

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Problematika sexuality mentálně postižených
klientů v ústavech sociální péče**

Diplomová práce

Autor: Bc. Bohuslav Matys

Studijní program: N 6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: K - Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Bohuslav Matys

Studium: U15060

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Problematika sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče**

Název diplomové práce AJ: The issue of the sexuality of mentally disabled clients in social care institutions

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem diplomové práce je popsat problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby ústav sociální péče. Zjistit, jak vnímají problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu pobytové služby samotní klienti z pohledu veřejných opatrovníků, opatrovníků z řad rodiny a sociálních pracovníků ústavů sociální péče. Na základě zjištění identifikovat problematické aspekty poskytované sociální služby v kontextu řešení problematiky a navrhnout možné řešení. V rámci výzkumného šetření bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda analýza, dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ Stanislava, Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením, vyd. 1., Praha: Portál, 2013. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9 MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5 OAKLEY, Ann, Pohlaví, gender a společnost, Sex, gender and society. (z angličtiny přeložili POLÁČKOVÁ, Milena, POLÁČEK, Martin) 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-403-6 VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER Petr a kol. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním, 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedl všechny použité prameny a literaturu.

V Opočně dne 7. 3. 2017 Bc. Bohuslav Matys

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl poděkovat Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za cenné rady a metodické vedení práce, rovněž tak všem informantům za jejich čas a ochotu ke spolupráci.

Anotace

Bc. MATYS, Bohuslav. *Problematika sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče*. Hradec Králové: Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, 2017, 87 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá problematikou sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče. Hlavním cílem diplomové práce je popsat problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby ústav sociální péče. Zjistit, jak vnímají problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu pobytové služby samotní klienti a sociální pracovníci. Na základě zjištění identifikovat problematické aspekty poskytované sociální služby v kontextu řešené problematiky a navrhnout možné řešení. V rámci výzkumného šetření bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda analýza, dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem empirické části je zjištění konkrétních důsledků omezení svéprávnosti mentálně postižených v oblasti sexuality tak, jak jsou vnímány na jedné straně opatrovanci, na druhé sociálními pracovníky a opatrovníky. V rámci výzkumného šetření bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda analýza, dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: mentální postižení, sexualita, klient, ústav sociální péče, sexuální asistence, antikoncepce

The anotation

Bc. MATYS, Bohuslav. The issues of sexuality of mentally handicapped clients of social care institutions. Hradec Kralové: Department of Social Work, University of Hradec Kralové, 2017, 87 p. Thesis.

This thesis deals with the sexuality of mentally handicapped clients of social care institutions. The main objective of this thesis is to describe the sexuality of mentally handicapped clients in the context of the implementation of residential care nursing. To find out how they perceive the issue of sexuality of mentally handicapped clients in the context of residential services themselves, clients and social workers. Based on the findings to identify problematic aspects of the social services provided in the context of solving the problem and suggest possible solutions. As part of the research there will be used for qualitative research strategy, method of analysis, interviews and semi-structured interview technique.

The aim of the empirical part is to identify the specific consequences of restrictions on legal capacity of mentally disabled in the area of sexuality as they are perceived on the one hand, guardianship, on the other social workers and carers. As part of the research there will be used for qualitative research strategy, method of analysis, interviews and semi-structured interview technique.

Keywords: mental retardation, sexuality, client, nursing home, assisted sex, contraception

Obsah:

Úvod	9
1. Historie a současnost pohledu na sexualitu mentálně postižených	11
1.1 Právní vymezení sexuality mentálně postižených	11
1.2 Způsoby protiprávního jednání v oblasti sexuality z pozice mentálně postižených klientů.....	12
1.3 Projevy patologického chování u mentálně postižených uživatelů služby při nedostatku soukromí	13
2. Edukace osob s mentálním postižením v pobytové sociální službě ÚSP	15
2.1 Jak pracovat se sexualitou uživatelů s mentálním postižením v pobytové sociální službě.....	16
2.2 Principy práce se sexualitou u uživatelů s mentálním postižením.....	20
3. Formy vztahů a variabilita sexuality u mentálně postižených klientů.....	22
3.1 Antikoncepce a možné důsledky sexuality u mentálně postižených v ústavu sociální péče	24
3.2 Právo mentálně postižených uživatelů služby na intimní kontakt.....	26
3.3 Poskytování služby sexuální asistence pro mentálně postižené klienty ústavů sociální péče.....	28
3.4 Sexuální asistenti.....	31
4. Shrnutí teoretických poznatků.....	36
5. Výzkumné šetření problematiky sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče	38
5.1 Formulace výzkumných cílů.....	38
5.2 Metodologické ukotvení výzkumného šetření.....	43
5.3 Charakteristika informantů realizovaného výzkumu	44
5.4 Shrnutí výsledků předvýzkumu a časový plán výzkumného šetření	46
6. Získané poznatky podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek a jejich interpretace..	48
7. Shrnutí výzkumného šetření a doporučení pro praxi	58
Závěr	62
Seznam použitých zdrojů.....	64
Seznam zkratk	67
Seznam tabulek	69
Seznam příloh.....	70

Motto:

„ Sexualita je podstatná a cenná součást lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý člověk, mladý nebo starý, s handicapem nebo bez něj, je sexuální bytost a má právo na prožití vlastní sexuality.“

(Bazalová, Huliaková, 2004)

Úvod

Jako téma diplomové práce jsem si zvolil problematiku sexuality mentálně postižených dospělých klientů v ústavech sociální péče v našem správním území. Pracuji na městském úřadu – odboru sociálních věcí a zdravotnictví ve funkci sociálního pracovníka, zároveň jsem byl radou města pověřen výkonem veřejného opatrovnictví u mentálně postižených klientů. Postoj k sexualitě mentálně postižených je ze strany společnosti, pracovníků ústavních zařízení a dalších organizací většinou kontroverzní. Proto je i tato problematika složitá na řešení. Otevřenou odbornou diskusi na toto téma jsem ve svém okolí také nezaznamenal. U některých lidí s opravdu vážným typem postižení hledáme řešení jejich mobility, komunikace, hygieny i zábavy. V ideálním případě se přitom vychází z jejich názorů a zájmů. Ovšem o sexu, ruku na srdce, všichni cudně mlčíme. Přitom je samozřejmé a někdy přímo evidentní, že takový člověk své tužby a potřeby chce nějakým způsobem ventilovat. Má však možnost? A jsme ochotni mu ji přiznat?

Hlavním cílem mé diplomové práce je popsat problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby ústav sociální péče. Zjistit, jak vnímají problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu pobytové služby samotní klienti z pohledu sociálních pracovníků, sociálních pracovníků v přímé péči a opatrovníků. Na základě zjištění identifikovat problematické aspekty poskytované sociální služby v kontextu řešené problematiky a navrhnout možná řešení.

Cílem teoretické části je popsat základní teoretická východiska sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby - ústavu sociální péče.

Cílem empirické části je popis konkrétních důsledků omezení svéprávnosti mentálně postižených v oblasti sexuality tak, jak jsou vnímány opatrovanci z pohledu sociálních pracovníků a opatrovníků. V rámci výzkumného šetření bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda analýza, dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Aplikačním cílem této práce je možnost předložit tuto práci jako podklad pro vytvoření metodiky, zejména pro sociální pracovníky v přímé péči ústavů sociální péče pro mentálně postižené klienty a veřejné opatrovníky. Na základě získaných poznatků nabídnout poskytovateli sociální služby zpětnou vazbu, ale i možnou vzájemnou spolupráci do budoucna s rodiči /opatrovníky v této oblasti.

Všichni lidé samozřejmě mají právo na sex, tedy i lidé s mentálním postižením mají právo na sex. Omezení způsobilosti k právním úkonům na věci nic nemění. Rozdíly v přístupu jsou patrné zejména ve vnímání sexuality lidí s postižením. Liší se organizace od organizace. Nacházíme zde diametrální rozdíly v pohledu na sexualitu klientů v jednotlivých zařízeních. Někde je to na velmi dobré cestě, klienti mají podporu a pracovníci dokáží reagovat na jejich potřeby, vnímat jejich sexualitu, nabízejí jim různé alternativy, jinde je to stále na bodu nula.

Současná společnost je přerotizovaná, sex se objevuje na každém rohu, billboardu, v reklamách, což dnešní společnost uvolňuje. Co se týká sexuality lidí s postižením, tak společensky stále není plně uznáno jejich právo na sexuální a vztahový život. Sex ale není právní úkon a ani opatrovníci tudíž nemají právo do takových věcí zasahovat. Ovšem, kde mluvíme o právu, musíme zmínit i povinnosti, které lidem z užívání práv vyplývají. Tyto povinnosti platí tudíž bez výjimky také pro lidi s mentálním postižením.

V mé práci chci vyjádřit postoje a přístupy ve vztahu k sexualitě osob s mentálním postižením. Zároveň popsují pravidla při práci se sexualitou uživatelů služby.

Dalším důvodem, proč jsem si vybral toto téma, je také ta skutečnost, že v rámci výkonu svého povolání navštěvuji jednotlivá zařízení sociálních služeb v našem správním území. Setkávám se zde s mentálně postiženými klienty, kteří byli omezeni ve způsobilosti k právním úkonům. Většina těchto uživatelů pobytových služeb pociťuje nedostatečné řešení problémů, zejména v oblasti jejich sexuality.

Právo na důstojný život v normálním a přirozeném prostředí chápu jako základní právo každého z nás. Každý člověk, bez rozdílu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, který ve svém životě potřebuje pomoc skrze sociální služby, by neměl být nucen žít v předem daném prostředí v zařízeních pečovatelského typu, bez možnosti volby, či osobní realizace. Tato práce podá některé příklady dobré praxe poskytování podpory při rozhodování a právním jednání lidí s mentálním postižením v oblasti řešení jejich sexuality. Je návodem pro každodenní práci sociálních pracovníků v přímé péči o klienty.

1. Historie a současnost pohledu na sexualitu mentálně postižených

V minulosti, ale i v době nedávno minulé se o problematice sexuality u seniorů, postižených a zvláště mentálně postižených nejenže nehovořilo, ale ani vůbec nebyla tato jejich potřeba brána v potaz. Bohužel se stereotypy a předsudky zejména ve vztahu k mentálně postiženým ani v současnosti zatím až tak moc nezměnily.

Někteří pracovníci jsou stále ještě schopni říct: „*Tady sexualita aktuální není, naši klienti žádné potřeby nemají*“. Když oponujeme, protože každý člověk je pohlavní bytost a má nějaké potřeby, jejich další reakce zní: „*Tak se na TO běžte podívat, vždyť TO jenom leží a kouká, vždyť se TO jenom kymácí po chodbě*“ (Pšenicová, 2016, s. 37).

Naštěstí takových lidí je dnes již ve službách už málo a neměli by v sociálních službách dle mého názoru pracovat vůbec. Bohužel někde stále pracují. Budu rád, když se to změní, ale chce to ještě nějaký čas. Se soukromím mají lidé s postižením velký problém. Jestliže ve svém životě nemají soukromí, tak často sexualitu vnímají jako věc veřejnou. Není jiná možnost, než ji plně sdílet s ostatními. A to je problematické, lidé pak mají tendenci obnažovat se, nebo masturbovat na veřejnosti, jinou možnost v životě nemají, soukromí neexistuje (Eisner, 2014).

Sexualitu lze chápat jako jednu ze základních lidských potřeb, která je součástí plnohodnotného života člověka. Nejde jen o stránku tělesnou, o fyzický sex, ale obsahuje i mnoho důležitých emočních, rozumových a společenských složek. K podstatným patří potřeba vztahu, intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek silného citu, opory, pocit potřebnosti pro jiné, vlastní sebeuvědomění, osobní štěstí, sexuální uspokojení aj.. Proto by měl mít každý možnost se o této oblasti adekvátní formou dozvědět a prožívat ji (Šídová, 2016).

1.1 Právní vymezení sexuality mentálně postižených

Zákon č.1 Ústava, zák.č. 2 Listina základních práv a svobod a mezinárodní smlouvy zajišťují všem lidem bez rozdílu věku, pohlaví, sexuální orientace...určitá všeobecná práva. Je však pravdou, že sexualitu jako takovou neřeší. Neřeší ji ani z. č. 108/2006Sb. o sociálních službách. Pokládáme za důležité zdůraznit, že práva i povinnosti běžné

populace jsou totožné s právy a povinnostmi lidí s jakýmkoli typem postižení. Snahou poskytované služby je pomáhat lidem s mentálním postižením naplňovat jejich práva a dodržovat povinnosti z nich vyplývající a to i v oblasti vztahů a sexuality. Tato stanoviska vychází ze současných dokumentů (OSN, Světová sexuologická asociace/WAS/1999, The Arc of US 2004, Listina základních práv a svobod aj.).

Výše uvedené dokumenty zadávají práva mentálně postiženým:

- Právo na sexuální svobodu, sex. autonomii, sex. soukromí, sex. rovnost.
- Právo na rozvíjení přátelství, citových a sexuálních vztahů, ve kterých mohou lidé milovat a být milováni, začít a ukončovat vztahy podle vlastního svobodného rozhodnutí.
- Právo na vlastní důstojnost, povinnost s důstojností přistupovat k druhým.
- Právo na respekt ve smyslu partnerství a rovnocennosti, povinnost respektovat druhé a brát je jako rovnocenné.
- Právo na sexuální svobodu, které vylučuje jakékoli formy sexuálního donucování, nebo nátlaku a nedobrovolnosti.
- Právo na prožití vlastní sexuality, včetně práva na vlastní jedinečnost, sebevyjádření a individualitu.
- Právo na vlastní soukromí, jako podmínky k naplňování sexuálních a vztahových potřeb a uvědomování si vlastní intimity, povinnost chovat se tak, aby nebylo porušováno soukromí druhých, právo na důvěrnost, potěšení.
- Právo se svobodně stýkat.
- Právo na objektivní a faktické informace o lidské sexualitě v přiměřené formě včetně informací o sexuálních praktikách, zneužívání, přenosných chorobách aj..
- Právo na bezpečnost, tj. před sexuálním obtěžováním, zneužíváním.
- Právo na zdraví, odbornou zdravotní péči a ošetření. (Šídová, Pšenícová, 2016)

1.2 Způsoby protiprávního jednání v oblasti sexuality z pozice mentálně postižených klientů

Každý člověk má právo svobodně se rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž by měl jednat s patřičným ohledem na práva ostatních. Člověk, který brání sexualitě všem zdravotně handicapovaným lidem, včetně lidí s duševním onemocněním, se dopouští protiprávního jednání. Personál zdravotnického ústavu také jedná v rozporu

s profesními etickými pravidly a trestání za sexuální projevy je i v rozporu s realizací základních lidských práv. Sexuální projevy mentálně postižených ale nesmí být pro společnost nezvládnutelné, nebezpečné, nesmí mít charakter trestného činu (Šídová, 2016). Sexuální asistentka, která ale není v České republice zatím legální, musí znát právní předpisy, protože postižení lidé jsou kvůli svému handicapu více zranitelní. Aktivní sexuální pomoc by měla probíhat jen v případě zřetelného souhlasu postiženého. V opačném případě by to bylo bráno jako zneužití. Postižení mají právo se svobodně rozhodnout, zda chtějí navazovat sexuální kontakty a touží po sexuální asistenci. Pokud chybí možnost realizovat sexualitu v legálních mezích, deprivace může vést k násilnému uspokojení na úkor druhých. Mohou hledat uspokojení například na dětech, ale takovému jednání se musí vždy zabránit (Diserens, 2012).

Duševně nemocný nemusí být pedofil, spíše nemá dostatek jiných možností k sexu, nebo nepozná vhodný sexuální objekt (sám může být na mentální úrovni dítěte). Proto je nutná sexuální výchova a osvěta. Je nutné pečlivě vybrat takové materiály, které nezobrazují nebezpečné, nebo nezákonné formy sexu. Personál by měl pomoci se zajištěním erotických materiálů (knihy, časopisy, videa atd.). A jak je to se sexem? Může být potrestán člověk, který se zamiluje do mentálně postižené osoby? Ano, může (Zahradníková, 2016). Na druhou stranu mnoho lidí stále oponuje a vyslovuje názor, že není zapotřebí podporovat klienty v sexuálních aktivitách a mentálně postižené už vůbec ne. Je to i v souvislosti s jejich morálním a náboženským přesvědčením (Vágnerová, 2008).

1.3 Projevy patologického chování u mentálně postižených uživatelů služby při nedostatku soukromí

Patologicky vnímané chování není ve většině případů způsobeno postižením jako takovým, ale vzniká kvůli podmínkám, ve kterých se člověk kvůli postižení ocitá. Pokud bychom žili ve stejně špatných podmínkách, začali bychom se zcela jistě chovat stejně (Vágnerová, 2008). Všichni musíme dodržovat zákonné a sociální normy, právo bez povinností neexistuje. Pokud v minulosti nebyly lidem s postižením dány hranice, neznají-li sociální a zákonné normy, tak se mohou dostat na šikmou plochu. Pokud chci žít sexuální život, tak se musím chovat podle pravidel, nesmím omezovat nebo ohrožovat ostatní, nesmím překračovat sociální a zákonné normy. Když člověk nemá soukromí, nemůže například

masturbovat o samotě, tak pak tedy masturbuje na veřejnosti. Porušuje tím samozřejmě sociální i zákonnou normu a pokud mu okolí nedokáže nastavit hranici, nemusí o tom vlastně ani vědět. Je to často začarovaný kruh (Zahradníková, 2016).

Co je pro nás „normální“ ve vztahu k sexualitě obecně:

Zacházení se sexualitou klientů je velmi citlivou oblastí. Promítá se do ní řada faktorů jak na straně klienta, tak i na straně personálu a samozřejmě na straně organizace, komunity, či společnosti kde klient žije. Zastáváme obecné normy, že všechny úrovně prožívání sexuality považujeme za rovnocenné, sexualita je možná i mimo manželství, homosexualita, tj. sexualita mezi lidmi stejného pohlaví je stejně hodnotná jako sexualita mezi mužem a ženou a není brána jako úchylnka a je na uživateli, jaký důraz na sexualitu ve svém životě klade (Pšenicová, 2016). Kde jsou naše hranice? Projevy sexuality nesmí vést k tělesné či psychické újmě vlastní, nebo jiné osoby a všechny sexuální aktivity musí být uskutečněny s jasným souhlasem a dobrovolně. Způsob, jakým se uživatel rozhodne svou sexualitu prožít, nesmí být v rozporu s právy ostatních a sexuální projevy nesmí být v rozporu se zákony naší republiky (Eisner, 2012).

2. Edukace osob s mentálním postižením v pobytové sociální službě ÚSP

„ *Sexuální výchova je nástrojem prevence před sexuálním zneužitím.*“ (Štěrbová, 2010, s. 173). Kozáková se s názorem Štěrbové ztotožňuje a představuje sexuální výchovu jako účinnou metodu snižující riziko sexuálního zneužívání (Kozáková, 2009). Štěrbová považuje za podstatné, aby poskytovatelé služeb udrželi rovnováhu mezi ochranou a bezpečím klientů za současné podpory jejich práva na zdravý sexuální život (Štěrbová, 2009).

Málková popisuje, že sexuální výchova se týká především mírnějších forem mentálního postižení, ale zároveň nesmíme zapomínat na řešení některých sexuálních otázek u těžších retardací, rozhodně se sexuální edukace nemá zanedbávat (Málková, 2001). Štěrbová se domnívá, že sexuální výchova u osob s handicapem se mnohdy přechází mlčením, jako by osoby s postižením byli bytostmi asexuálními. Považuje sexuální výchovu osob s handicapem za naplnění jejich práva na vzdělání v oblasti sexuality, za součást rozvoje jejich informovanosti, což jim umožňuje svobodné rozhodování o sobě samých, přijímání odpovědnosti a slouží jako prevence rizikového chování (Štěrbová, 2010b). Prevedárová vyjadřuje svůj názor, že jedinci s lehkým mentálním postižením jsou v rámci sexuální edukace obzvláště zanedbávanou skupinou. Popisuje katastrofální následky, jako jsou zanedbané hygienické návyky, předčasný pohlavní život, vztahy ovlivněné alkoholem, hádky a tělesné konflikty (Prevedárová, 2002). Kozáková připojuje, že v nekoedukovaných typech zařízení se zřídkakdy setkáme plánovitě se sexuální výchovou, která nebývá vnímána jako důležitá součást výchovy a tím se stává i mnohem méně přirozenou. Klade si otázku, jestli máme právo znemožňovat těmto osobám normální život (Kozáková, 2004).

Mitlöchner popisuje, že otevřená sexuální výchova a osvěta musí být dostupná všem a každý má právo na poučení o tak základních věcech jako jsou plánování rodiny, antikoncepce, sexuální problém a případně sexuální deviace (Mitlöchner, 2003). Základní východisko pro potřebu sexuální výchovy zdravotně postižených osob nalézá Hampl v základních dokumentech a prohlášeních, která naplňují základní lidská práva a svobody. Uvádí například Deklaraci práv zdravotně postižených osob, Chartu sexuálních a reprodukčních práv IPPF 1995 (Hampl, 2009).

Dále Štěrbová doplňuje, že vzdělávání v této oblasti pomáhá nejen v prevenci nechtěného otěhotnění, ale i snižuje ambivalentní pocity vychovatelů i rodičů týkající se sexuality osob s mentálním postižením (Štěrbová, 2009). Kozáková k tomu dodává, že ne všichni vychovatelé jsou schopni sexuální projevy člověka se zdravotním postižením akceptovat, přestože je sexualita považována za základní lidskou potřebu a sexuální výchova za přirozené právo každého z nás. Doplňuje, že někteří pracovníci mají zábrany hovořit o sexualitě, mnohdy ji chápou jako komplikaci a bohužel tím brání přirozenému procesu dospívání a osamostatňování lidí se specifickými potřebami. Sexuální osvětu by měli zajišťovat všichni pracovníci zařízení, z nichž někteří by se měli zaměřit na sexuální výchovu důkladněji, příkladem může být školení zaměstnanců. Poukazuje i na možnost zavedení tzv. důvěrníka, na kterého se mohou klienti obracet s problémy (Kozáková, 2004). Tuto funkci měl plnit speciálně vyškolený pracovník v sociálních dovednostech a v přístupu k sexualitě lidí s duševním onemocněním (Venglářová, 2006). Kurzy pro pracovníky v přímé péči probíhají v rozsahu patnácti hodin a jsou děleny na dvě části. V první části kurzu jde pochopení základů sexuality a uvědomění si vlastního postoje k sexuální problematice, podmínkou je nezastávat odsuzující stanoviska. Druhá část je věnována praktickým věcem, jako je upravení podmínek v zařízení, aby se klient cítil dobře, např. otázky vzdělávání, hygieny, vztahů, antikoncepce, plánování rodiny, nebo témat sexuálního zneužívání a obtěžování (Štěrbová, 2011).

2.1 Jak pracovat se sexualitou uživatelů s mentálním postižením v pobytové sociální službě

Intervence a osvěta probíhá v sociální službě téměř vždy ústní formou, ukazují se filmy, obrázky, ale nejedná se nikdy o nácvik fyzickým dotykem, např. že by pracovníce brali penis do své ruky a ukazovali masturbační pohyby. Mohou je ale předvést na vibrátoru. Existují grafické karty-obrázky, na kterých lze demonstrovat, jak má např. probíhat masturbace. Lze ukázat obrázky, nebo případně film- DVD. Dále lze pracovat s konkrétními předměty, např. zmíněnými vibrátory. Existují i další pomůcky pro sexuální výchovu jako panenky, pexeso, tužka a papír. Úspěšnost naplnění sexuálních potřeb u lidí

s postižením je malá. Pouze 14 lidí ze 100 je spokojeno, má naplněno sexuální potřeby (Eisner, 2012).

V naší republice není organizace, která by poskytovala asistovanou soulož. Do poraden volá každoročně několik lidí s fyzickým postižením a poptávají se na asistovanou soulož, nebo podobnou službu. A nedovolá se asistované soulože a ani sexuální asistentky. V současné době není v sociálních službách taková služba v Čechách nikde oficiálně poskytována. Není tedy klienty kam odkázat. Otázkou je: Změní se to někdy? Problematikou „Sexuální asistence“ se zabývá i sdružení ROZKOŠ bez RIZIKA. Na téma sexuