebou uspokojit své sexuální pudy, ale každý na jiném stupni intenzity. Osoby se zdravotním postižením jsou v této tématice ochuzeni o možnosti se seznámit s osobou druhého pohlaví a prožívat přirozené vztahy. Dlouhodobé setrvání v pobytových zařízeních situaci osob se zdravotním postižením příliš nezlehčuje. Ignorování tohoto tématu se může projevat frustrací či agresivním jednáním. Je proto důležité neopomíjet tuto problematiku a stavět se k ní zodpovědně.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou řešení sexuality osob se zdravotním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových zařízeních. V teoretické části bakalářské práce je vymezen pojem sexualita, partnerství, sexuální výchova. Dále jsou popsány antikoncepční metody u osob se zdravotním postižením a sexuální asistenci. V další části jsou vyobrazeny druhy zdravotního postižení, mezi které patří postižení mentální, tělesné, duševní a porucha autistického spektra. Závěr teoretické části je věnován sociální práci, vzdělání sociálních pracovníků a možnosti pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením. K realizaci praktické části byly využity rozhovory se sociálními pracovníky, kteří působí v pobytových zařízeních. Pomocí rozhovorů jsou zmapovány jejich názory a postoje k řešení sexuality u osob se zdravotním postižením.

Toto téma bylo z mé strany zvoleno, protože naplňování základních potřeb je pro každého člověka přirozenou a nedílnou součástí. Všichni lidé by měli mít stejné možnosti. U osob se zdravotním postižením bývala podle mého názoru tato tematika v předchozích letech tabu. V této době si myslím, že je toto téma více aktuální, protože společnost usiluje o rovnocenná práva všech osob bez rozdílu. Mým motivem v této bakalářské práci bylo zjistit, jak se tato problematika řeší z hlediska praxe.

Cílem bakalářské práce je popsat zkušenosti sociálních pracovníků s řešením sexuality osob se zdravotním postižením, které se nacházejí v pobytovém zařízení. Dílčím cílem je zjistit postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením.



# 1 Teoretická práce

## 1.1 Vymezení pojmu sexualita

Lidská sexualita je vnímána jako základní část identity jedince, která může ovlivnit celkové fungování a sexuální chování člověka (Ventriglio a Bhugra, 2019). Člověk je sexuální bytost a na sexualitu můžeme pohlížet jako na přirozený prvek, který je součástí lidského života. Základem sexuality je biologický pud a struktura a činnost těla, která jsou předpokladem pro sexuální fungování. Sexualita má velice složitý charakter, a kromě složky tělesné, obsahuje také složku duševní a sociální (Orel, 2020). Lidská sexualita je jednou ze základních potřeb v životě jedince. Člověku může nabídnout emoce ve formě radosti, štěstí, prožitku, vzrušení, rozkoše. Může s sebou přinést i závažné poruchy, zoufalství, napětí, agrese či sexuální kriminalitu (Koliba et al., 2019).

### 1.1.1 Funkce sexuality

Sexualita u člověka plní určité druhy úloh. Když na sexualitu pohlédneme z biologického hlediska, sexualita je důležitá pro uchránění lidského potomstva, což vyjadřujeme jako funkci reprodukční. Další funkcí je funkce komunikační (Koliba et al., 2019). Intimní napojení partnerů jsou pro lidské zdraví velkým přínosem a nelze je nahradit přátelstvím či běžnými sociálními vztahy. Sexuální pohoda nabízí jedinci emoční podporu, jíž zdrojem je sexualita a intimita člověka, která zajišťuje ochranu před zhoršením zdravotního stavu (Beerepoot et al., 2022). Sexuální styk napomáhá k funkci redukováného napětí (Koliba et al., 2019). Spokojenost se sexualitou může zmírnit či odstranit účinky stresu (Beerepoot et al., 2022). Milování je pro jedince zdrojem zábavy, slasti, vzrušení a sexuálního uspokojení. Další funkce jsou funkce rekreační a prestižní, které na sebe navazují. Funkce rekreační vyjadřuje, že lidé využívají svou sexualitu k zisku vlastního potěšení. Funkce prestižní pojednává o důležitosti sexuálních vztahů, které mají šanci se přeměnit v partnerské vztahy, jimiž může jedince získat mimořádný společný status (Koliba et al., 2019).

### 1.1.2 Sexualita a lidská práva

Lidská práva jsou primární práva, které člověku nelze odcizit. Jedinec má na tato práva nárok, bez ohledu na jeho původ, národnost, pohlaví, náboženství, sexualitu či jiný status. I u osob, které mají různé sexuální touhy by se neměla objevovat

diskriminace a tito lidé by měli mít nárok na stejná práva jako ostatní (Ventriglio a Bhugra, 2019). Práva spojená se sexualitou patří k lidským právům, které můžeme najít v národních i mezinárodních spisech pojednávajících legislativu lidského práva. K těmto právům se řadí právo na sexuální výchovu, právo na obdržení informací ohledně sexuality, právo na volbu partnera, právo na sexuální vztahy, právo na sňatky a velice důležité právo na respektování tělesné celistvosti (Šídová, 2018).

## ***1.2 Sexualita osob se zdravotním postižením***

Sexualita je podstatnou a přirozenou součástí života lidí neohledně na výskyt mentálního, duševního, tělesného či smyslového hendikepu (Šídová, 2018). Jedinci se zdravotním postižením jsou lidé, kteří mají stejnou potřebu prožívat svou sexualitu jako lidé bez postižení. Často se stává, že jsou porušována jejich lidská práva prostřednictvím komunikačních překážek a nepříznivých přístupů k tématice (Hameed et al., 2020).

### ***1.2.1 Sexualita osob s mentálním postižením***

Lidé s mentálním postižením touží po své milé polovičce, chtějí prožít romantický vztah, přejí si mít právo na intimitu. Tématika sexuality je pro ně zásadní (Svae et al., 2022). Osoby s mentálním postižením chtějí být jako jejich vrstevníci sexuálně aktivní. Na rozdíl od typicky se vyvíjejících lidí se mohou u jedinců s mentálním postižením ze strany společnosti objevit pochybnosti z důvodu nedokonalosti ve znalostech o mezilidských vztazích a patřičném sexuálním vystupování (Brown et al., 2020). Jedinci s mentálním postižením nejsou dostatečně srozuměni s pojmy, které souvisejí se sexualitou. Nemusí chápat význam souhlasu, který je pro sexuální chování klíčový. Zároveň nemusí být seznámeni s pojmem sexuální zneužívání. To může způsobit fatální následky za předpokladu, že oni sami projevují nezdravé sexuální chování, ale i za situace, kdy je zvýšené riziko zneužití jejich osoby a stávají se oběťmi (Svae et al., 2023). Kvůli minimální informovanosti o této problematice jsou lidé s mentálním postižením v sexuálním prostředí ztraceni (Svae et al., 2022). Za další činitele nekvalitního obeznámení se sexuálním chováním považujeme mizivé společenské příležitosti, sociální izolace či nedostatek komunikace (Brown et al., 2020).

### ***1.2.2 Sexualita osob s fyzickým postižením***

U osob s fyzickým postižením může být ze strany rodiny i veřejnosti velice náročné přijetí jiného vzhledu. Fyzické postižení typu amputované končetiny či rozštěpu dutiny ústní vnímají lidé jako žalostný jev. Rodiče u svých dětí s fyzickým postižením nepočítají s tím, že by si v budoucnu jejich potomek našel partnera, natož byl sexuálně aktivní. (Štarková, 2018). Veřejnost o osobách s fyzickým postižením smýšlí jako o asexuálních bytostech. Tyto jedinci nejsou podle společnosti dostatečně vzdělaní v oblasti sexuality a nejsou žádaní kvůli chybějící tělesné kráse. Lidé jako negativum považují především tělesné postižení, které podle nich fyzicky znemožňuje zakusit sexuální činnosti. Mnoho jedinců si neumí představit, že by s člověkem s postižením mohlo tvořit pár. Osoby s fyzickým postižením mají právo prožít svůj sexuální život v jistotě, pohodlnosti a rovnováze jako ostatní lidé (Hanková a Kalenda, 2016).

### ***1.2.3 Sexualita osob s poruchou autistického spektra***

V minulosti byli lidé s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) označováni jako lidé asexuální. Toto označení se neslučuje s jejich přáním zažít lásku a mít vztah. Tato tužba se objevuje hlavně u mladých jedinců. Podle studií bylo zjištěno, že projev zájmu o sexualitu se u jedinců s PAS příliš neliší od jejich vrstevníků (Maggio et al., 2022). Osoby s PAS strádají v tématice sexuální výchovy (Young a Cocallis, 2023). Kvůli nekvalitnímu navazování vztahu vlivem poruchy autistického spektra vznikají vztahové těžkosti, které způsobují sexuální izolaci či poruchy duševního zdraví. Lidé s PAS nejsou tak příliš uzpůsobeni sexuálnímu fungování a vzhledem k menším příležitostem pro navázání sociálního kontaktu nemají šanci získat kvalitní sexuální výchovu. Informace o sexualitě nejčastěji získávají od rodičů či vychovatelů. Jako zdroj informací můžeme v posledních letech díky zlepšení technologií považovat internetové zdroje. Zde se často jedinci s PAS setkávají s chybnými informacemi, kvůli kterým mohou mít zkreslené dojmy v oblasti chování v sexuálním životě (Maggio et al., 2022). Kvůli smyslové citlivosti, která modifikuje psychosexuální fungování, může u osob s PAS přecitlivělost znepříjemnit fyzický kontakt. Naopak nízká hodnota senzitivity navozuje nesnáze se vzrušením a následném dosažením vyvrcholení (Young a Cocallis, 2023).

### **1.3 Partnerství osob se zdravotním postižením**

Lidé jsou sociální bytosti, které touží po interakci, komunikaci, navazování přátelských či partnerských vztahů. Člověk touží po tom milovat a být milován. Láska v životě člověka hraje velkou roli v hodnocení jeho kvality života. Člověk chce být obklopen lidmi, ve kterých má důvěru a oporu. Partnerské vztahy by měly být součástí lidského bytí (Kozáková, 2022). Společnost má tendenci osoby kvůli zdravotním postižením připravovat o jejich moc a zbavovat je ekonomických a sociálních příležitostí. Lidé jsou pro jejich zdravotní postižení diskriminováni v problematice sexuálního života a plodnosti (Zewude a Habtegiorgis, 2021). Například lidem s mentálním postižením chybí láska a vztah. Osoby s mentálním postižením chtějí životního partnera, chtějí k sobě někoho blízkého, chtějí se zbavit osamocení, chtějí jít se svým protějškem na vycházku, chtějí poznávat kulturu, právě to by je dělalo v životě šťastnými a spokojenými (Kozáková, 2022). Cílem mnoha lidí se zdravotním postižením je uzavřít manželský sňatek a založit si svou vlastní rodinu. Kvůli společenským normám, diskriminaci a nedostatečné obeznámenosti je realita života osob se zdravotním postižením žalostná. Manželství ani potomstvo u této skupiny lidí není příliš častým jevem (Zewude a Habtegiorgis, 2021). O důležitosti informovanosti a chudé úrovně příležitostí v navazování sociálních kontaktů se v dnešní době zajímá mnoho organizací a sdružení. Společnost se snaží o realizaci přátelských setkání, kulturních akcí, seznamovacích večírků, naučných seminářů, společných vycházek či pobytů. Aktivitami chce docílit pestrosti možností pro osoby se zdravotním postižením (Kozáková, 2022).

### **1.4 Sexuální výchova**

Hlavní postavení v životě mladých a dospělých má komplexní sexuální výchova. Sexuální výchova je velice významná pro přípravu mladých osob na jejich bezpečný sexuální život (WHO et al., 2018). Sexuální výchova přispívá svým obsahem dospívajícím jedincům k poznání funkcí svého těla. Budeme-li se bavit o fyzické stránce, je zde primární změnou vývoj genitálií. V této tématice je zahrnuta také psychická stránka jedince, kde je klíčový hormonální vývoj, který člověka vede k obměně sociálního vnímání. Dívkám v adolescentním věku se sexuální edukace využívá k informovanosti o menstruačním cyklu, který souvisí se změnou hormonů v ženském těle (Koliba et al., 2019). Lidé by měli vědět o všech nástrahách, se kterými

se mohou při naplňování sexuálních potřeb setkat. Jedno z podstatných témat je určité prevence před nemocemi typu HIV/AIDS nebo před dalšími pohlavně přenášenými nemocemi (WHO et al., 2018). Dále výchova v oblasti sexuality rozšiřuje obzory v tématice plodnosti, těhotenství a následného mateřství (Koliba et al., 2019). Lidé by se skrz sexuální edukaci měli obeznámit s problematikou nechtěného těhotenství. (WHO et al., 2018). Potřeba se sexuálně vzdělávat nabyla v posledním desetiletí na intenzitě. Na rozvoji sexuální edukace se podílel vývoj medií a rychlý přístup k informacím díky mobilním zařízením a internetu. Dalším důležitým tématem je sexuální obtěžování u dětí i dospělých. (Rashikj-Canevska et al., 2023). Sexuální harašení je problém, který se vyskytuje v celém světě. Přítomnost sexuálního obtěžování má za následek negativní vliv na sociální a zdravotní stránku člověka (Hardt et al., 2022). Sexuální obtěžování může zahrnovat celou řadu forem. Jedinci se mohou stát oběťmi sexuálních nářeků, žertů, návrhů či fyzického napadení (Ranganathan et al., 2021). Pro mládež je sexuální výchova podstatným zdrojem, který je obsahově zaměřen na lásku, komunikaci, intimní vztah jednoho člověka k druhému, součinnost osob ve svazku, rodinu a vážné uvědomění si zodpovědnosti za svou sexuální činnost (Koliba et al., 2019). Jako primární pohonný motor této tematiky můžeme považovat pokrokový postoj společnosti na problematiku řešení sexuality. (Rashikj-Canevska et al., 2023)

#### ***1.4.1 Sexuální výchova u osob se zdravotním postižením***

Sexuální výchova z pohledu mnoha lidí není pro osoby se zdravotním postižením užitečná. Tito lidé jsou často z konverzací opomíjeni, jsou nazýváni osobami asexuálními. Podle mnohých mají lidé se zdravotním postižením nulovou sexuální činnost a potřebu. Dokonce si někteří myslí, že ani pohlavní styk či intimní vztah mít nemohou. Avšak to je pouhá smyšlenka. Všichni lidé mají právo na smysluplné prožití a rozvíjení své sexuality (Rashikj-Canevska et al., 2023). Korektní sexuální výchova by se měla u osob bez zdravotního postižení, ale i s ním, objevit již v brzkých letech života, kdy by si mělo dítě od rodičů, vychovatelů či poskytovatelů primární péče převzít kladný vztah k sexualitě. Díky tomu bude v životě schopnější navazovat vztahy s ostatními (Houtrow et al., 2021). U dospívajících se zdravotním postižením se řeší sexuální edukace později, než je potřeba. Rodiče, kteří by měli sexuální výchovu u svých dětí řešit, mají ve svém životě kvůli výskytu postižení jiné starosti i strasti, proto jim řešení sexuality nepřijde natolik závažné. Rodina dítěte se zdravotním

postížením si závažnost problému nejprve neuvědomuje. Později, když se sexualita u osoby se zdravotním postižením začne odhalovat, například ve formě nevhodných doteků, svlékání na veřejnosti či masturbace, rodina nemá znalosti, jak se svým dítětem v kontextu sexuální problematiky zacházet. Dalším negativem záležitosti týkající se sexuální výchovy u osob se zdravotním postižením je minimální výskyt odborníků, kteří by byli schopni rodině pomoci. Zájem o tuto problematiku se stále vyvíjí, s tím se vyvíjí i odborné semináře či kurzy. Nejsou však k dispozici v takové míře, ve které by bylo potřeba (Štěrbová, 2019). Pediatrům je kladeno na srdce, aby vzdělávali své pacienty v oblasti sexuálního zdraví, a tím napomáhali zdravému vývoji sexuality. Velkým negativem u mladých se zdravotním postižením v tomto ohledu považujeme omezenost v participaci v sociálních vztazích, které se odehrávají mimo povinnou školní docházku. Lidé se zdravotním postižením nemají možnost získat sociální zkušenost. Sami kvůli tomu nemusí kvalitně porozumět své individualitě, vystupování ve společnosti či sexuálním zájmům. Neporozumění ze strany osob se zdravotním postižením může mít vliv na zabývání se tématem ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Pediatři mohou dospívajícím se zdravotním postižením, jejich rodinám či pečujícím objasnit psychosexuální vývoj u člověka. Pokud by se docházka k pediatrovi a diskuse na toto téma staly rutinní záležitostí, téma by se normalizovalo, čímž by se podpořilo pochopení tématu (Houtrow et al., 2021).

#### ***1.4.2 Užívání antikoncepce ženami se zdravotním postižením***

Neužívání antikoncepce sexuálně činnými mladými lidmi může být příčinou neúmyslných těhotenství. Tento jev ovlivňuje stav úrovně zdraví a je zájmem společnosti se problematikou zabývat. U žen, které jsou zdravotně postižené, je stejná šance jako u žen bez postižení, že budou prožívat svůj sexuální život aktivním způsobem a že otěhotní (Brown et al., 2023). Tato problematika má význam jak pro skupinu žen s postižením, tak také pro skupinu žen bez postižení. Přes to se můžeme setkat s tím, že ženy se zdravotním postižením jsou méně informovány a mají tak nižší znalosti o antikoncepci (Horner-Johnson et al., 2019). Předepsání antikoncepce má na starost lékař. Volba a výběr metody podávání antikoncepce je záležitostí především ženy. Klíčový je souhlas ženy s podáváním medikace (Kozáková, 2022). Podle studií, kterými se zjišťovala nejčastější metoda užívání antikoncepce, se zjistilo, že metodu perorálních antikoncepčních pilulek a dlouhodobé reverzibilní antikoncepce volí více ženy bez zdravotního postižení. Ženy s různými typy postižení častěji volí metodu

sterilizace. U žen s mentálním postižením je jedna z nejběžnějších antikoncepčních metod užívání injekcí depomedroxyprogesteron acetátu (dále jen DMPA). Studie prokázaly, že hlavním důvodem užívání DMPA u žen s mentálním postižením je menstruační suprese (Horner-Johnson et al., 2019). Hormonální potlačení periody slouží ke zmírnění menstruačního krvácení s cílem celkového vynechání menstruace. Výzkumy prokázaly, že ovlivňování menstruace vlivem hormonů může omezit negativní příznaky, které jsou s menstruací spojené, a tím zvýšit kvalitu života (Akgül et al., 2022). U žen s mentálním postižením čtyři z pěti studií prezentují implantáty, nitroděložní tělísko ve srovnání s DMPA a kombinovanou hormonální antikoncepcí méně užívanými metodami. U žen s tělesným postižením jsou často využívanou antikoncepční metodou pilulky, prezervativy či sterilizace (Horner-Johnson et al., 2019).

## ***1.5 Sexuální asistence***

Za počátek sexuální asistence v České republice mohou především pracovníci z organizace Rozkoš bez rizika, kteří v roce 2015 vyškolili několik sexuálních asistentek. Sexuální asistence je zpoplatněná služba, kterou mohou provozovat vyškolené sexuální asistentky a asistenti. Jejich náplní práce je pomáhat lidem s postižením, seniorům, také jejich rodinám a pracovníkům v oblasti sexuality (Kozáková, 2022). Sexuální asistence usiluje o to, aby klient poznal svou sexualitu a dokázal s ní sám dále zacházet (Šídová, 2015). Sexuální asistence má dva druhy forem – aktivní a pasivní. Jako aktivní složku sexuální asistence považujeme například erotické masáže, pomoc jednotlivcům i párům při uspokojování. Pasivní sexuální asistence je především poradenského charakteru. Může se jednat o edukaci v oblasti sexuality, poskytování informací o hygieně či sexuálních pomůckách (Kozáková, 2022).

### ***1.5.1 Sexuální asistent a sexuální důvěrník***

Sexuální asistent je vyškolený pracovník, který poskytuje poradenství v tématice sexuality (Kozáková, 2022). Sexuální asistent by měl mít řádné povědomí o zdravotním postižení a o používání pomůcek. Velice důležitá je především kvalitní komunikace a individualita klienta (Šídová, 2015). Mimo poradenství poskytuje sexuální služby za finanční úhradu. Sexuální asistent či asistentka mohou s osobami se zdravotním postižením navázat fyzický kontakt. Sexuální asistenti nejsou zaměstnanci organizací. Docházejí na sjednané místo na základě oslovení ze strany klientů, pracovníků

či rodinných příslušníků (Kozáková, 2022). Sexuální asistenti jsou vyškoleni speciálními kurzy. Jsou vedeni sexuální asistentkou Ninou de Vries a Petrem Eisnerem, který je specialista na sexualitu osob se zdravotním postižením. Sexuální asistenti absolvují stáže v organizacích pro osoby se zdravotním postižením (Šídová, 2015). Sexuální důvěrník na rozdíl od sexuálního asistenta nemá v popisu práce fyzický kontakt s klientem. Sexuální důvěrník je zaměstnán v organizaci, ve které působí. Náplní práce sexuálního důvěrníka je osobám se zdravotním postižením nabízet poradenskou činnost. Dále je má edukovat a podporovat (Kozáková, 2022).

### **1.6 Pojem zdravotní postižení**

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách definuje pojem zdravotní postižení jako *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“* Podle Chrastina (2016) se pojmem zdravotní postižení označuje nepříznivý zdravotní stav jedince. Tento zdravotní stav je u osoby přítomen dlouhodobě a má nezvratný charakter. Na zdravotní postižení je pohlíženo jako na chybu v jedinci, kvůli které má jeho kvalita individuální povahu (Chrastina, 2016). Zdravotní postižení má silný vliv na jedince v mnoha směrech. To může silně ovlivnit kvalitu jeho života. Člověk s postižením se vyrovnává s těžkostmi, které souvisí například s pohyblivostí, slabou komunikací, způsobem vystupování na veřejnosti či myšlením. Jedinec ztrácí citlivost, trpí bolestmi a únavou, jeho povědomí o svém těle ztrácí na jakosti (Koliba et al., 2019). Postižení je formulováno jako odchylka od normálního vývoje jedince. Tento výkyv se vyobrazuje specifickými příznaky. U osoby s postižením máme možnost pozorovat způsobilost, činnost či fungování na nižší úrovni, než mají lidé bez postižení. Objevuje se zde proto potřeba odhalit všechny možné odchylky, aby byla u jedince s postižením možnost pomocí specialistů dosáhnout nejlepší úrovně vývoje (Chrastina, 2016). V dokumentu OSN v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (2007) je uvedeno, že *„zdravotní postižení je pojem, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními.“*

Podstatným tématem dnešní doby je právě myšlení společnosti. Lidé mají často názory a různé předsudky o osobách se zdravotním postižením. Ať už by se mohlo zdát,



že se společnost určitým způsobem vyvíjí, opak může být pravdou. Stále je tu skupina lidí, která se nemůže zbavit určitých vzorců a zvyklostí, a tím celkově zamezuje změně společenského paradigmatu a sjednocení společnosti (Slowík, 2021). U osob se zdravotním postižením je často řešená problematika násilí. Násilný čin, který je páchan na lidech s již existujícím postižením, má souvislost s vážnými následky fyzického a duševního zdraví. U jedinců se odhalují depresivní stavy, bolesti, ospalost, kardiovaskulární problémy, trávicí poruchy. Tyto úkazy mohou zapříčinit zhoršení zdravotního stavu a přítomnost nových onemocnění. Ze strany společnosti je nezbytné brát zřetel na ochranu před násilím a celkovou intervenci k udržení kvality lidských životů (Lund, 2020).

## ***1.7 Kategorizace zdravotního postižení***

### ***1.7.1 Mentální postižení***

Mentální retardaci charakterizujeme jako poruchu vývoje intelektuálních schopností projevující se snížením motorických, kognitivních, řečových a sociálních způsobilostí. Příčiny vzniku mentálního postižení se mohou odhalovat v prenatálním, perinatálním i postnatálním období vývoje člověka (Valenta et al., 2018). Intelektuální kapacita osob s mentálním postižením je zjišťována pomocí předpisových a standardizovaných testů, kde jsou u jedince objeveny dvě a více odchylek. Závěrečné rozhodnutí je vyhodnoceno na základě testů i klinického posudku, ve kterém je kladen důraz na důkazy i celkové fungování jedince (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Posouzení lze provést škálami, které určují úroveň sociální adaptace jedince v určitém prostředí. Takové měření vymezuje jen přibližný stupeň. Celé vyhodnocování stanoví školený diagnostik (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). U osob s mentálním postižením je zmírněna úroveň rozumového fungování a adaptivního chování. Toto je omezení se projevuje do 18. roku života (Kessi et al., 2021). U jedinců se sníženou úrovní intelektuálního fungování se můžeme setkat se závadou paměti, poklesu hbitosti, nekvalitním porozuměním, zpracováním informací a omezenou funkcí vnímání (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). U jedinců s mentálním postižením se mohou objevovat komplikace v oblasti chování, kdy je nejčastěji řešena problematika hyperaktivity (Marrus a Hall, 2017). U nerozvinuté výkonnosti adaptivního chování se osoba s mentálním postižením potýká s nedokonalými koncepčními, praktickými

a sociálními zdatnostmi. U souboru koncepčních dovedností může mít člověk problémy s psaním, čtením či počítáním. U souboru sociálních schopností se řeší u jedinců s mentálním postižením problematika interpersonálních vztahů, interakce ve společnosti, sociální rozvážnosti či pravidel a zákonů ve společnosti (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Čím více jedinec stárne, tím větší má potíž se zachováváním dosavadních vztahů a vybudováním vztahů nových (Marrus a Hall, 2017). U souboru praktických dovedností chybí kvalitní sebeobslužné návyky, prevence a bezpečnost při činnosti, přemístitelnost či používání základních domácích spotřebičů (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Jedinec může svou intelektuální stránku osobnosti a sociální adaptaci zlepšovat cvičením a rehabilitací (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Osoby s mentálním postižením zařazujeme do kategorie skupin, u kterých se ve vyšší míře vyskytuje záměrné obtěžování, sexuální zneužívání, týrání či zanedbávání (Valenta et al., 2018). Lidé s mentálním postižením podléhají často zoufalosti, smutku, neklidu a úzkosti. Kvůli takovým stavům v životě jedinců s mentálním postižením je obtížné očekávat zotavení (Cho et al., 2023).

#### ***1.7.1.1 Lehké mentální postižení***

Určit lehké mentální postižení může být obtížné (Pouls et al., 2022). U osoby s lehkou mentální retardací je hodnota IQ mezi 50–69. Tyto hodnoty u zletilého jedince korespondují s mentálním věkem 9–12 let (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Jedinci jsou podle standardizovaných testů dvě až tři odchylky pod průměrem intelektuálního fungování a adaptivního chování (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). U osob s lehkým mentálním postižením nastávají nepříjemnosti, když se jedná o školní povinnosti (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Lidé s lehkým mentálním postižením mohou na rozdíl od lidí bez postižení řešit kvalitu pochopení jazykových pojmů či akademických dovedností. Jedinci jsou schopni žít nezávislý život, chodit do práce, ale pro některé je v tomto ohledu důležitá opora, kterou dostávají od ostatních (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Osoby s lehkým mentálním postižením si procházející celkovými zdravotními problémy. Často si prožívají nepříjemnosti hlavně kvůli poruchám duševního zdraví, které se u nich objevují ve větší míře než u lidí bez mentálního postižení. Dlouhodobé stavy jsou ze strany praktických lékařů v primárním dohledu kvůli mezerám ve znalostech nedostatečně osvojeny a jedinci

nedostávají odpovídající péči (Pouls et al., 2022). U osob s lehkým mentálním postižením se při navazování známostí a vedení sexuálního života příliš neliší od většinové společnosti. U těchto osob je důležité brát zřetel na informovanost o antikoncepci a pohlavně přenosných chorobách. U jedinců s lehkým mentálním postižením je často řešen úkaz nemocí, promiskuity a zneužívání (Koliba et al., 2019).

### ***1.7.1.2 Středně těžké mentální postižení***

Jedinci se středně těžkou mentální retardací mají IQ v hodnotě 35 až 49. Člověk se mentálně pohybuje ve věku 6 až 9 let (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Osoby se středně těžkou poruchou intelektuálního vývoje se podle normovaných testů pohybují tři až čtyři směrodatné odchylky pod průměrem (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Středně těžké mentální postižení způsobuje pozdní vývoj, který se projeví již v období, kdy je jedinec ještě dítě (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Lidé se středně těžkou mentální retardací zvládají primární péči o sebe i praktické fungování v domácnosti. Pro tyto jedince je zásadní pravidelná podpora od rodinných příslušníků či pečovateli, aby zvládali obvyklé životní činnosti (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Problematika řešení sexuality se u jedinců může lišit, proto je třeba toto téma řešit individuálním přístupem. Někdo touží po partnerském životě a se svým partnerem chce také prožívat svůj sexuální život. Někdo tyto dvě činnosti odděluje. Jsou také osoby, které sexuální potřebu nepocítují. Je důležité edukovat tyto osoby o vhodném prostředí k masturbaci, hygieně či vztazích (Koliba et al., 2019).

### ***1.7.1.3 Těžké mentální postižení***

Lidé s těžkým mentálním postižením jsou typičtí zřetelně podprůměrným přizpůsobivým chováním a rozumovým vývojem. Podle standardizovaných testů odpovídá jejich kvalita působení čtyři a více směrodatných odchylek pod průměrem (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). U jedinců se IQ pohybuje na stupni 20–34. Jelikož se jedinci pohybují na hranici 3 až 6 let mentálního věku, vyžadují tak neustálou podporu (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). U osob s těžkou poruchou intelektového vývoje se obvykle vyskytuje minimální touha po intimním vztahu. Tito lidé potřebují soukromí jako každý jiný člověk. Je tu ale vyšší úroveň potřeby je sledovat, aby nedošlo k sebepoškozování, nežádoucí interakci či onanii na veřejném místě (Koliba et al., 2019). Lidé s těžkým mentálním postižením jsou vyvinuti na úrovni čtyřletého dítěte. Jsou způsobilí k tomu si osvojit pár

základních slovních obrátů bez porozumění souvislostí. Jsou schopni reagovat na zavolání (Valenta et al., 2018). Často se u lidí s těžkým mentálním postižením setkáváme s pohybovými poruchami a chudou úrovní jazyka. Neustálá péče a podpora je zde většinou vyžadována. Kvalita sebeobsluhy lze zvýšit intenzivními tréninky (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024).

#### ***1.7.1.4 Hluboké mentální postižení***

U osob s hlubokou mentální retardací je charakteristická neexistující mimika a nonverbální komunikace. U jedinců jsou časté pronikavé výkřiky. Co se týče komunikačního stylu, lidé jsou schopni pomocí vokalizace sdělit přání či vyjádřit spokojenost a nespokojenost. Jejich hlas je chraplavý, velmi zřídka se objeví zcela nemluvicí jedinec (Valenta et al., 2018). IQ jedince s hlubokou mentální retardací dosahuje maximálně 20. Dospělí jedinci mentálně nedosahují ani na úroveň tříletého dítěte (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Lidé s hlubokým mentálním postižením se pohybují na úrovni čtyř a více směrodatných odchylek pod průměrem normy intelektuálního fungování a adaptivního chování. Jsou schopni primárních dovedností a jejich komunikační způsobilost je na mizivé úrovni. Potřebují neustálý dozor a podporu (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Po intimním životě a partnerství jedinci obvykle neprahnu. Sexuální potřebu většinou ukojují hlavně kvůli tělesným pudům. S hlubokou mentální retardací se pojí mnoho dalších problémů, jako je například upoutání jedince na lůžko. Kvůli takovým úkazům se sexualita těchto jedinců řeší pouze minimálně (Koliba et al., 2019).

#### ***1.7.2 Porucha autistického spektra***

Porucha autistického spektra (dále PAS) je odborný výraz, který je charakterizován přetrvávajícím nedostatkem rozvinuté sociální komunikace a stálým abnormálním sensoricko-motorickým vystupováním (Lord et al., 2018). Pervazivní vývojové poruchy jsou definovány nízkou úrovní komunikace a nekvalitní sociální interakcí. Zájmy a činnosti jedinců se nemění, jsou omezené a automatizované (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Počátek poruchy autistického spektra nastává v období vývoje člověka v útlém dětství. Symptomy spojené s poruchou se mohou objevit až v pozdějších letech. Nedostatky, které se začnou kvůli PAS projevovat jsou natolik vážné, že ovlivní člověka ve fungování v mnoha oblastech života. Jedinec se setkává s narušením v rovině rodinné, sociální, pracovní či vzdělávací

(06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). PAS je velice individuální. Na autismus můžeme nahlížet jako na stupnici různých úrovní poruch, které lze vymezit od velmi mírných až po těžké (Lord et al., 2018). Diagnózu této poruchy mohou určit různí znalci z oboru, například psychologové, psychiatři či pediatři. K určení diagnózy je možnost využít standardizované diagnostické nástroje, screeningové prostředky či pozorování (Lord et al., 2018). K vymezení poruchy autistického spektra je potřeba realizovat podrobnou anamnézu zdraví klienta a další vyšetření, jako jsou například fyzikální, neurologické a psychiatrické. Při určení diagnózy je také důležité zahrnout souhrn rodinné anamnézy či výskyt poruch nervové soustavy. Určení správné diagnózy je primární pro určení následné péče o klienty (Jiang et al., 2022). Lidé s PAS mohou vyžadovat psychologickou či psychiatrickou léčbu, která zahrnuje předpis léků kvůli zvýšené agresi, sebedestruktivnímu chování, deficitu pozornosti nebo tikovým poruchám (Genovese a Butler, 2020). U osob s PAS se vyskytují další obtíže, kterými jsou například zhoršené psychiatrické stavy. Jedinci se mohou v životě potýkat s úzkostmi kvůli komunikaci s vrstevníky, depresi, vztekem, zlostí či agresivitou (Lord et al., 2018). Kromě již zmíněných znaků se mohou projevit další typické rysy. K nim zařazujeme epilepsii, obtíže se spánkem a poruchu řeči (Jiang et al., 2022). Méně rozvinutá sociální komunikace či fungování u osob s PAS vytváří negativní úkazy, kterými mohou být zhoršené chápání, oslabení nonverbálního chování, snížení úrovně porozumění jazyku. Jedinci nejsou schopni pěstovat sociální vazby, jsou často přecitlivělí, mají atypické zájmy a mohou inklinovat nezvyklými motorickými pohyby (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Lidé s PAS představují pro společnost značnou ekonomickou zátěž. Vyžadují celoživotní podporu a nepřetržitý dohled i v dospělé fázi jejich života. Kvůli minimální samoobsluze u těchto jedinců jsou náklady na zdravotní péči vysoké. Osoby, které v tomto případě zastávají pečovatelskou roli, ztrácí svůj příjem (Lord et al., 2018).

### ***1.7.3 Tělesné postižení***

Tělesné postižení může mít mnoho podob. Můžeme zde hovořit o poruchách hybnosti či pohyblivosti nebo také o omezení motoriky člověka (Koliba et al., 2019). Omezení motorické koordinace má spojitost s poraněním mozku a míchy, amputací či znetvořením motorického systému, poruchou nosného a pohybového aparátu. Člověk se může s tělesným postižením narodit nebo ho získat v průběhu života. Mezi vrozené tělesné postižení řadíme poruchy tvaru a velikosti lebky, poruchy růstu, vrozené vady

končetin a rozštěpové vady (Čadová, 2015). Rozštěp páteře je velice obvyklá a do života zasahující vrozená vada lidské centrální nervové soustavy. U této poruchy nedochází k uzavření obratlů. To způsobuje riziko narušení míchy (Blount et al., 2021). U osob s rozštěpem páteře jsou pravidlem ortopedické potíže s postižením spojené. Pohyblivost jedinců je velice omezená. Následkem deformace páteře může být zhoršení funkce plic. Lidé s rozštěpem páteře se často setkávají s rozpadem kůže či nezpevněnými dolními končetinami. Tento jev může zapříčinit problémy s chůzí (Conklin et al., 2020). Mezi vrozené tělesné postižení patří také dětská mozková obrna (Čadová, 2015). Dětská mozková obrna je jedno z velice častých onemocnění, které se u dětí objevuje (Paul et al., 2022). Toto postižení je rozděleno do čtyř kategorií (Vitrikas et al., 2020). Existuje dětská mozková obrna spastická, dyskinetická, ataxická a kombinovaná (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Dětská mozková obrna působí vlivem úrazu mozku na pohybové funkce těla (Paul et al., 2022). Postižení ovlivňuje rovnovážný stav těla, hybnost a držení těla. Většina případů postižení má souvislost s obdobím kolem porodu. Příčinami vzniku postižení může být předčasné narození dítěte, užívání antibiotik matkou dítěte či infekce v těle matky, která ovlivní plod. Při postižení se mohou objevit další poruchy a onemocnění. Lidé často trpí celkovou bolestí těla, mentálním postižením, nezpůsobitelností chůze, epilepsií a problémy se spánkem (Vitrikas et al., 2020). Mezi získaná tělesná postižení patří poranění mozku a míchy, poškození nervů po úrazech či amputace (Čadová, 2015). To, jak lidé získají fyzické postižení, hraje významnou roli ve vyrovnání se se svým postižením. Primární je čas. Lidé, kteří se s postižením již narodí nemusí trpět tak jako lidé, kteří postižení získají úrazem či nehodou během života. Záleží na dané osobě, zda se s postižením smíří nebo zda vyhledá lékařskou pomoc (Koliba et al., 2019). Lidé s tělesným postižením mohou být znevýhodněni v mnoha oblastech společenského fungování. Kvůli fyzickému postižení může dojít k nedostatku sociálních interakcí, to může mít dopad na duševní stav člověka (Tough et al., 2017).

#### ***1.7.4 Duševní postižení***

U lidí, kteří si procházejí duševními poruchami, se můžeme setkat s řadou příznaků. Lidé mohou řešit problematiku, která se zaměřuje na získávání a zpracování informací (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Porucha kognice může být způsobená vaskulárními faktory či poruchami mozkových cév. Toto

onemocnění zahrnuje celou škálu kognitivních vad. Lidé mohou trpět jen mírnými poznávacími poruchami, nebo mohou protrpět mrtvici, což vede ke zhoršení stavu. Jedinec se může ocitnout v situaci, kdy je u něj nalezena demence či Alzheimerova choroba (Rundek et al., 2022). Osoby s duševním poškozením se setkávají s poruchou regulování emocí (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Regulace emocí popisuje průběh jedinceva působení na vlastní emoce a kontrolu emočních výstupů. Jeden ze způsobů řešení problémů s kontrolou emocí je dialektická behaviorální terapie (Stellern et al., 2023). Další problematikou, která se řeší u osob s duševním postižením, je porucha chování jedince (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024). Disruptivní poruchy chování jsou časté duševní problémy, se kterými se setkáváme u mladistvých osob. Častěji postihují chlapce než dívky (Zhang et al., 2021). Jedinci jsou vzdorovití a objevuje se u nich zvýšená míra agresivity a sociální nezájem. U osob se častěji odhalují nekalé činy jako je týrání, ničení, krádeže nebo celkové krutosti k lidem i ke zvířatům (F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023). Pacienti s poruchami chování jsou často lidé, kteří se potýkají s přítomností ADHD (Zhang et al., 2021). Výše jmenované příznaky duševních poruch mohou ovlivnit fungování lidského mozku. S tím souvisí přítomnost úzkostí, které na jedince silně působí a poškozují jeho aktivitu v mnoha směrech. Mezi duševní postižení řadíme například schizofrenii, poruchy spánku, obsedantně – kompulzivní poruchy, sexuální dysfunkce, poruchu osobnosti či poruchu příjmu potravy (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, 2024).

## ***1.8 Sociální práce***

Sociální práce je odborná pomoc pro osoby, které se potýkají se sociálními problémy (Mátel, 2019). Je určena pro osoby, které jsou diskriminovány a utiskovány ze strany společnosti (Capp et al., 2021). Hlavním posláním sociální práce je odbourání příčin a dopadů klientova sociálního znevýhodnění (Matoušek et al., 2010). Sociální práce zakládá svou činnost na teorii i na praxi. Má různé způsoby intervence. Odborníci v oboru sociální práce vytvořili řadu teorií, postupů, modelů, principů a přístupů, které lze během realizace intervence aplikovat (Matlakala et al., 2022). Sociální práce se neustále vyvíjí a mnoho nových teorií a metod vzniká na základě inspirace z oboru psychologie. Sociální pracovníci při intervenci využívají například arteterapii, muzikoterapii, vzpomínkovou či zahradní terapii (Yang et al., 2023). Na každého klienta

sociální práce je třeba nahlížet jako na osobu, která je specifická svou individualitou a jedinečností. Při sociální práci je důležité necílit pouze na klientův sociální problém, ale zahrnovat další složky jedincova bytí. Klientem sociální činnosti může být jednatel, rodina, skupina či komunita. (Mátel, 2019).

### **1.9 Sociální pracovník**

Ukázkový sociální pracovník je obeznámený terminologií dalších oborů, se kterými sociální práce souvisí. Je seznámen například se sociologií, prací s jednotlivci, rodinami a skupinou, psychologií či zdravotnictvím (Vacková, 2020). Činnost sociálního pracovníka je velice pestrá. Sociální pracovník má za úkol realizovat sociální depistáž. Sociální pracovník by měl být schopný uskutečnit anamnézu klienta, určit diagnózu, pracovat v terénu, zastupovat své klienty, komunikovat s okolím klienta. Sociální pracovník má za úkol klientovi opatřit kontakty na další odborníky a instituce, které mohou být v řešení případu nápomocné (Matoušek et al., 2010). Sociální pracovník by měl ke klientovi přistupovat v dimenzích a měl by brát v potaz všechny jeho možnosti. Pracovník by neměl opomínat dimenzi biologickou, psychologickou, sociální, rodinnou a spirituální. Kvůli celistvému uchopení zdrojů klienta by měl být sociální pracovník schopen správně porozumět klientově situaci a dostupným zdrojům (Vacková, 2020). Sociální pracovníci by neměli zapomínat na kritickou profesionální sebereflexi, která je primární pro osobní i profesionální rozkvět (Kim, 2021).

#### **1.9.1 Sociální pracovník a vzdělání**

Kvalifikační podmínku pro výkon sociální práce v České republice udává zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Matoušek, 2021). Zákon č. 108/ 2006 stanovuje, že „odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

*a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,*

*b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.“*



Sociální práce má další podoby vzdělání. Existují edukativní programy v rozmezí 100-200 hodin, které nabízejí bližší seznámení s vybranou cílovou skupinou. Dále se může člověk zúčastnit jednodenních kurzů, které mají za úkol zkvalitnit dokončené vzdělání v rámci určité dovednosti. Na výběr jsou také výcvikové programy, které mohou být na konci prošetřené zkouškou a ověřením způsobilosti jedince (Matoušek, 2021).

### ***1.9.2 Sebezkušenostní výcvik v oblasti sexuality***

Osoby, které dosáhly věku 28 let, mají minimálně 5 let praxe s osobami se zdravotním postižením a splňují další nezbytnosti, které organizace NEBUŇ NA NULE, z. s. požaduje, se mohou zúčastnit sebezkušenostního výcviku sexuálního poradce pro osoby s různým zdravotním postižením. Výcvik je akreditovaný u Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a obsahuje 250 hodin, které se splňují během 2 let. Jedinec během výcviku získá kompetence k poskytování sexuální výchovy a poradenství ohledně sexuality pro skupinu osob se zdravotním postižením. Přiblíží si také přístupy a techniky práce se sexualitou, vytvoří si praktické zkušenosti díky nácviku práce a získá supervizní podporu od širokého mentorského týmu organizace. (Sebezkušenostní výcvik, 2019)

### ***1.10 Pobytová zařízení***

Sociální činnost je vykonávána v organizacích nebo institucích. Zde můžeme rozdělit sociální práci na ambulantní či pobytovou. Sociální pracovník může realizovat sociální práci také v terénu. Hovoříme tak o prostředí, které je klientovi známe a blízké (Mátel, 2019). Pobytové služby jsou realizovány v zařízeních, ve kterých jedinec pobývá dobu v řádu dnů či dokonce let (Malíková, 2020).

#### ***1.10.1 Druhy pobytových zařízení***

##### **Odlehčovací služba**

- je služba určena pro osoby, které se potýkají s nízkou úrovní soběstačnosti kvůli jejich věku, chronickému onemocnění či zdravotnímu postižení, tato služba utváří prostor a čas pro odpočinek pečovatelů těchto osob (Malíková, 2020).

### **Týdenní stacionář**

- je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách sociální služba, ve které jsou pro osoby, které jsou typické sníženou soběstačností a potřebují ke své existenci pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, k dispozici aktivizační a terapeutické činnosti, možnost stravování, poskytnutí příbytku či opora při hygieně.

### **Domov pro osoby se zdravotním postižením**

- je pobytové zařízení, které nabízí celkovou péči a oporu osobám, které nejsou schopné soběstačnosti (Malíková, 2020).

### **Domov pro seniory**

- je podle obsahu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách sociální služba, která se zaměřuje na osoby, které jsou závislé na jiných fyzických osobách z důvodu vyšší dosažené úrovně jejich věku.

### **Domov se zvláštním režimem**

- je sociální pobytová služba, která vytváří pro osoby závislé na návykových látkách, s duševním onemocněním či demencí prostředí, které se přizpůsobuje jejich specifickým potřebám (Malíková, 2020).

### **Chráněné bydlení**

- je služba, která je určena pro osoby, které nejsou schopny kvalitně pečovat o sebe ani o domácnost. Klienti zde pobývají v běžném prostředí. Cílem této služby je upevnit soběstačnost klienta a udržet životní styl, na který byl po celý život zvyklý (Matoušek et al., 2010).

### **Terapeutické komunity**

- nabízejí své služby osobám, které podléhají závislosti na návykových látkách a osobám, které jsou postiženy duševním onemocněním. Cílem této služby je socializace (Malíková, 2020).

### **Sociální rehabilitace**

- je služba, která nabízí pomocnou ruku lidem se zdravotním postižením a lidem ohroženým exkluzí. Služba se snaží o to, aby lidé byli nezávislí na pomoci druhých (Malíková, 2020).

### **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních**

- jsou podle zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách pobytové služby, které poskytují osobám s nepříznivým zdravotním stavem bez opory jiné fyzické osoby místo pobytu.

### **Služby následné péče**

- slouží osobám s duševním onemocněním či závislostí na návykových látkách osvojit si běžné životní situace (Malíková, 2020).

## **2 Cíl a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat zkušenosti sociálních pracovníků s řešením sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních.

Dílčím cílem této bakalářské práce je zjistit postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením.

### **2.2 Výzkumná otázka**

Výzkumná otázka 1: Jaká je zkušenost sociálních pracovníků s vyjádřením sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních?

Výzkumná otázka 2: Jaký je postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika a techniky výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie.

Kvalitativní výzkum je náročné shrnout do jedné definice, protože má více možných vymezení (Novotná et al., 2019). Výzkumník v kvalitativním přístupu stanovuje téma a výzkumné otázky (Hendl, 2005). Prostředkem k realizace kvalitativního výzkumu je rozhovor (Švaříček a Šed'ová, 2007). Badatel s informátory udržuje delší kontakt a pracuje s nimi obvykle v terénu. Pátrá po informacích, které co nejlépe popisují výzkumné otázky (Hendl, 2005). Skrze kvalitativní výzkumnou strategii zjišťujeme, jak lidé fenoménu rozumějí. Zkoumáme, jak prožívají, jednají a jak se o jevu vyjadřují (Novotná et al., 2019). „*Kvalitativní výzkumníci používají zejména tyto tři typy dat: data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů. Pracují tedy se slovy a textem.*“ (Švaříček a Šed'ová, 2007). Klademe zřetel na zvláštnost a ojedinelost. Kvalitativní výzkumnou strategií pozorujeme detailní jev, u kterého se zaměřujeme na shodné či rozdílné výpovědi zkoumaných osob. Při kvalitativním výzkumu je specifické porozumět zkoumanému tématu do hloubky (Novotná et al., 2019). Je důležité, aby šetřený úkaz přinesl nejvyšší možné množství informací. Náplní výzkumu je zjistit pravidelnosti, které se v získaných informacích nacházejí (Švaříček a Šed'ová, 2007).

### 3.2 Polostrukturované rozhovory

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Polostrukturovaný rozhovor je vytvořený ze skupiny otázek, jejíž formulaci může tazatel obměňovat, měly by být však probrány všechny okruhy otázek. Výzkumník má možnost pokládat doplňující otázky, čímž je rozhovor svobodnější. Výzkumník díky tomu s komunikačním partnerem navazuje kontakt, který působí přirozeněji (Reichel, 2009).

Polostrukturovaný rozhovor byl složen z 20 otázek (viz příloha 1). Otázky se týkají již zmíněných témat v teoretické části bakalářské práce. Byly vytvořeny tak, aby na základě výpovědí ze strany komunikačních partnerů došlo k zodpovězení výzkumných otázek. Během rozhovoru se sociálními pracovníky sloužily otázky jako

osnova. K připraveným otázkám byly z mé strany pokládány i doplňující otázky, které upřesnily zmíněné téma. Rozhovory s komunikačními partnery byly v průměru dlouhé 20 minut.

### 3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl zvolen metodou záměrného výběru. Předem musely být splněny tři kritéria. Komunikační partneři musí být sociální pracovníci. Druhým kritériem bylo, aby sociální pracovníci vykonávali svou profesi u osob se zdravotním postižením. Posledním kritériem bylo, aby sociální pracovníci působili v pobytových zařízeních. Výzkumný soubor tvoří sociální pracovníci působící v pobytových zařízeních, jejichž klienty jsou osoby se zdravotním postižením. Pro realizaci výzkumu bylo osloveno deset sociálních pracovníků, ale tři z nich se nechtěli výzkumu účastnit. Rozhovory byly uskutečněny se sedmi komunikačními partnery.

### 3.4 Realizace výzkumu

Tabulka 1: Harmonogram výzkumu

činnost v rámci výzkumu	termín realizace činnosti
cíl, výzkumné otázky, strategie výzkumu	duben 2023
tvorba otázek pro polostrukturovaný rozhovor	září- říjen 2023
určení komunikačních partnerů, oslovení vedení pobytových sociálních služeb	prosinec 2023
oslovení sociálních pracovníků, získávání dat	prosinec 2023- leden 2024
analýza získaných dat	únor- březen 2024

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Výzkum byl vypracován v pěti etapách. V dubnu 2023 byl zvolen cíl a byly stanoveny výzkumné otázky. Byla také popsána strategie výzkumu. Další etapou byla tvorba otázek pro polostrukturovaný rozhovor, která byla realizována na podzim roku 2023. Určení komunikačních partnerů proběhlo v prosinci roku 2023. Osloveni byli nejprve ředitelé pobytových sociálních služeb s žádostí o poskytnutí rozhovoru ze strany sociálních pracovníků. Z mé strany jim bylo objasněno, že téma bakalářské

práce nese název „Řešení sexuality osob se zdravotním postižením z pohledu sociálních pracovníků“. Dále byli informováni, že výzkum je zaměřen na sociální pracovníky a na jejich pohled na problematiku sexuality klientů. Po schválení ze strany vedoucích byli sociální pracovníci kontaktováni buďto osobně či telefonicky s cílem domluvení se na přesném termínu realizace rozhovoru. Získávání dat proběhlo v době od prosince roku 2023 do ledna roku 2024. Sociální pracovníci byli navštíveni na jejich pracovišti. Před začátkem rozhovoru byl sociálním pracovníkům znovu popsán záměr výzkumu. Analýza získaných dat byla vypracována během února a března roku 2024.

### **3.5 Zpracování získaných dat**

Získané údaje byly zpracovány technikou pomocí otevřeného kódování. Rozhovory byly přepsány do programu Microsoft Word, kde byly kódy vytyčeny pomocí funkce komentářů.

Vyjádřením kódu vykresluje zjištěný údaj. Kódování funguje tak, že k hodnotným informacím, které jsou součástí daného textového úseku, přiřazujeme souhrnné označení, čímž vytváříme kód (Hricová et al., 2023).

Poté, co byly vytvořeny kódy, byly sestaveny kategorie a podkategorie. Kategorie a podkategorie jsou vyjádřeny pomocí grafického znázornění, které přispívá k lepšímu porozumění vzniklé slovní prezentace výsledků výzkumu.

### **3.6 Etika výzkumu**

Na etiku v rámci kvalitativního výzkumu by se mělo nahlížet jako na podstatnou součást a neměla by být opomíjena. Jde o zkoumání člověka a měli by se dodržovat etické zásady (Švaříček a Šed'ová, 2007). Z psychologického hlediska je důležité výzkumem nepoškodit psychiku zkoumaného jedince (Novotná et al., 2019). Komunikační partnery je třeba upozornit, že bude zachována důvěra, naprostá anonymita a bude zamezeno přenosu informací. Výzkumník by se měl zaměřit na dokumentaci souhlasu s výzkumem ze strany komunikačních partnerů, kterou lze provést podpisem papírového formuláře či nahrávkou na diktafon (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Komunikační partneři byli dotazováni, zda souhlasí s tím, že z rozhovoru bude pořízen audiozáznam na aplikaci Diktafon v mém mobilním zařízení. Komunikační partneři, kteří souhlasili s audiozáznamem, byli požádáni o podepsání informovaného

souhlasu s nahráváním rozhovoru (viz příloha 2). Z důvodu zachování anonymity nebudou informované souhlasy zobrazeny v bakalářské práci, přiložen je pouze vzor. Audiozáznamy budou po obhájení bakalářské práce smazány. Pokud komunikační partneři nesouhlasili, audiozáznam pořizován nebyl, a rozhovor byl na místě přepisován. Rozhovory byly realizovány na pracovištích, tedy v kancelářích sociálních pracovníků. Sociální pracovníci byli tázáni předem připravenými otázkami. Sociální pracovníci měli libovolně času na to, aby otázku zodpověděli. Komunikační partneři byli obeznámeni s tím, že rozhovor je dobrovolný, a pokud si přejí se u některé z otázek zdržet odpovědi, mají možnost. Účastníci výzkumu byli informováni o tom, že rozhovor je anonymní a slouží pouze ke zpracování výzkumu bakalářské práce. V rámci dodržení anonymity nebudou komunikační partneři jmenováni, ale každý z nich bude označen jako „komunikační partner/ka“. Rozlišení budou pomocí čísel – komunikační partner/ka 1 (dále jako KP 1- KP 7).



## 4 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou prezentovány výsledky, které byly zjištěny pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Komunikačními partnery byli sociální pracovníci, kteří pracují s osobami se zdravotním postižením v pobytových sociálních službách. V tabulce 2 jsou uvedeny identifikační údaje sociálních pracovníků. Zjišťován byl věk, délka praxe s osobami se zdravotním postižením a sociální služba, ve které sociální pracovníci působí.

### 4.1 Identifikační údaje komunikačních partnerů

Tabulka 2: Identifikační údaje sociálních pracovníků

Sociální pracovník= Komunikační partner	Věk	Délka praxe s osobami se zdravotním postižením	Sociální služba, ve které sociální pracovník působí
KP 1	45 let	8 let	chráněné bydlení
KP 2	47 let	2 roky	týdenní stacionář
KP 3	51 let	13 let	chráněné bydlení
KP 4	38 let	12 let	týdenní stacionář
KP 5	32 let	15 let	domov pro osoby se zdravotním postižením
KP 6	46 let	1 rok	domov pro osoby se zdravotním postižením
KP 7	37 let	13 let	domov pro osoby se zdravotním postižením

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

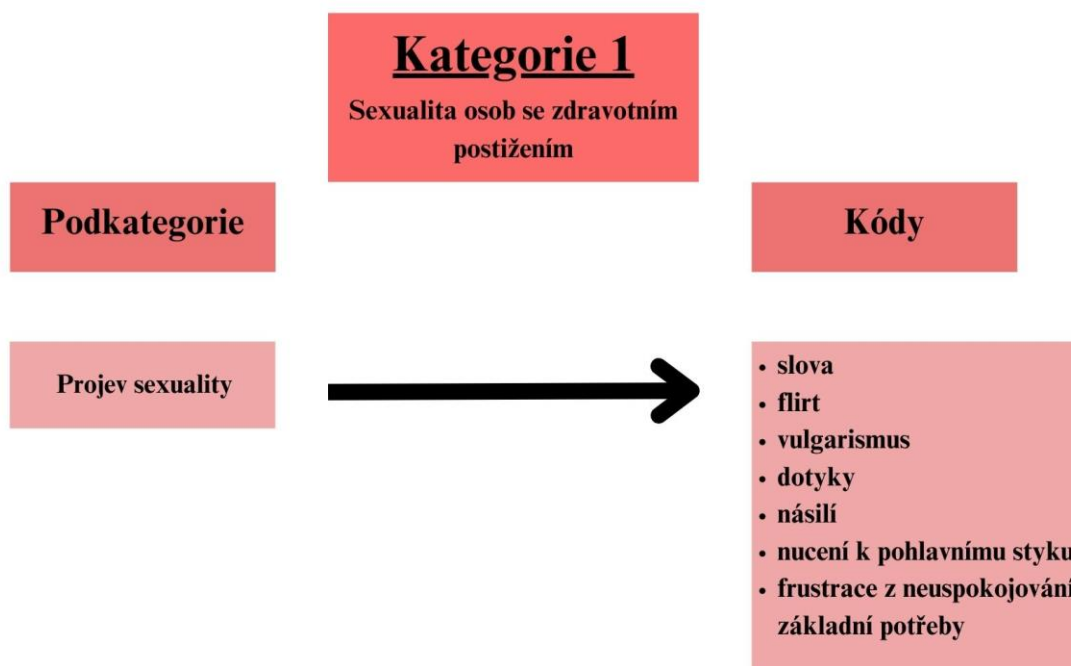
V tabulce 2 jsou pod označením KP 1 až KP 7 uvedeny identifikační údaje oslovených sociálních pracovníků. Věk komunikačních partnerů, který je zobrazen v druhém sloupci, se pohybuje na rozmezí věku 32 až 51 let. Minimální délka praxe komunikačních partnerů s osobami se zdravotním postižením, která je popsána ve třetím

sloupci, je jeden rok. Maximální délka praxe dosahuje 15 let. Komunikační partneři působí v chráněném bydlení, v týdenních stacionářích a v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Všichni sociální pracovníci, se kterými byl veden rozhovor, jsou ženy.

## 4.2 Interpretace výsledků výzkumu

### 4.2.1 Kategorie 1: Sexualita osob se zdravotním postižením

První kategorie výzkumu přibližuje sexualitu osob se zdravotním postižením. V rámci podkategorií jsou popisovány projevy sexuality a intimnosti, které probíhají mezi klienty. Dále jsou vyobrazeny možnosti užívání antikoncepce osobami se zdravotním postižením. Poslední podkategorie této kategorie se zabývá druhy omezení na svéprávnosti osob se zdravotním postižením.

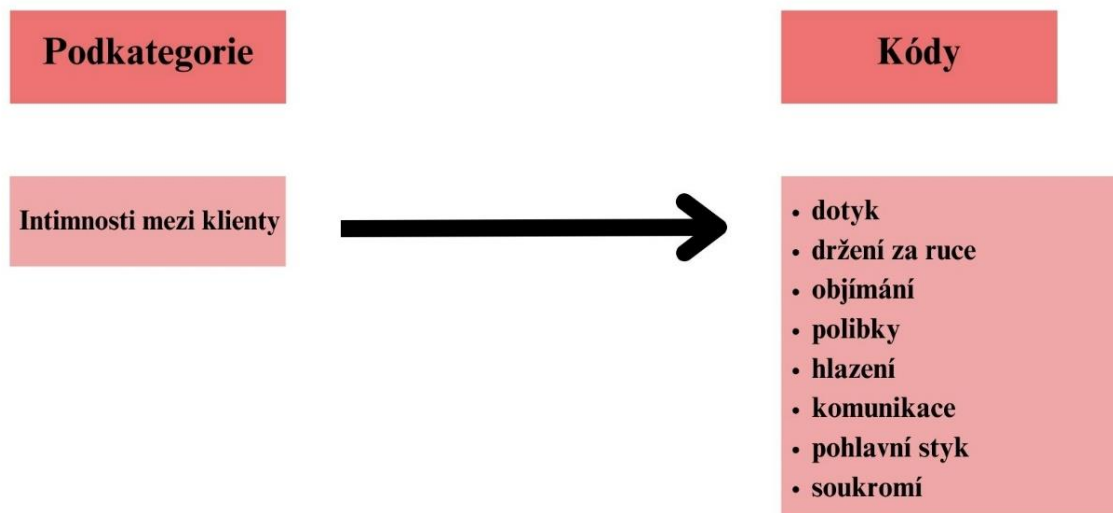


Obrázek 1: Kategorie 1: Sexualita osob se zdravotním postižením, podkategorie: Projev sexuality

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

První podkategorie se zabývá tím, skrz jaké činnosti vyjadřují osoby se zdravotním postižením svou sexualitu. Většinou KP odpovídali shodně. Osoby se zdravotním postižením svou sexualitu vyjadřují převážně slovně. Pokud jsou klienti

na základě svých mentálních dispozic schopni, dle KP 2 se objevuje flirt s ostatními klienty či dokonce oslovení personálu. Vyjádření sexuality se pojí s pozitivními, ale i negativními projevy. Tak je to i u slovního vyjádření. Od nevinného flirtu se může situace obrátit až ke slovním napadením a vulgarismům, což nám sděluje KP 1: „*Klient vulgárně oslovoval pracovníky, ale i klienty. Klient dokonce nutil jinou klientku k pohlavnímu styku.*“ Tím to u slovního vyjádření nezůstalo. Dalším vyjádřením, na kterém se shodli všichni KP, jsou dotyky. Dotyky mohou být dle KP 7 naprosto neškodné, ale také velmi nebezpečné. Pokud klient nemá dostatečnou mentální kapacitu na to, aby své pudy ovládal, situace se dostane až do bodu, kdy klient ohrožuje sebe i ostatní. KP 4 zmiňuje, že osoby se zdravotním postižením si při dotycích neuvědomují hranice svého fyzického působení, proto si mohou nevědomě ubližovat. KP 7 se setkala s klientem, který kvůli citům, které choval k jedné z pracovnic přímé péče, jednal násilně. Pracovníci přímé péče byl schopný několika předměty násilně uhodit. KP 2 a KP 4 odkazují hlavně na frustraci z neuspokojení základní potřeby člověka. Klienti jsou kvůli své nevědomosti o vlastní sexualitě zmatení. Neví, co se s nimi děje, co zažívají. U takových případů se mohou objevit úzkosti až deprese. V tu chvíli je nezbytné zakročení odborníka. Ze zmíněných výroků komunikačních partnerů je jisté, že sexualita u osob se zdravotním postižením není mýtus. Lidé se zdravotním postižením jsou odkázáni k tomu, aby naplňovali svou základní životní potřebu jako lidé bez zdravotního postižení. Proto je důležité, aby tematika sexuality u této cílové skupiny nebyla přehlížena, ale naopak byla její závažnost podporována.

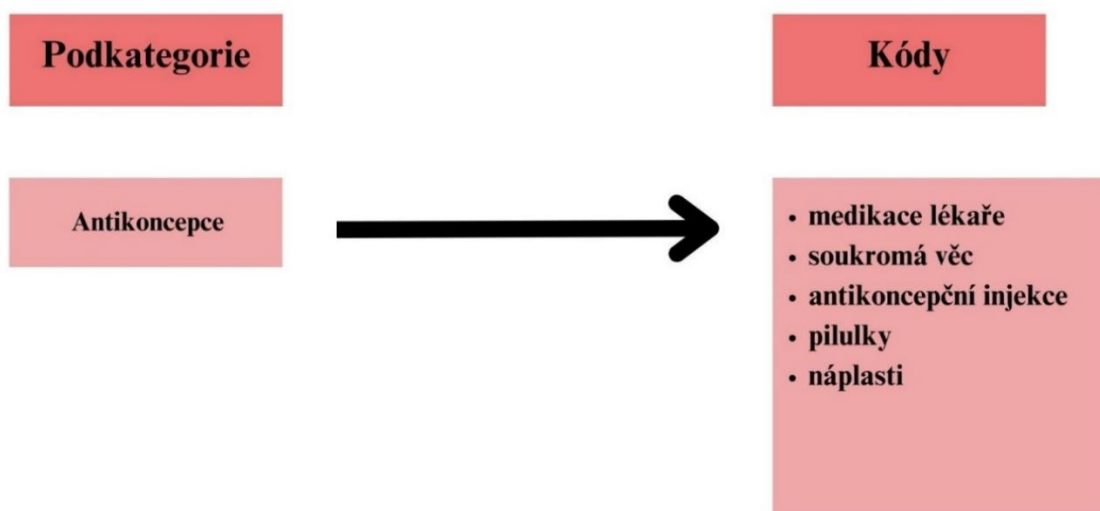


Obrázek 2: Podkategorie: Intimnosti mezi klienty

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Pocit, že je tu někdo, s kým můžeme tvořit vztah, sdílet s ním radosti i strasti, je nesmírně důležitý. Není tajemstvím, že v pobytových zařízeních mezi osobami se zdravotním postižením vztahy vznikají. Proto se druhá podkategorie zabývá intimitami mezi klienty. K tomuto tématu se výpovědi KP příliš nelišily. Všichni se shodli na tom, že se páry netají společným vztahem, a tak lze na veřejných prostorech v zařízení spatřit i jakým způsobem si náklonost projevují. Nejčastěji se náklonost projevuje ve formě dotyků. KP 2 a KP 4 spatřují u klientů časté hlazení, KP 1 a KP 6 dodávají držení za ruce. KP 1, KP 5 a KP 6 vidí páry, které si dokazují svou lásku objímáním. KP 5 a KP 7 si všimají i letných polibků. Co se týče pohlavního styku, odpovědi byly téměř totožné. KP 4 odpovídá: „*Jelikož tady klademe velký důraz na soukromí klienta, další věci samozřejmě nepopíráme, ale prostě je nevidíme.*“ Podle výpovědí všech komunikačních partnerů klienti nejsou povinni oznamovat, co se děje za zavřenými dveřmi jejich pokoje, tím pádem se jim dostává soukromí a pracovníci si mohou jen domýšlet. KP 5 popisuje, že o pohlavním styku mezi dvěma klienty se mohou dozvědět jen od klientů samotných, když nastane situace, kdy to pracovníkovi sami sdělí. KP 1, KP 2 a KP 3 odkazují na sdílení intimit v jejich zařízení. Klienti jsou naučeni, že tuto tematiku řeší hlavně sexuální důvěrník. Naopak KP 5 sděluje svou zkušenost s lidmi se zdravotním postižením, kteří někdy bývají až příliš sdílní, proto popisují svoje zážitky jakémukoliv pracovníkovi, například i pracovníkům v kuchyni. KP 6 a KP 7 mají zažité situace, kdy klienti informace sdělují většinou klíčovému pracovníkovi či pracovníkovi přímé péče. Pokud se řeší vážnější téma, pracovníci

se s ostatními kolegy radí a informace si předávají. Co se týče tématiky intimností mezi osobami se zdravotním postižením působil kladně ještě jeden projev náklonnosti. Tím je komunikace. Ta je pro KP 2, KP 4, KP 5, KP 6, a KP 7 primární. Klienti často sympatii k druhé osobě vyjadřují sdílením. Se svým partnerem tráví většinu času komunikací. O svém protějšku se vyjadřují kladně, rádi druhého vyzdvihují, jejich vztah je hlavní téma k hovoru. Jsou rádi, když někomu mohou sdělit, jak příjemně se ve vztahu cítí. Snaží se, aby dělali pro svůj vztah maximum. Z této podkategorie zjišťujeme, jaký význam má pro osoby se zdravotním postižením komunikace. Klíčový je také fakt, že se klientům dostává soukromí, na které by měl mít právo každý.

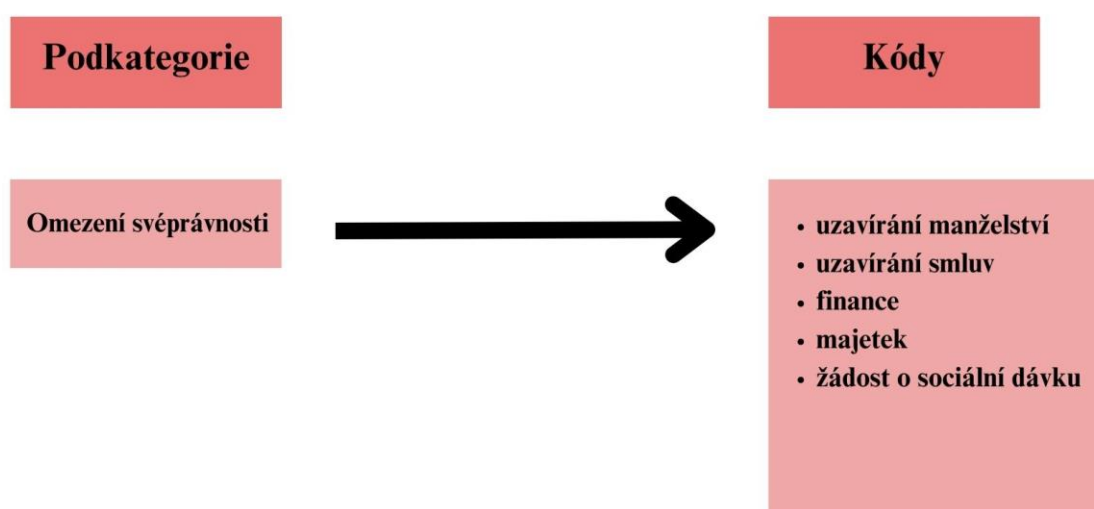


Obrázek 3: Podkategorie: Antikoncepce

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Ve třetí podkategorii je popsáno, jaké možnosti mají klientky v užívání antikoncepce. Podle všech KP je antikoncepce u klientek stoprocentně řešena. KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 6 a KP 7 dodávají, že jelikož jde o medikaci, která je v kompetenci lékaře, sociální pracovníci nemají přístup k informacím, a tak by správně neměli vědět, jakou antikoncepci klientky užívají. KP 3 uvádí: „*O antikoncepci rozhoduje lékař, do toho jako sociální pracovníci vůbec nezasahujeme. Jde o medikaci. Můžeme doporučit, ale je to soukromá věc. Většinou si to řeší opatrovníci, jde o jejich zájem, aby klientka neotěhotněla, i když nemá stálého partnera.*“ KP 2 informuje o řešení antikoncepce ze strany rodiny či opatrovníka klienta. Ti řeší antikoncepci obvykle na doporučení od sociální pracovnice. Tím spolupráce v této oblasti končí. Kromě KP 3

ostatní uvádí antikoncepční injekci jako nejčastější způsob antikoncepce. KP 2, KP 4, KP 5, KP 6 a KP 7 se setkávají s hormonálními antikoncepčními pilulkami. KP 6 uvádí také možnost užívání antikoncepčních náplastí. To, jaké antikoncepce klientky užívají, zjišťují KP jen díky informacím ze stran klientů a zdravotnických pracovníků. Jak uvádí například KP 4: „Klientky docházejí ke gynekologům. Tuto informaci dostáváme, když jezdí na pravidelné prohlídky. Takže antikoncepci určitě využívají.“ KP 6 dodává: „Předpokládám, že dochází k pravidelným kontrolám. Klientky nám chodí oznamovat, že jedou na gynekologii.“



Obrázek 4: Podkategorie: Omezení svéprávnosti

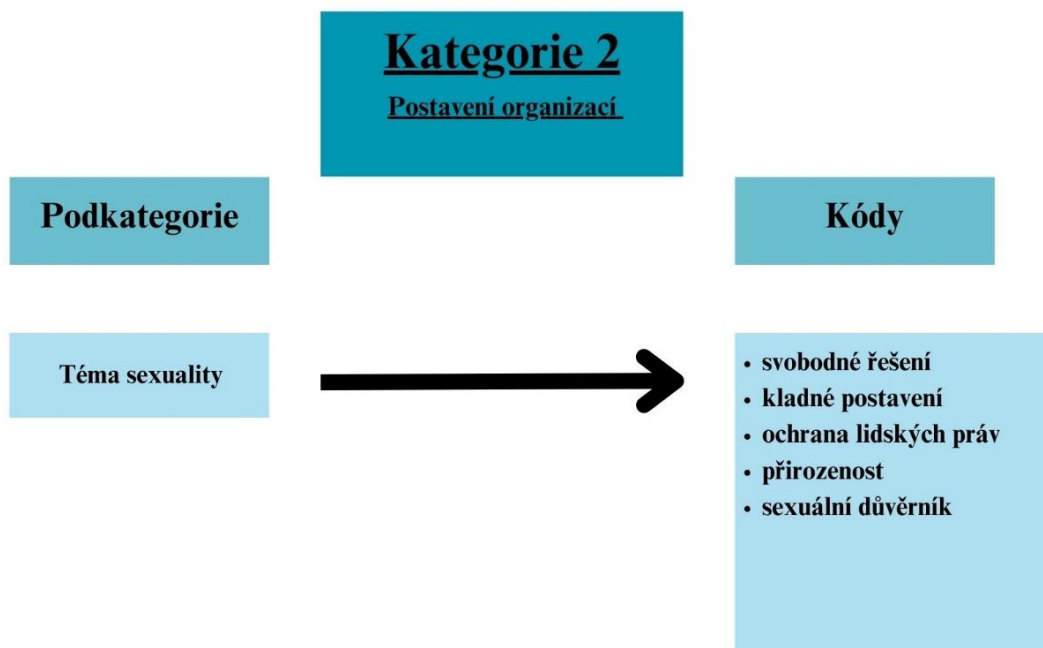
Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Čtvrtá podkategorie se zabývá tím, jakým způsobem jsou osoby se zdravotním postižením omezeny na svéprávnosti. KP se shodují na omezení svéprávnosti v možnosti uzavírat manželství. Jelikož jde o tematiku partnerství osob se zdravotním postižením, byla vznesena doplňující otázka, zda se KP setkali s tím, že by toto rozhodnutí klienta výrazně omezilo. Odpověď KP 4 shrnuje odpověď i ostatních KP: „Nesetkala jsem se s tím, že by klienti kvůli omezení byli naštvaní, většinou i když mají vztah, o manželství nestojí.“ KP 5 dodává: „Myslím si, že lidé se zdravotním postižením, hlavně s mentálním postižením, nemají většinou ani mentální kapacitu na to, aby si to uvědomovali.“ Co se týče omezení na svéprávnosti se všichni KP shodují na omezení při podepisování smluv. Dle KP 1 se jedná o uzavírání, změny i vypovídání smluv.

KP 3, KP 4 a KP 7 předkládají jako příklad uzavírání pracovních smluv. KP 6 uvádí smlouvy ohledně finančních záležitostí. „*Uzavírání takových smluv by mohlo zahnat klienta do obtíží, kterým nemůže ani rozumět.*“ dodává KP 6. Pokud jde o finanční záležitosti, dle KP 2 může být klient omezen tím, jak velký finanční obnos u sebe může mít. KP 1, KP 3, KP 6 a KP 7 sdělují časté omezení klientů na svéprávnosti v sepisování závětí, dále nemohou nakládat s majetkem podle svého uvážení. KP 5 k této tématice dodává: „*Může jít o smlouvy – například nějaké kupní smlouvy. Může se potom stát, že lidé se zdravotním postižením podepíší něco, co může vyvolat dluhy. Lidé toho můžou zneužívat.*“ Všichni KP se shodují, že lidé se zdravotním postižením jsou často omezeni v záležitosti podávání žádostí o dávku státní sociální podpory, o dávku hmotné nouze a jiné sociální dávky. KP 1 dodává: „*Jsou omezeni na svéprávnosti také v uzavírání a vypovídání smlouvy o sociálních službách týkající se jejich osoby.*“ Dle KP 5 může jít o velice dlouhý seznam, ale je to samozřejmě individuální podle rozhodnutí soudu. KP 2 uvádí: „*Jsou omezeni v určitých bodech, a to zapisujeme do programu. Ten program, když se něco závažného děje, je oporou v tom, když něco řešíme.*“ Také informuje o důležitosti zapsaných dat, která dále rozhodují například o tom, zda může klient trávit na pokoji čas, s kým on sám chce, nebo zda může trávit čas podle svého uvážení v interiéru či exteriéru. O všech omezeních je rozhodnuto ze strany soudu a záleží na zdravotním postižení klienta.

#### **4.2.2 Kategorie 2: Postavení organizací**

Druhá kategorie popisuje celkový přístup organizací k tématu sexuality u osob se zdravotním postižením. V podkategoriích je řešeno, jakým způsobem se organizace staví k prožívání sexuality u klientů a jaká je využívána metodika. Téma další podkategorie je zaměřené na možnosti informovanosti klientů ze stran organizací ohledně tématu sexuality. Dále je popsáno, zda jsou sociální pracovníci spokojeni s řešením sexuality v zařízení, ve kterém pracují. Nebo zda se během své praxe mimo zařízení setkali s jinou metodikou sexuality.

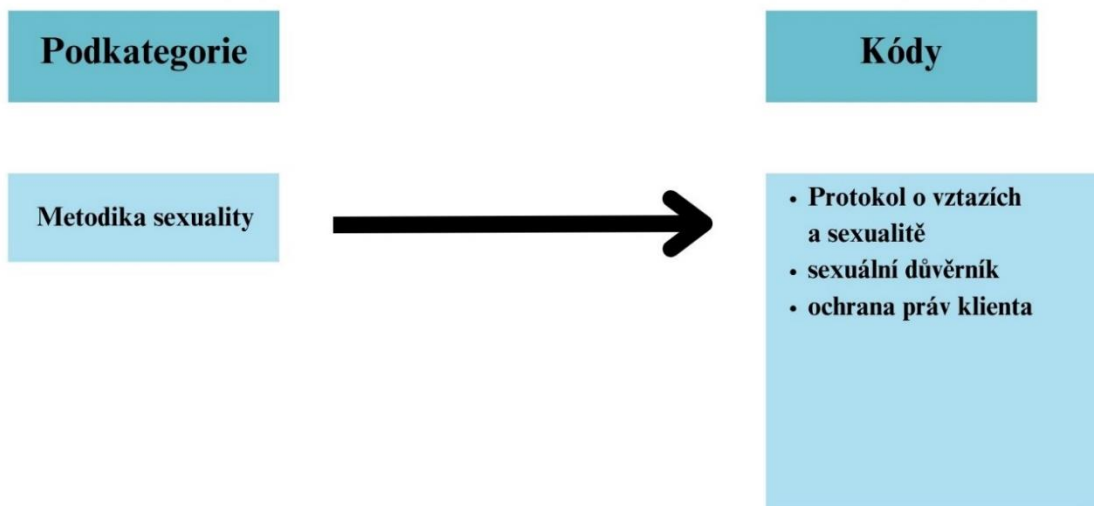


Obrázek 5: Kategorie 2: Postavení organizací, podkategorie: Téma sexuality

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Podkategorie se zabývá postavením k řešení sexuality ze strany organizací, ve kterých KP pracují. Odpovídáno bylo téměř shodně. Dle všech KP řeší organizace sexualitu velice svobodně. KP 1 a KP 3 odkazují na sexuálního důvěrníka, za kterým může klient kdykoliv přijít a požadovat konzultaci na téma sexuality. KP 3 dodává: „Sexuální důvěrnice mají různá sezení a školení, supervize. Je to samostatná funkce, podpora od vedení tu je obrovská, čímž vlastně napovídám k tomu, že sexualita zde není přehlížena, organizace se snaží co nejkvalitněji tuto tematiku řešit.“ KP 2, KP 3 a KP 7 si uvědomují důležitost zákazu docházení k poškození klienta. Proto se sexualita řeší v rámci ochrany lidských práv, která je stěžejní a je součástí Standardů kvality sociálních služeb. KP 1, KP 5, KP 6 a KP 7 doplňují kladný přístup k sexualitě v organizaci. KP 6 navazuje: „Myslím si, že k tomu přistupujeme velice přirozeně, jsme si vědomi toho, že tato oblast k životu patří.“

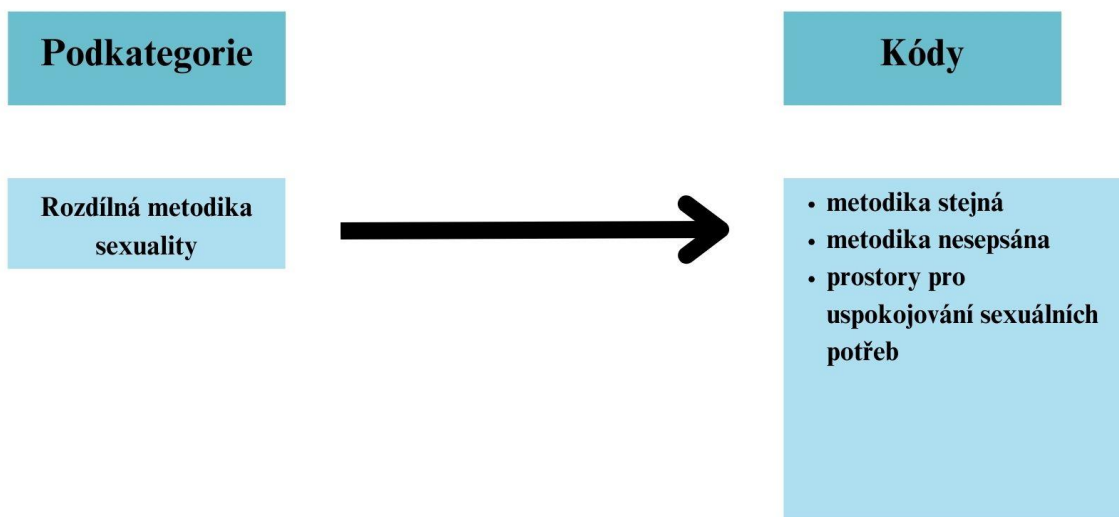




Obrázek 6: Podkategorie: Metodika sexuality

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

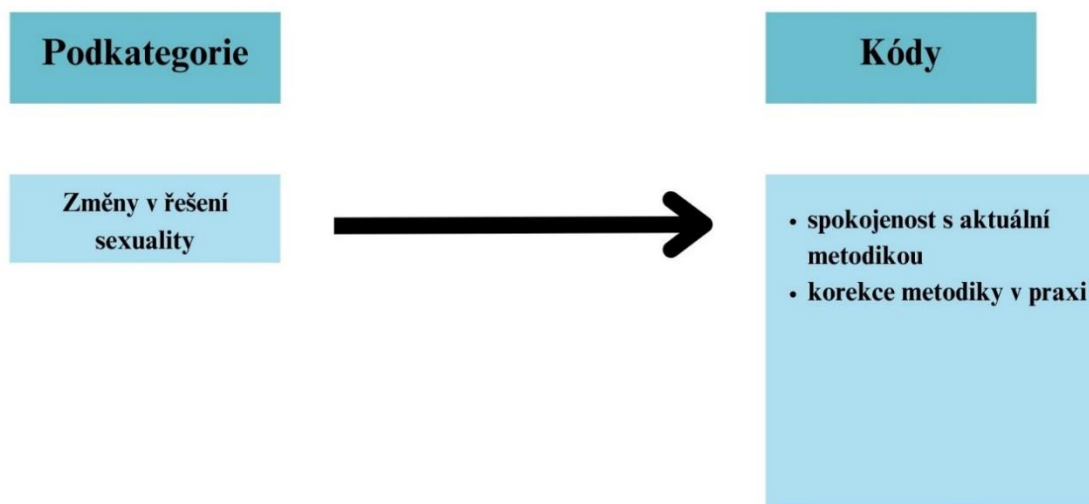
Další podkategorie popisuje, jakou metodiku při řešení sexuality využívá zařízení, ve kterém KP pracují. Všichni se shodují na sepsaném Protokolu o vztazích a sexualitě, který je součástí Standardů kvality sociálních služeb. KP 1, KP 3 a KP 4 jmenují sexuálního důvěrníka velice důležitým článkem v řešení sexuality. Jde o velice zaběhlou funkci. Pokud se řeší jakýkoliv problém ohledně sexuality, má sexuální důvěrník postupovat podle protokolu. KP 3 přibližuje funkci: „*U nás v organizaci máme sexuálního důvěrníka na každou službu, to je nejdůležitější postavení, co se týče řešení sexuality klientů. Sexuální důvěrníci o tom ví nejvíce. Organizace nezasahuje, většinou spíše sexuálním důvěrníkům pomáhá. Mají největší pravomoc k řešení.*“ KP 5 a KP 7 zmiňují problémy, které vznikají ohledně sexuality. Ty řeší pracovníci v týmu. Společně se schází na týmových poradách a jednají podle sepsaných pravidel, které naleznou v již zmiňovaném protokolu. KP 4 a KP 7 upozorňují na důležitost jednání v zájmu ochrany práv klienta.



Obrázek 7: Podkategorie: Rozdílná metodika sexuality

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

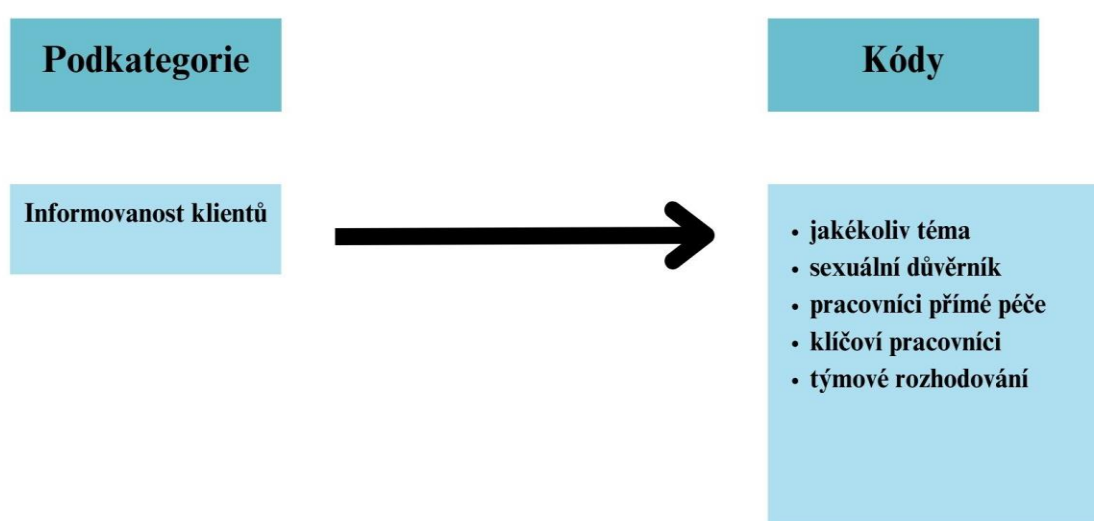
KP 2, KP 4, KP 5 a KP 6 jiné metody řešení sexuality za dobu praxe nepoznali. KP 4 dodává: „Často mají organizace zpracovanou tematiku sexuality a staví se k tomuto tématu svobodně.“ KP 3 a KP 7 uvádí organizace, které metodiku popisující vztahy a sexualitu, neměly vytvořenou. Toto téma neřešily. KP 1 se setkala s organizací, kde měli klienti vytvořený speciální prostor pro uspokojení svých sexuálních potřeb.



Obrázek 8: Podkategorie: Změny v řešení sexuality

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

KP se všim ohledně tematiky řešení sexuality v jejich organizaci souhlasí. Žádné změny by nenavrhovali. KP 2 a KP 7 zmiňují korekci metodiky, která se zabývá sexualitou klientů, a je realizována v průběhu. KP 7 informuje: „*Máme ji aktualizovanou, třeba jen aktualizujeme slovník a konkretizujeme některé situace.*“ KP 2 se přidává: „*Metodika se mění pouze, když se řeší individuální přístup, nastane komplikace s klientem, a metodika se na základě dané komplikace aktualizuje, tím pádem vylepší pro budoucí jednání.*“ KP 6 vítá rozvoj tematiky sexuality a fakt, že většina pobytových zařízení je složena z mužů i žen.



Obrázek 9: Podkategorie: Informovanost klientů

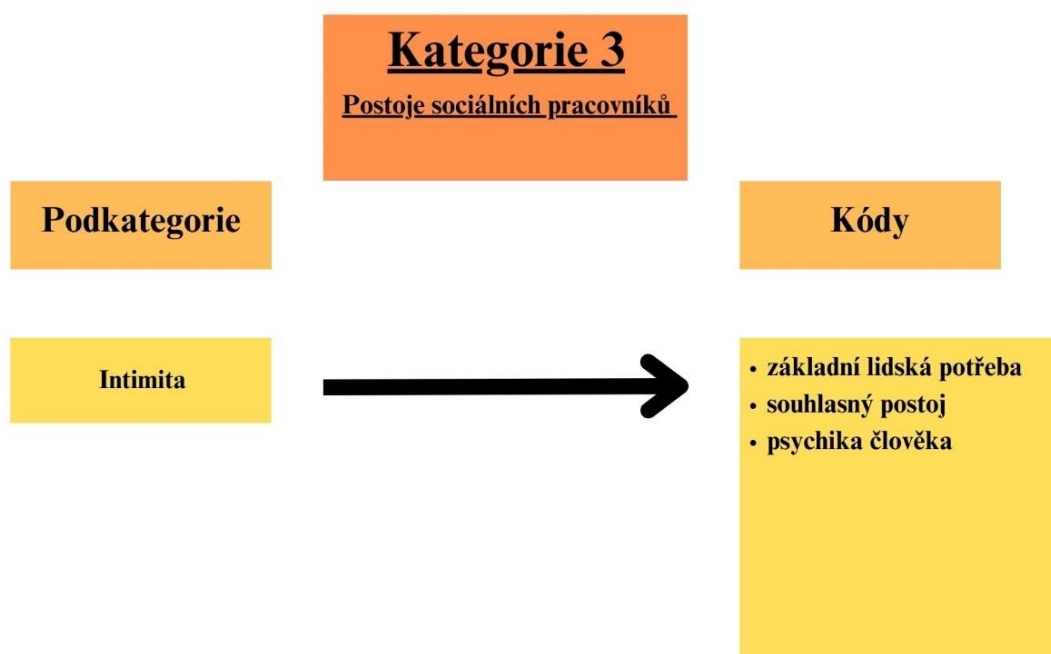
Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Poslední podkategorie této kategorie se zaměřuje na informovanost osob se zdravotním postižením, jakožto klientů, ze stran personálu organizace. Dle všech KP mají klienti možnost se zeptat na jakékoliv téma, nic není tabu. KP 1, KP 2, KP 3 a KP 4 popisují zvyklost klientů jít s problémem rovnou za sexuálním důvěrníkem. KP 2 a KP 3 doplňují informace o speciálním proškolení sexuálních důvěrníků. Jsou k této činnosti nejvíce kompetentní. Dále si zaznamenává individuální rozhovory, vede dokumentaci. KP 4 informuje o přítomnosti knih a pomůcek u sexuálních důvěrníků. Ty slouží ke kvalitnější edukaci klientů. KP 5, KP 6 a KP 7 uvádí jako hlavní informátory klíčové pracovníky, kteří znají klienty velice důkladně a jsou jim nejbližší. KP 6 dodává: „*Určitě klienti oslovují nejvíce svoje klíčové pracovníky, nebo pracovníky*

*přímé péče, a ti jim poradí, s čím oni budou potřebovat. Nemáme tu sexuální důvěrnice. Ale když už mají klienti problém, chodí za nimi, a obvykle se vše v klidu vyřeší.“ KP 5 a KP 7 informují, že pokud nastane problém, klient potřebuje pomoci v oblasti sexuality, pracovníci spolupracují v týmu. Informace se aktivně předávají a pracovníci se skupinově radí.*

#### **4.2.3 Kategorie 3: Postoje sociálních pracovníků**

Třetí kategorie se zaměřuje na postoje sociálních pracovníků. Podkategorie popisují, jaký názor mají sociální pracovníci na téma prožívání intimity osob se zdravotním postižením. Popisuje, jakým způsobem pohlížejí na sňatky či zakládání rodin ze strany osob se zdravotním postižením. Dále je vyobrazeno a řešeno téma sexuální asistence. V poslední podkategorii je popsáno, jaké změny v úsudku o řešení sexuality během let praxe sociálních pracovníků nastaly.

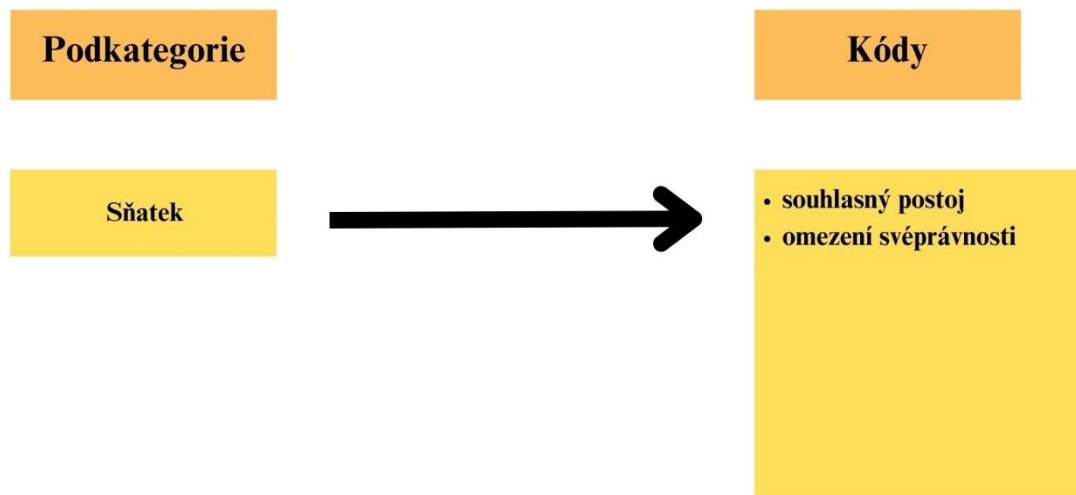


Obrázek 10: Kategorie 3: Postoje sociálních pracovníků, podkategorie: Intimita

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Všichni KP jsou toho názoru, že lidé se zdravotním postižením mají právo na prožívání intimity. KP 1, KP 3, KP 5 a KP 7 popisují sexualitu jako základní lidskou potřebu, na kterou má právo každý člověk. KP 4 dodává: „Každý má nárok prožívat intimitu.“ KP 6 popisuje: „Už jen ta blízkost, to pohlazení, to, že máte někoho prostě

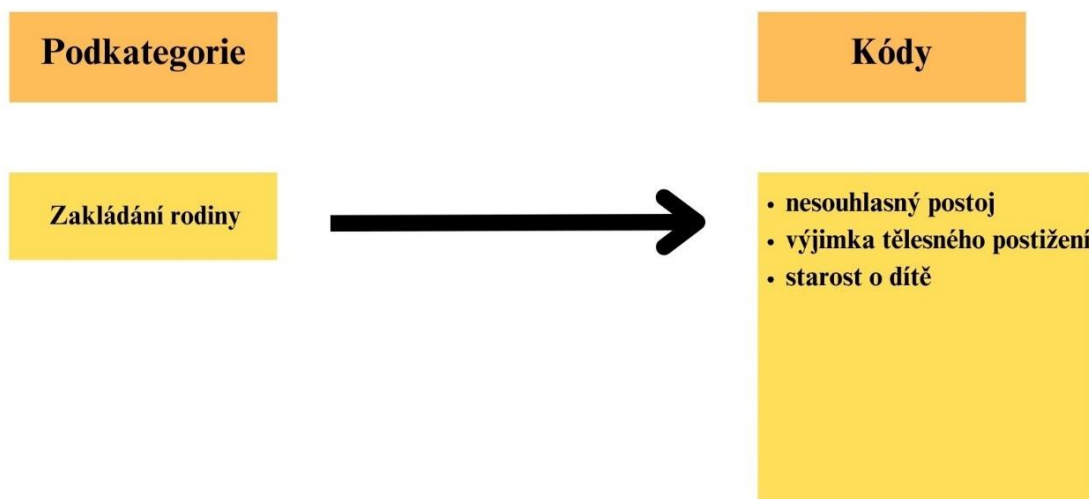
*u sebe, že to je hrozně fajn, i na tu psychiku člověka to má dobrý dopad. Vezměte si, že už v klasickém životě, když se někomu daří/nedaří v partnerském životě, tak to má na lidi taky dopad. Takže tady si myslím také, že ten pocit, že k sobě někoho mají, je pro člověka důležitý a je jedno, jestli člověk má či nemá postižení.“*



Obrázek 11: Podkategorie: Sňatek

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Následující podkategorie popisuje názory KP na uzavírání sňatku osobami se zdravotním postižením. KP 1 sděluje, že pokud není osoba omezena na svéprávnosti v oblasti manželství, nebránila by jejich rozhodnutí uzavřít sňatek. S názorem KP 1 se ztotožňuje KP 2, KP 4, KP 5, KP 6 i KP 7. KP 6 dodává: *„Když to zákon umožňuje, určitě bych nebyla proti takovému tomu partnerství, kde si oni sami vyjadřují nějaký slib, mají potřebu si ten slib dát před rodinami a blízkými, tak mi to přijde hezké a určitě bych to podpořila.“* Pokud dle KP 3 dva lidé projdou partnerstvím a funguje jim to spolu, sňatek by určitě nezavrhovala. KP 4 informuje o dvou klientech, kteří spolu tvořili pár a později se také vzali. *„Svatba neproběhla v organizaci, ale mimo ni, ale věděli jsme, že jsou manželé.“* dodává KP 4. KP 7 sděluje: *„Dokonce jsme tu měli pár, který si dal své sliby zde u nás v organizaci. Měli tu své nejbližší, chtěli si dát své sliby veřejně, bylo to pěkné.“*

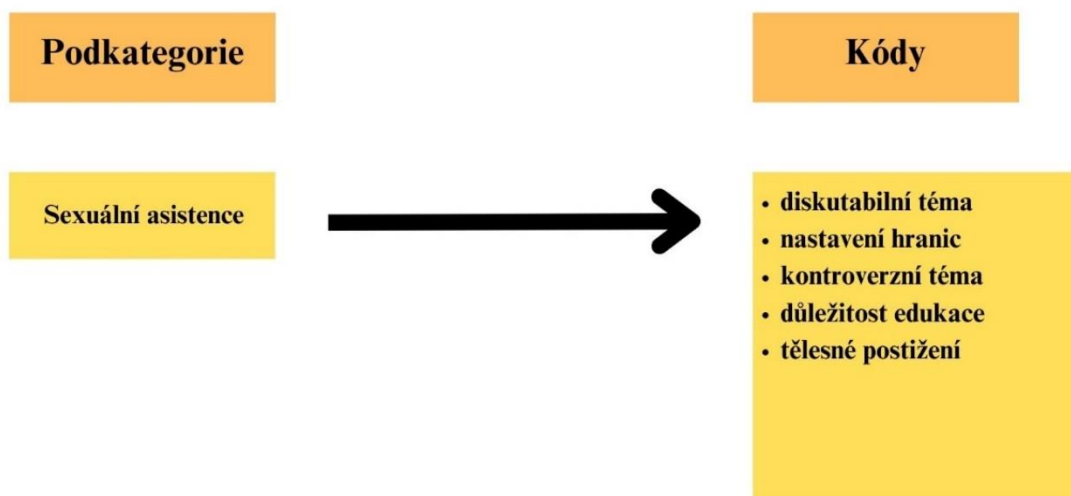


Obrázek 12: Podkategorie: Zakládání rodin

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Když došlo v rozhovorech na téma zakládání rodin ze strany osob se zdravotním postižením, pojetí odpovědí bylo různé. KP přemýšleli nad tématem z různých hledisek, ale většina z KP projevila vůči zakládání rodin nesouhlas. KP 1 uvedla, že si neumí představit člověka s mentálním postižením v roli rodiče, když i on sám při těžší míře postižení potřebuje péči jiného člověka. KP 3, KP 4, KP 5, KP 6 i KP 7 souhlasí s KP 1. Nejdůležitější je, aby se o dítě byli schopni postarat. KP 4 zmiňuje: *„Jde o to, zda se o sebe člověk umí postarat, zda by se potom postaral i o potomka. Pokud by to byl někdo po nehodě, asi bych ten problém opravdu neviděla. Pokud je to ale vada vrozená, nesouhlasila bych, protože potomci mají pak to postižení také, nebo dokonce horší.“* KP 7 udává, že narozené dítě je poté velmi sociálně a zdravotně zatíženo. KP 6 navazuje: *„V předchozím zaměstnání jsem se setkala s několika dětmi z partnerství s nějakým mentálním nebo vážným psychickým onemocněním, kdy jsem jako pracovnice OSPODU řešila situaci a opatrovnictví takového dítěte. A velice často se ty děti rodily s velice těžkými mentálními postiženími, což znamená, že už od narození byly odkázány na lékařskou péči a zdravotní zákroky opravdu od útlého dětství. Takže tam bych byla hodně zdrženlivá a spíš řeknu, že ne.“* KP 6 uvažuje nad nespravedlností vůči narozeným dětem. KP 2 a KP 3 se shodují s KP 6. KP 2 navrhuje dlouhé šetření a vyhodnocování budoucnosti před rozhodnutím, zda mít či nemít dítě. Důležitá je především ochrana jejich i ochrana potomstva. KP 3 informuje o svém předchozím setkání s osobami se zdravotním postižením, které měly dítě. Dítě se stoprocentně

zdravé nenarodí a má zničený život. KP 4 a KP 6 berou při přemýšlení nad tímto tématem zřetel také nad tím, jaké zdravotní postižení jedinec má. KP 4 sděluje, že u mentálního postižení je nutno být striktní, zatímco u postižení tělesného by se měla důkladně zvážit těžkost daného postižení a fakt, zda se jedinec dokáže o dítě postarat. KP 6 udává: „*Co se týká zdravotního postižení, jako zdravotního postižení tělesného, tak si myslím, že je to hodně individuální. Každý ať si zváží, jaký je jeho zdravotní stav zodpovědně, ať si každý zváží, jestli má uspokojující podporu, aby péči o děti zvládal.*“



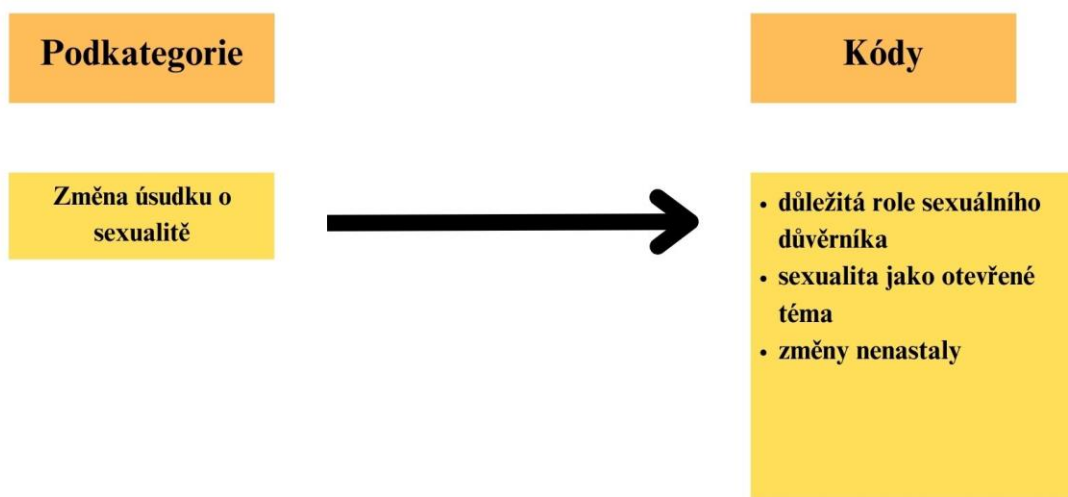
Obrázek 13: Podkategorie: Sexuální asistence

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

V rámci sexuality osob se zdravotním postižením, je často řešena sexuální asistence. Při rozebírání tohoto tématu jsem ze strany KP cítila, že je toto téma těžké uchopit. KP nevěděli, zda službu podporovat nebo ji spíše odsuzovat. KP 1 a KP 2 vnímají tematiku sexuální asistence jako diskutabilní. Pro KP 4 a KP 5 je toto téma kontroverzní. KP 1, KP 4 a KP 7 zmiňují důležitost edukace pracovníků, kteří sexuální asistenci poskytují. KP 2, KP 3 a KP 4 se zamýšlejí nad daným druhem postižení, u kterého by tato služba byla pochopitelná. Sexuální asistenci si umí představit u osob s tělesným postižením. KP 2 svou odpověď odůvodňuje: „*Možná jsem ale pro u osob s tělesným postižením, tam pokud potřebují pomoc právě kvůli jejich fyzické stránce, tak je to zase něco jiného než u mentálního postižení, kdy si to jedinec kvůli snížené mozkové kapacitě třeba neumí vysvětlit, neumí pochopit.*“ KP 3 dodává: „*Možná třeba*

*u osob s tělesným postižením bych ještě souhlasila, jsou to lidé, kteří potřebují nějakým způsobem pomoc a poradit, jak se, co dělá, když je člověk takhle hendikepovaný. U mentálních případů si to neumím představit.“* KP 4 popisuje, že u osob s tělesným postižením by to bylo pochopitelné například u člověka, který prodělal vážnou nehodu a potřebuje pomoci s tím, jakým způsobem může jinak využívat své tělo. Pro KP 2, KP 3, KP 4 a KP 6 je téma sexuální asistence o otázce nastavení hranic. KP 3 doplňuje: *„Upřímně jsem se ani ještě nezamýšlela nad tím, zda to má smysl. Možná u jednoho z více případů ano, ale nemyslím si, že když by se to rozjelo jako na běžícím páse, že by to něčemu pomohlo. Já to stále vnímám jako téma, které už je trošku přes čáru.“* Dále také zmiňuje důležitost individuálních posudků, aby bylo jasné, u kterého člověka to smysl má, u kterého nikoliv. KP 5, KP 6 a KP 7 přiznávají nulovou zkušenost se sexuální asistencí. Proto si průběh činnosti nedokážou představit. KP 6 popisuje: *„Asi je to i tím, že jsem se s tím sama úplně nesečkala, spíše jsem o tom četla. Určitě je fajn, že tato tematika jde dopředu, že někdo dělá něco navíc, co my v sociální službě neděláme, ale opravdu víc nevím, co si o tom mám myslet.“* KP 4 souhlasí a doplňuje: *„Je samozřejmě fajn, že jelikož sociální služby úplně nejsou schopny reagovat až takhle do hloubky na tuto problematiku, je tu potom sexuální asistence. Asi si myslím, že je i fajn, že lidé s postižením jsou v tomto ohledu edukováni více než od pracovníků sociálního zařízení. Přece jen sexuální asistentky jsou více edukovány v tomto ohledu, v tom, jak jednat s lidmi s postižením.“* Sexuální asistence je v mnoha oblastech přínosem, zároveň se objevuje mnoho neznámých. Je sexuální asistenci potřeba limitovat? Je tato služba pro všechny osoby se zdravotním postižením? Jsou správně nastaveny hranice? Sexuální asistence je činnost, která je v České republice na počátku svého rozvoje. Jak již bylo zmíněno od KP 6, tematika sexuality jde stále dopředu.





Obrázek 14: Podkategorie: Změna úsudku o sexualitě

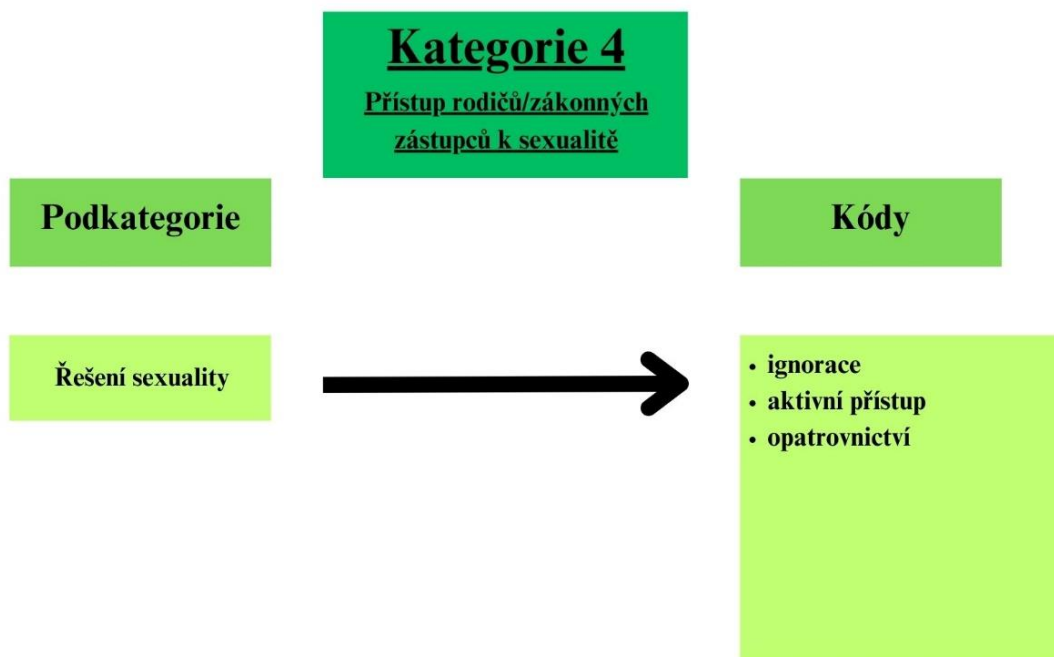
Zdroj: vlastní výzkum, 2024

V poslední podkategorii této kategorie jsou popsány změny v úsudku o sexualitě, které během let praxe u komunikačních partnerů nastaly. KP 2, KP 3 a KP 6 informují o nulových změnách v jejich v úsudku. KP 2 popisuje o uvědomění lidských práv. Každý má právo prožívat sexualitu. KP 2 dodává: „*Nikdy jsem nemyslela na to, že by se lidem mělo ubírat. Vždycky jsem nějak tušila, že tu toto téma je a jsem ráda, že se v poslední době rozvíjí.*“ KP 3 sděluje, že vždy o sexualitě věděla. Toto téma by určitě nemělo být tabu. Během praxe si uvědomila důležitost sexuálního důvěrníka v pobytových službách. KP 3 doplňuje: „*Určitě jsem zjistila, že je hodně důležité, aby si klient k vám vytvořil určitou důvěru, aby když se něco stane za Vámi šel... tím se potom problémy ohledně sexuality řeší úplně jinak. Pokud z vás klienti cítí tu důvěru, přijdou sami, jsou mnohem otevřenější. Pokud se klienti seknou, nic se nevyřeší. Proto si myslím, že je důležité mít v pobytové službě sexuálního důvěrníka, aby měli klienti jednoho člověka, za kterým mohou jít.*“ KP 1 souhlasí: „*Dříve jsem si to tak neuvědomovala, ale v dnešní době si myslím, že sexuální důvěrník by měl být ve všech pobytových zařízeních pro osoby se zdravotním postižením, protože je to v rámci sexuality klientů velice důležitá osoba a mnohdy může svým přístupem a znalostmi zabránit velký škodám a následkům na psychice nebo zdraví dalších klientů.*“ KP 4, KP 5 a KP 7 se shodují v přemýšlení o sexualitě v minulosti. Příliš si ji neuvědomovali a mysleli si, že se neřeší. Opak je pravdou. Dle KP 4 je tematika řešena více než si myslela, za což je ráda. KP 5 přiznává dřívější mylný pohled na sexualitu.

Nečekala takto otevřenou komunikaci o sexualitě. Když začínala pracovat s osobami se zdravotním postižením, nepočítala u klientů s intimitou. „Zkušenější pracovnice mi vyprávěly, co se mezi klienty děje, a upřímně jsem tomu nevěřila. Teď po té době vidím, že je to skutečně pravda.“ doplňuje KP 5. „Určitě je vidět větší otevřenost, oficiální zpracování a přijetí toho tématu jako součást poskytování sociálních služeb v pobytových službách.“ dodává KP 7.

#### 4.2.4 Kategorie 4: Přístup rodičů/zákonných zástupců k sexualitě

Kategorie 4 popisuje přístupy rodičů/ zákonných zástupců k tématice sexuality. V první podkategorii je přiblíženo, jak se rodiče/zákonní zástupci osob se zdravotním postižením staví k sexualitě. V druhé podkategorii jsou popsány zkušenosti sociálních pracovníků s jednáním rodičů/zákonných zástupců ohledně sexuality klientů.

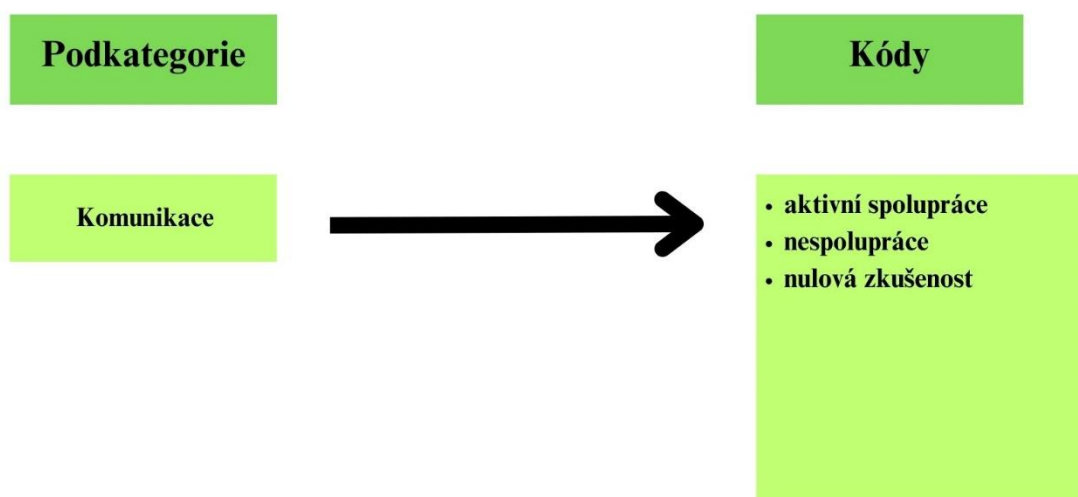


Obrázek 15: Kategorie 4: Přístup rodičů/zákonných zástupců k sexualitě, podkategorie: Řešení sexuality

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

První podkategorie je zaměřena na postoj rodičů/zákonných zástupců osob se zdravotním postižením k sexualitě. V zařízení u KP 5, KP 6 a KP 7 jsou klienti dospělí a mají opatrovníky, ti tuto tematiku vůbec neřeší. KP 3 popisuje, že jelikož jsou klienti v jejich zařízení dospělí, musel by jejich čin hraničit se zákonem, aby se tato

tématika řešila s rodiči/zákonnými nebo opatrovníky, což se za doby praxe KP 3 ještě nestalo. KP 4 zmiňuje pasivní přístup rodičů/zákonných zástupců. „Většinou si možná myslím, že je to i kvůli tomu, že řeší ostatní oblasti, které souvisejí s postižením, a sexualitu třeba zapominají. Někteří si potom třeba úplně neuvědomují, jak je to důležité, a tak to spíše přehlížejí.“ dodává KP 4. KP 1 a KP 2 se shodují v existenci dvou skupin rodičů/zákonných zástupců. Jedna skupina tuto tematiku řeší, zajímá se o ni. Druhá skupina sexualitu řešit nechce, nepřipouští si její důležitost. KP 2 informuje o případech, ve kterých opatrovník sexualitu řešit chce, ale komunikace s ním může být náročná z hlediska nárokování opatrovance. „V případě, že je to manžel/manželka opatrovník, tak jsem zažila, že opatrovnice třeba žárlila. Opět jsme hodně obezřetní, vysvětlovali jsme, že je to právo klienta, že on je v určitým světě, že to mentální postižení je třeba na základě traumatu v jeho případě, a že přes ten týden tady žije v tom týdenních stacionáři a neděje se opravdu nic, co by se jí nelíbilo.“ vysvětluje KP 2. KP 2 byla tázána, zda došlo k nějaké náročnější situaci, kdy museli kontaktovat opatrovníka/ opatrovnici jako manžela/manželku klienta. KP 2 odpovídá, že za dobu praxe se s takovým případem v jejich zařízení nesetkali. KP 2 popisuje: „Pokud by k něčemu došlo, například ke kontaktu s jiným klientem, tak bych vysvětlila opatrovnici, aby byla obezřetná, v tomto případě je to ve velké míře sociální práce s rodinou. Klient si kvůli mentálnímu postižení nemusí uvědomovat, že druhým nějakým svým činem ubližuje.“



Obrázek 16: Podkategorie: Komunikace

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

V druhé podkategorii je popsáno, jaké zkušenosti mají komunikační partneři s jednáním rodičů/zákonných zástupců. KP 5, KP 6 a KP 7 nemají zkušenost s řešením sexuality s rodiči či zákonnými zástupci, protože klienti u nich v zařízení jsou dospělí a mají opatrovníky. Pokud se neděje nic vážného, co by hraničilo se zákonem, sexualitu s nimi řešit nemusí. Ostatní KP uvádí dvě skupiny rodičů/zákonných zástupců či opatrovníků. První skupina aktivně spolupracuje, druhá nespolupracuje vůbec. KP 3 popisuje, že se s rodiči nebo opatrovníky nejedná. Pokud ano, rodič nebo opatrovník vše vyslechne, ale spíše to řešit nechce. *„Když už něco přijde, vyslechnou vás, ale přijde mi, že o tom ani slyšet nechtějí, je to pro ně takové zakázané téma, tabu ještě.“* dodává KP 3. *„Když už o nějakém problému ohledně sexuality mluvíme, chce to možná více úsilí v té oblasti, že rodiče/zákonní zástupci to vidí trošku rozdílně, třeba to neberou tak důležitě, jak už jsem zmínila. V rámci individuálního rozhovoru se jim snažíme co nejvíce přiblížit situaci a snažíme se jim třeba vysvětlit, jak tuto záležitost berou klienti, co je pro klienta dobré, co naopak dobré není. Nechceme je poučovat, to vůbec ne, spíše jim lépe osvětlit ten daný jev.“* sděluje KP 4.

## 5 Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá tématem řešení sexuality osob se zdravotním postižením. Výzkum je zaměřen na sociální pracovníky, kteří pracují v pobytových zařízeních s osobami se zdravotním postižením. Cílem bakalářské práce bylo popsat zkušenosti sociálních pracovníků s řešením sexuality u osob se zdravotním postižením, které přebývají v pobytových zařízeních. Dílčím cílem bakalářské práce bylo zjistit postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením. Pro sběr dat byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, realizace proběhla technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen sociálními pracovníky, kteří působí v pobytových zařízeních, jejichž cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením. Schůzky byly poklidného charakteru a probíhaly osobně v kancelářích sociálních pracovníků.

Téma bylo zvoleno z důvodu, že celková problematika sexuality u osob se zdravotním postižením byla v předchozích letech přehlížena, čímž nebyla naplňována práva klientů. Téma mi přijde aktuální, protože se v posledních letech rozvíjí. Společnost se k této tématice staví svobodněji. V rámci svobodnějšího přístupu k tématu mě zajímaly postupy, které jsou realizovány v praxi, aby napomohly rozvoji řešení sexuality u osob se zdravotním postižením.

V úvodu praktické části byly popsány identifikační údaje, které přibližují sociální pracovníky. Z počátku byli komunikační partneři tázáni na věk, délku praxe s osobami se zdravotním postižením a typ pobytového zařízení. Tyto údaje pro mě byly v rámci výzkumu důležité. Typ pobytového zařízení byl významný v rámci různorodosti pobytových zařízení, ve kterých byly realizovány rozhovory se sociálními pracovníky. Sociální pracovníci byli dotazováni na věk z důvodu toho, že podle věku komunikačních partnerů se mohou odvíjet výsledky. Věk může hrát významnou roli v postojích sociálních pracovníků k dané problematice. Informace o délce praxe značí fakt, jak dlouho sociální pracovníci pracují s danou cílovou skupinou. Délka praxe může ovlivnit znalosti o cílové skupině, tím i postoje, které byly v rámci naplnění cíle zjišťovány.

Výzkum byl rozlišen do čtyř kategorií. V první kategorii byla detailněji charakterizována sexualita osob se zdravotním postižením. Jsou popsány jejich konkrétní vyjádření sexuality, intimnosti mezi klienty, možnosti užívání antikoncepce a oblasti, ve kterých jsou osoby se zdravotním postižením omezeny na svéprávnosti.

V rámci projevů sexuality osob se zdravotním postižením, jakožto klientů pobytových zařízení, bylo zjištěno, že projevy lze rozřadit do dvou skupin. Projevy jsou pozitivní či negativní. Pozitivními projevy jsou jemné dotyky, držení za ruce, objímání, flirt a polibky. Jako negativní vyjádření se projevuje vulgarismus a násilné chování. Osoby se zdravotním postižením si kvůli sníženému intelektu neuvědomují, co se s jejich tělem děje. Kvůli neuspokojení základní potřeby dochází ke zmíněným negativním projevům. Koliba (2019) zmiňuje, že sexualita odráží povahu člověka. Koliba (2019) uvádí, že sexualita může člověka ovlivnit příznivě, ale také může mít nežádoucí vliv, který se v intenzivnější fázi projevuje až sebevraždnými sklony. Sebevražedné sklony se ve výpovědích sociálních pracovníků neobjevily. Obvykle se u osob se zdravotním postižením objeví strach a úzkost z nepochopení vlastních těl. V zařízeních dle výpovědí sociálních pracovníků dochází k intimnostem mezi klienty. Sociální pracovníci sdělují, že nejčastějším projevem intimnosti je mezi klienty citová vazba. Intimnosti nemají pouze sexuální charakter, ale jsou spíše vyjadřovány vztahem mezi klienty. Klienti zažívají pocity blaženosti, že mají s kým trávit čas a sdílet myšlenky. Dle Kozákové (2022) je vztah s jiným člověkem důležitým jevem v lidském životě, který pozitivně ovlivňuje kvalitu života dané osoby. Samozřejmě mezi klienty v pobytových zařízeních dochází také k pohlavnímu styku. Sociální pracovníci odkazují v této tématice na soukromí klientů, které je primární při dodržování základních lidských práv. Pokud mají klienti zavřené dveře od svého pokoje, pracovníci daného zařízení nejsou kompetentní k tomu, aby klientovo soukromí narušovali. Informaci o činnosti mají možnost získat prostřednictvím výpovědi klientů, což je dle mého názoru korektní přístup. Šídová (2018) udává, že k lidským právům všech osob patří sexuální práva, jejichž součástí je právo na partnera a právo prožívat sexuální život. V důsledku prožívání sexuálních intimností je klientkám dle informací ze stran sociálních pracovníků doporučeno užívat antikoncepci. Kozáková (2022) uvádí, že za medikaci žen kvůli ochraně před otěhotněním zodpovídá lékař. Tato informace byla sdělením sociálních pracovníků potvrzena. Sociální pracovníci byli tázáni na druhy užívané antikoncepce. Sociální pracovníci nemají kompetenci k nahlédnutí do lékařského spisu jedince, tím pádem se mohou jen domnívat, že jde o antikoncepční injekce. Dle mého názoru je tato oblast nedořešena. Někteří sociální pracovníci mi druh antikoncepce bez problému sdělili. Byli tu ale také sociální pracovníci, kteří okamžitě oznamovali, že tuto informaci vědět opravdu nesmějí, jelikož se jedná o medikaci lékaře. Všichni sociální pracovníci byli z pobytových zařízení, proto mi nedává smysl,

proč je to u jedné organizace tak, u druhé jinak. Sociální pracovníci sice nejsou lékařští pracovníci. Přesto by měl být v rámci informovanosti povolen přístup k lékařským sdělením.

Ve druhé kategorii bylo popsáno postavení organizací k tématu sexuality osob se zdravotním postižením. Sociální pracovníci popisují přístupy organizací velice přívětivě. Pobytová zařízení mají ohledně sexuality zpracovaný Protokol o sexualitě a vztazích, podle kterého se řídí. Sexualita u klientů je vnímána svobodně a přirozeně. Sociální pracovníci odkazují na ochranu lidských práv, která je součástí standardů kvality sociálních služeb. Sociální pracovníci byli dotazováni, zda se setkali v jiných zařízeních s odlišným řešením sexuality klientů. Většina sociálních pracovníků se s odlišným řešením nesešla. Objevila se také sdělení, že se sociální pracovníci setkali s tím, že zařízení neměly Protokol o sexualitě a vztazích, protože sexualitu nijak neřešily. Toto tvrzení může být vzhledem k výzkumu zavádějící, protože zde nebylo řečeno, v jaké době se s ignorací sexuality ze strany pobytových zařízení setkali. V odlišnostech bylo také zmíněno, že se sociální pracovnice setkala s tím, že v některých zařízeních měli vyhraněný prostor pro klienty, kteří chtěli uspokojit svou sexuální potřebu. Za mě je to určitě zajímavé. Na druhou stranu si průběh fungování prostoru nedokážu představit. Bohužel prostory pro uspokojování sexuálních potřeb klientů nebyly přímo v žádném zařízení, ve kterém byl výzkum realizován, proto další informace k tématu nebyly zjištěny. V rámci řešení sexuality ze strany organizace popsala více jak polovina sociálních pracovníků, že primární roli v organizaci představuje sexuální důvěrník. Kozáková (2022) popisuje, že sexuální důvěrník je v zařízení k dispozici jako konzultant v oblasti sexuality. Zbylá část sociálních pracovníků v zařízeních nemá sexuálního důvěrníka. Vzniklé problémy řeší týmově. Myslím si, že role sexuálního důvěrníka je velice důležitá a měla by být zavedena ve všech pobytových zařízeních. Osoby se zdravotním postižením mají díky sexuálnímu důvěrníkům možnost získávat sjednocené informace od odborníka z oboru.

Třetí kategorie pojednává o postojích sociálních pracovníků k právům osob se zdravotním postižením. Komunikační partneři se k právům prožívání sexuality staví velice pozitivně. Všichni odkazují na to, že lidé se zdravotním postižením mají rovná práva jako všichni ostatní. Tématem k zamyšlení je právo na zakládání vlastních rodin osobami se zdravotním postižením. Šídová (2018) upozorňuje na základní lidská práva, která stanovují, že každý má právo na rozhodnutí, zda mít či nemít rodinu. K tomuto vyjádření mají sociální pracovníci spíše nesouhlasný postoj. Pokud má

jedinec zdravotní postižení, svým rozhodnutím mít potomka zvyšuje riziko narození dalšího jedince se zdravotním postižením. Tím tak nastává situace, kdy negativně ovlivní život dítěte. Dle mého názoru by mělo být toto právo posuzováno individuálně. U mentálního postižení bych se zakládáním rodin nesouhlasila. Člověk ohrožuje sebe i potomstvo. U fyzického postižení by mělo být realizováno individuální šetření. Člověk by měl zvážit, zda se zvládne postarat o druhého. Tímto názorem se ztotožňuji s komunikačními partnery. Zewude a Habtegiorgis (2021) popisují, že kvůli postoji společnosti není příliš časté, že by osoby se zdravotním postižením měly potomstvo. Rozvojem sexuality u jedinců se zdravotním postižením vznikla sexuální asistence. Sexuální asistence je velmi diskutabilní téma. Kozáková (2022) uvádí, že sexuální asistent je proškolený pracovník, který zastupuje roli poradenskou, může ale také navázat fyzický kontakt s klientem. Komunikační partneři odkazují na to, že se s touto funkcí doposud nesetkali. O sexuální asistenci pouze četli či slyšeli. Dle Šídové (2015) je sexuální asistent edukovaný v oblasti zdravotního postižení a využití pomůcek. Tato vlastnost je z pohledu sociálních pracovníků velice důležitá. Vzhledem k neosobní zkušenosti sociálních pracovníků nejsou výpovědi příliš zřetelné. Komunikační partneři berou toto téma jako kontroverzní. Často uvádějí, že fyzický kontakt s klienty je především o nastavení určitých hranic, proto si tuto činnost neumí představit v praxi. Dle mého názoru je vývoj sexuální asistence teprve na počátku. Já sama si činnost v praxi neumím představit. Vzhledem k tomu, že teprve před pár lety nastal vývoj samotné sexuality osob se zdravotním postižením, vývoj sexuální asistence bude mít ještě dlouhé trvání.

Poslední kategorie je zaměřena na skupinu rodičů/zákonných zástupců a jejich přístupu k sexualitě. Štěrbová (2019) uvádí, že rodiče osob se zdravotním postižením si důležitost sexuality svých dětí nejprve vůbec neuvědomují. Štěrbová (2019) dále doplňuje, že když se sexualita u osob se zdravotním postižením začne projevovat, bývá už pozdě. Ale sociální pracovníci popisují, že rodiče či zákonní zástupci mají k sexualitě negativní postoj, a celou problematiku obvykle ignorují. Dle výpovědí komunikačních partnerů je většina klientů plnoletá, čímž nedochází k informovanosti zákonných zástupců či opatrovníků.

Z mého úhlu pohledu je velice užitečné, že pobytová zařízení sexualitu osob se zdravotním postižením aktivně řeší. Téma sexuality se stále vyvíjí. Vznikají nové role jako je například sexuální důvěrník a sexuální asistent. Je určitě správné, že téma není již tak tabuizováno. Alespoň není zavržováno v souvislosti sociálních služeb.



Sociální pracovníci a organizace se k sexualitě staví otevřeně. Téma je více diskutované ve společnosti. Co se týče společnosti jako takové, myslím si, že osvěta tohoto tématu ještě pár let potrvá. Lidé této problematice nemusí příliš rozumět, nebo si ji vůbec neuvědomují.

## 6 Závěr

Jak již bylo definováno v předchozí kapitole, hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat zkušenosti sociálních pracovníků s řešením sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních. Dílčím cílem této bakalářské práce bylo zjistit postoj ze strany sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením. Pro výzkumné šetření byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat byl uskutečněn technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným souborem bylo sedm sociálních pracovníků, kteří působí v pobytových zařízeních s osobami se zdravotním postižením. Získané informace byly zpracovány technikou otevřeného kódování, dále byly rozděleny do kategorií.

Stanoveny byly dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: „Jaká je zkušenost sociálních pracovníků s vyjádřením sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních?“. Znění druhé otázky je: „Jaký je postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních?“. Dle mého názoru byly stanovené cíle naplněny a otázky zodpovězeny.

U první výzkumné otázky všichni komunikační partneři svými odpověďmi sdělují, že zkušenost s vyjádřením sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních mají. Osoby se zdravotním postižením vyjadřují sexualitu především slovy či dotyky. Sociální pracovníci sdělují, že u klientů si všimají nejčastěji flirtu, komunikace mezi klienty. Klienti se drží za ruce, hladí se, objímají se. Když spolu tvoří dva klienti pár, rádi o tom mluví, sdělují informace. Jsou šťastní, že mají někoho blízkého. Zároveň se v zařízeních striktně dodržuje právo na soukromí. To značí fakt, že pokud dochází mezi klienty k pohlavnímu styku, a nedochází k poškození jednoho či druhého klienta, pracovníci zařízení o tom nemusí být informováni. Osoby se zdravotním postižením vyjadřují sexualitu také negativním způsobem. Osoby se zdravotním postižením se vyjadřují vulgárně. Jemné dotyky jsou nahrazeny násilnými. Dochází k agresivnějším činům, kdy klient napadá ostatní klienty nebo pracovníky. Příčinnou těchto činů bývá dle sociálních pracovníků zmatenost a neznalost sexuality ze strany klientů. U klientů dochází k frustraci kvůli neuspokojování základní lidské potřeby. Trpí strachem a úzkostmi. Sexualita u osob se zdravotním postižením není mýtus. Skutečnost, že osoby se zdravotním postižením svou sexualitu vyjadřují, nám napovídá, že je potřeba, aby tematika sexuality byla aktivně řešena. Sociální pracovníci popisují, že vyjádření sexuality klientů je mapováno. Ze strany organizací

je vytvořena metodika sexuality, která je popsána v rámci standardů kvality sociálních služeb v Protokolu o vztazích a sexualitě. Organizace kladou důraz na dodržování základních práv klientů, ke kterým sexuální práva patří. Zařízení jsou si vědoma, že sexualita je základní lidská potřeba a že je potřeba, aby nebyla přehlížena.

U druhé výzkumné otázky, kde byl zjišťován postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních, shledávají sociální pracovníci, že je sexualita v životě člověka důležitá. Každý má právo na prožívání intimity. Sociální pracovníci se vyjadřují kladně k rozvoji tohoto tématu. Sexualita by neměla být přehlížena u žádné osoby. Je podle nich skvělé, že se ve společnosti o sexualitě v posledních letech více mluví a že toto téma přestává být tabuizováno. Postoj, který se také shodoval u všech sociálních pracovníků, je poutavý tím, že je na rozdíl od ostatních jediný negativní. Jde o téma zakládání rodin osobami se zdravotním postižením. K tomuto tématu mají sociální pracovníci nesouhlasný postoj. Primární je samozřejmě neopomenout individualitu a těžkost postižení jedince, ale v rámci ochrany dané osoby a ochrany dítěte sociální pracovníci nesouhlasí s tím, aby měly osoby se zdravotním postižením potomky.

Tato bakalářská práce může přiblížit tematiku sexuality osob se zdravotním postižením laické veřejnosti. Podle mého názoru by některé poznatky mohly sloužit jako inspirace pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v oblasti sexuality.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- 1) *06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*, 2024. WORLD HEALTH ORGANIZATION. [online]. ICD- 11 for Mortality and Morbidity Statistics. [cit. 2024-4-4]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>
- 2) AKGÜL, S. et al., 2022. Menstrual Suppression in Gender Minority Youth. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology* [online]. 2022-12-1, 14(4), 463-468 [cit. 2023-10-1]. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2021.2020.0283. ISSN 13085727. Dostupné z: [https://jag.journalagent.com/z4/download\\_fulltext.asp?pdire=jcrpe&plng=eng&un=JCRPE-05902](https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=jcrpe&plng=eng&un=JCRPE-05902)
- 3) BEEREPOOT, S. et al., 2022. Enjoyment of Sexuality and Longevity in Late Midlife and Older Adults: The Longitudinal Ageing Study Amsterdam. *Journal of Applied Gerontology* [online]. 41(6), 1615-1624 [cit. 2023-7-10]. DOI: 10.1177/07334648221078852. ISSN 0733-4648. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/07334648221078852>
- 4) BLOUNT, J.P. et al., 2021. Hydrocephalus in Spina Bifida. *Neurology India* [online]. 69(8) [cit. 2023-8-30]. DOI: 10.4103/0028-3886.332247. ISSN 0028-3886. Dostupné z: <http://www.neurologyindia.com/text.asp?2021/69/8/367/332247>
- 5) BROWN, H.K. et al., 2023. Contraception use among female youth with disabilities: Secondary analysis of a Canadian cross-sectional survey. *Disability and Health Journal* [online]. 16(2) [cit. 2023-7-18]. DOI: 10.1016/j.dhjo.2023.101445. ISSN 1936-6574. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657423000079>
- 6) BROWN, M. et al., 2020. The Design, Content and Delivery of Relationship and Sexuality Education Programmes for People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review of the International Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17(20) [cit. 2023-7-21]. DOI: 10.3390/ijerph17207568. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7568>

- 7) CAPP, G. et al., 2021. School Social Worker Voice during COVID-19 School Disruptions: A National Qualitative Analysis. *Children & Schools* [online]. 43(2), 79-88 [cit. 2023-9-3]. DOI: 10.1093/cs/cdab007. ISSN 1532-8759. Dostupné z: <https://academic.oup.com/cs/article/43/2/79/6283881>
- 8) CONKLIN, M.J. et al., 2020. Orthopedic guidelines for the care of people with spina bifida. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* [online].13(4), 629-635 [cit. 2023-8-30]. DOI: 10.3233/PRM-200750. ISSN 1875-8894. Dostupné z: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/PRM-200750>
- 9) ČADOVÁ, E., 2015. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4615-8.
- 10) F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování, 2023. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. [online]. MKN-10 klasifikace. [cit. 2023-4-4]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
- 11) GENOVESE, A., BUTLER, M.G., 2020. Clinical Assessment, Genetics, and Treatment Approaches in Autism Spectrum Disorder (ASD). *International Journal of Molecular Sciences* [online]. 21(13) [cit. 2023-8-29]. DOI: 10.3390/ijms21134726. ISSN 1422-0067. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/13/4726>
- 12) HAMEED, S. et al., 2020. From words to actions: systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low- and middle-income countries. *BMJ Global Health* [online]. 5(10) [cit. 2023-7-20]. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-002903. ISSN 2059-7908. Dostupné z: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2020-002903>
- 13) HANKOVÁ, M., KALENDA, S., 2016. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0012-5.
- 14) HARDT, S. et al., 2022. Sexual Harassment in Low- and Middle-Income Countries: A Qualitative Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse* [online]. [cit. 2023-10-1]. DOI: 10.1177/15248380221127255. ISSN 1524-8380. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380221127255>

- 15) HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- 16) HORNER-JOHNSON, W. et al., 2019. Contraceptive knowledge and use among women with intellectual, physical, or sensory disabilities: A systematic review. *Disability and Health Journal* [online]. 12(2), 139-154 [cit. 2023-7-18]. DOI: 10.1016/j.dhjo.2018.11.006. ISSN 19366574. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657418302103>
- 17) HOUTROW, A. et al., 2021. Promoting Healthy Sexuality for Children and Adolescents With Disabilities. *Pediatrics* [online]. 148(1) [cit. 2023-7-17]. DOI: 10.1542/peds.2021-052043. ISSN 0031-4005. Dostupné z: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/1/e2021052043/179970/Promoting-Healthy-Sexuality-for-Children-and>
- 18) HRICOVÁ, A. et al., 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3636-0.
- 19) CHO, H.-M. et al., 2023. Concept analysis of uncertainty in people with mental disabilities. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 45, 44-53 [cit. 2023-8-9]. DOI: 10.1016/j.apnu.2023.04.020. ISSN 0883-9417. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941723000572>
- 20) CHRASTINA, J., 2016. *Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení / přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti – výzkumy, teorie a jejich využití v práci s klientem* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. DOI: 10.5507/pdf.16.24448886. ISBN 978-80-244-4888-6.
- 21) JIANG, C.-C. et al., 2022. Signalling pathways in autism spectrum disorder: mechanisms and therapeutic implications. *Signal Transduction and Targeted Therapy* [online]. 7(1) [cit. 2023-8-29]. DOI: 10.1038/s41392-022-01081-0. ISSN 2059-3635. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41392-022-01081-0>
- 22) KESSI, M. et al., 2021. Calcium channelopathies and intellectual disability: a systematic review. *Orphanet Journal of Rare Diseases* [online]. 16(1) [cit. 2023-8-17]. DOI: 10.1186/s13023-021-01850-0. ISSN 1750-1172. Dostupné z: <https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13023-021-01850-0>

- 23) KIM, S., 2021. Social Work in Action: Anti-Asian Climate During COVID-19: Through the Lens of an Asian Social Worker. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare* [online]. 80(10), 257-258 [cit. 2023-9-3]. Dostupné z: <https://europepmc.org/article/MED/34661121>
- 24) KOLIBA, P. et al., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2039-0.
- 25) KOZÁKOVÁ, Z., 2022. *Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6233-2.
- 26) LORD, C. et al., 2018. Autism spectrum disorder. *The Lancet* [online]. 392(10146), 508-520 [cit. 2023-8-29]. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31129-2. ISSN 0140-6736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618311292>
- 27) LUND, E.M., 2020. Interpersonal violence against people with disabilities: Additional concerns and considerations in the COVID-19 pandemic. *Rehabilitation Psychology* [online]. 65(3), 199-205 [cit. 2023-8-13]. DOI: 10.1037/rep0000347. ISSN 1939-1544. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/rep0000347>
- 28) MAGGIO, M.G. et al., 2022. Sex and Sexuality in Autism Spectrum Disorders: A Scoping Review on a Neglected but Fundamental Issue. *Brain Sciences* [online]. 12(11), 1427 [cit. 2023-7-12]. DOI: 10.3390/brainsci12111427. ISSN 2076-3425. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-3425/12/11/1427>
- 29) MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- 30) MARRUS, N., HALL, L., 2017. Intellectual Disability and Language Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* [online]. 26(3), 539-554 [cit. 2023-10-1]. DOI: 10.1016/j.chc.2017.03.001. ISSN 10564993. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499317300408>
- 31) MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.

- 32) MATLAKALA, F.K. et al., 2022. Social workers' intervention during natural hazards. *Jambá Journal of Disaster Risk Studies* [online]. 14(1) [cit. 2023-9-3]. DOI: 10.4102/jamba.v14i1.1176. ISSN 2072-845X. Dostupné z: <http://www.jamba.org.za/index.php/JAMBA/article/view/1176>
- 33) MATOUŠEK, O. et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- 34) MATOUŠEK, O., 2021. *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4904-7.
- 35) NOVOTNÁ, H., ŠPAČEK, O., ŠŤOVÍČKOVÁ, M., ed., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-7571-025-3.
- 36) OREL, M., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
- 37) PAUL, S. et al., 2022. A Review on Recent Advances of Cerebral Palsy. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* [online]. 2022, 1-20 [cit. 2023-8-30]. DOI: 10.1155/2022/2622310. ISSN 1942-0994. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/omcl/2022/2622310/>
- 38) POULS, K.P.M. et al., 2022. Primary mental healthcare for adults with mild intellectual disabilities: a Dutch database study. *European Journal of General Practice* [online]. 2022-12-31, 28(1), 234-241 [cit. 2023-8-17]. DOI: 10.1080/13814788.2022.2142936. ISSN 1381-4788. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2022.2142936>
- 39) RANGANATHAN, M. et al., 2021. Measurement and prevalence of sexual harassment in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [online]. 11(6) [cit. 2023-9-27]. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047473. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-047473>
- 40) RASHIKJ-CANEVSKA, O. at al., 2023. Thoughts, Attitudes and Experiences of Parents of Children with Disabilities in the Republic of North Macedonia About Comprehensive Sexuality Education. *Sexuality and Disability* [online]. 41(1), 81-95 [cit. 2023-7-14]. DOI: 10.1007/s11195-022-09773-9. ISSN 0146-1044. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s11195-022-09773-9>



- 41) RUNDEK, T. et al., 2022. Vascular Cognitive Impairment (VCI). *Neurotherapeutics* [online]. 19(1), 68-88 [cit. 2023-8-30]. DOI: 10.1007/s13311-021-01170-y. ISSN 1933-7213. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s13311-021-01170-y>
- 42) *Sebezkušenostní výcvik*, 2019. [online]. Nebuď na nule, unie sexuálních důvěrníků České republiky. [cit. 2023-10-31]. Dostupné z: <https://www.nebudnanule.cz/sebezkušenostni-vycvik/>
- 43) SLOWÍK, J., 2021. *Jak se vyjadřovat o lidech s postižením?* [online]. [cit. 2023-8-31]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/jak-se-vyjadrovat-o-lidech-s-postizenim>
- 44) STELLERN, J. et al., 2023. Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* [online]. 118(1), 30-47 [cit. 2023-8-30]. DOI: 10.1111/add.16001. ISSN 0965-2140. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.16001>
- 45) SVAE, G.B. et al., 2022. Personal and sexual boundaries: the experiences of people with intellectual disabilities. *BMC Public Health* [online]. 22(1) [cit. 2023-7-21]. DOI: 10.1186/s12889-022-14181-x. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14181-x>
- 46) SVAE, G.B. et al., 2023. People with intellectual disabilities and harmful sexual behaviour: Professionals' views on the barriers to prevent harm. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 36(1), 176-185 [cit. 2023-7-21]. DOI: 10.1111/jar.13048. ISSN 1360-2322. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jar.13048>
- 47) ŠÍDOVÁ, L., 2015. *Lucie Šídová o dvou letech projektu Právo na sex a zavádění sexuální asistence v ČR* [online]. [cit. 2023-10-31]. Dostupné z: [https://www.freya.live/files\\_public/elfinder/Rozhovor.pdf](https://www.freya.live/files_public/elfinder/Rozhovor.pdf)
- 48) ŠÍDOVÁ, L., 2018. Sexualita jako základní životní potřeba. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 20(3), 18-20. ISSN 1803-7348.
- 49) ŠTARKOVÁ, P., 2018. Úskalí rozvoje sexuality u lidí s handicapem. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 20(3), 20-21. ISSN 1803-7348.

- 50) ŠTĚRBOVÁ, D., 2019. *Sexuální výchova u osob s postižením*. [online]. Šance dětem. [cit. 2023-7-14]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/sexualni-vychova-u-osob-s-postizenim>
- 51) ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 52) TOUGH, H. et al., 2017. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. 17(1) [cit. 2023-8-29]. DOI: 10.1186/s12889-017-4308-6. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4308-6>
- 53) *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*, 2007. [online]. United Nations. [cit. 2023-10-31]. Dostupné z: [https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva\\_o\\_pravech\\_osob\\_se\\_ZP.pdf](https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf)
- 54) VACKOVÁ, J., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2434-3.
- 55) VALENTA, M. et al., 2018. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
- 56) VENTRIGLIO, A., BHUGRA, D., 2019. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry* [online]. 29(1), 30-34 [cit. 2023-7-10]. DOI: 10.12809/eaap1736. Dostupné z: <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/current-issue/item/834-1903-v29n1-p30>
- 57) VITRIKAS, K. et al., 2020. Cerebral Palsy: An Overview. *American Family Physician* [online]. 101(4), 213-220 [cit. 2023-8-30]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0215/p213.html>
- 58) WHO et al., 2018. *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach* [online]. UNESCO [cit. 2023-7-14]. DOI: 10.54675/UQRM6395. ISBN 978-92-3-100259-5. Dostupné z: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education.pdf?sfvrsn=10113efc\\_29&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education.pdf?sfvrsn=10113efc_29&download=true)

- 59) YANG, H. et al., 2023. Leisure-Related Social Work Interventions for Patients with Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 20(3) [cit. 2023-9-3]. DOI: 10.3390/ijerph20031906. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/3/1906>
- 60) YOUNG, S., COCALLIS, K., 2023. A Systematic Review of the Relationship Between Neurodiversity and Psychosexual Functioning in Individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. 19, 1379-1395 [cit. 2023-7-12]. DOI: 10.2147/NDT.S319980. ISSN 1178-2021. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/a-systematic-review-of-the-relationship-between-neurodiversity-and-psy-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>
- 61) Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37, s. 1257-1289. ISSN: 1211-1244.
- 62) ZEJUDE, B., HABTEGIORGIS, T., 2021. Willingness of youth without disabilities to have romantic love and marital relationships with persons with disabilities. *Life Sciences, Society and Policy* [online]. 17(1), 5 [cit. 2023-7-12]. DOI: 10.1186/s40504-021-00114-w. ISSN 2195-7819. Dostupné z: <https://lsspjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40504-021-00114-w>
- 63) ZHANG, L. et al., 2021. Comparative efficacy and acceptability of psychosocial treatments for disruptive behaviour disorders in children and adolescents: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* [online]. 11(6) [cit. 2023-8-30]. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046091. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-046091>

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1	Otázky k polostrukturovanému rozhovoru
Příloha 2	Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

## **9 Seznam obrázků a tabulek**

### **Obrázky**

Obrázek 1: Kategorie 1: Sexualita osob se zdravotním postižením, podkategorie: Projev sexuality

Obrázek 2: Podkategorie: Intimnosti mezi klienty

Obrázek 3: Podkategorie: Antikoncepce

Obrázek 4: Podkategorie: Omezení svéprávnosti

Obrázek 5: Kategorie 2: Postavení organizací, podkategorie: Téma sexuality

Obrázek 6: Podkategorie: Metodika sexuality

Obrázek 7: Podkategorie: Rozdílná metodika sexuality

Obrázek 8: Podkategorie: Změny v řešení sexuality

Obrázek 9: Podkategorie: Informovanost klientů

Obrázek 10: Kategorie 3: Postoje sociálních pracovníků, podkategorie: Intimita

Obrázek 11: Podkategorie: Sňatek

Obrázek 12: Podkategorie: Zakládání rodin

Obrázek 13: Podkategorie: Sexuální asistence

Obrázek 14: Podkategorie: Změna úsudku o sexualitě

Obrázek 15: Kategorie 4: Přístup rodičů/zákonných zástupců k sexualitě, podkategorie: Řešení sexuality

Obrázek 16: Podkategorie: Komunikace

### **Tabulky**

Tabulka 1: Harmonogram výzkumu

Tabulka 2: Identifikační údaje sociálních pracovníků

## **10 Seznam použitých zkratek**

PAS – porucha autistického spektra

HIV – Human immunodeficiency virus (tj. lidský virus imunitní nedostatečnosti)

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (tj. syndrom získané imunodeficitu)

DMPA – depomedroxyprogesteron

OSN – Organizace spojených národů

IQ – inteligenční kvocient

ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (tj. porucha pozornosti s hyperaktivitou)

KP – komunikační partnerka, komunikační partneři

OSPOD – orgán sociálně – právní ochrany dětí

## **Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru**

### Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1. Kolik Vám je let?
2. V jaké sociální službě pracujete?
3. Jak dlouho pracujete s osobami se zdravotním postižením?
4. Jak osoby se zdravotním postižením nejčastěji vyjadřují svou sexualitu?
5. K jakým intimním záležitostem dochází mezi klienty Vašeho zařízení?
6. Jaké mají klienti možnosti v užívání antikoncepce?
7. Jak se organizace, ve které pracujete, staví k řešení sexuality u osob se zdravotním postižením?
8. Jakou metodiku využívá zařízení, ve kterém pracujete, při řešení sexuality osob se zdravotním postižením?
9. Jaké změny byste navrhl/a v řešení sexuality osob se zdravotním postižením v zařízení, ve kterém pracujete?
10. S jakými jinými metodami řešení sexuality u osob se zdravotním postižením jste se mimo své zařízení setkala?
11. Jaký je Váš názor na právo osob se zdravotním postižením na prožívání intimity?
12. Jaký je Váš názor na právo osob se zdravotním postižením na zakládání vlastních rodin?
13. Jaký je Váš názor na uzavírání sňatku osob se zdravotním postižením?
14. Jaké změny ve Vašem úsudku o řešení sexuality během let Vaší práce s osobami se zdravotním postižením nastaly?
15. Jak se z Vaší zkušenosti staví rodiče/zákonní zástupci osob se zdravotním postižením k tématu sexuality?
16. Jaká je Vaše zkušenost s jednáním o sexualitě osob se zdravotním postižením s rodiči/ zákonnými zástupci?
17. V jakých oblastech jsou osoby se zdravotním postižením omezeny na svéprávnosti?
18. Jaké informace o sexualitě mají možnost získat osoby se zdravotním postižením od pracovníků ze zařízení, ve kterém pracujete?
19. Jaký je Váš názor na sexuální asistenci?

20. Jaké situace spojené se sexualitou klientů nastaly během Vaší praxe a byly náročné vyřešit?



## **Příloha 2: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu**

### Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho využitím pro účely bakalářské práce

Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je získávání dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Natálie Michaly Wolfové s názvem „Řešení sexuality osob se zdravotním postižením z pohledu sociálních pracovníků“.

Byl/a jsem informován/a o tom, že hlavním cílem bakalářské práce je popsat zkušenosti sociálních pracovníků s řešením sexuality u osob se zdravotním postižením v pobytových zařízeních. Dílčím cílem této bakalářské práce je zjistit postoj sociálních pracovníků k problematice sexuality u osob se zdravotním postižením.

Byl/a jsem informován/a o tom, že rozhovor bude nahráván a zpracován. Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak dlouho bude rozhovor realizován a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám. Přepis bude přístupný komisi u obhajoby bakalářské práce. Části textu mohou být citovány v textu bakalářské práce. Byl/a jsem seznámen/a s tím, jak bude zachována anonymita.

Podpisem vyjadřuji souhlas s již zmíněnými body.

Datum:

Podpis sociálního pracovníka/ sociální pracovnice, se kterým/kterou byl výzkum realizován: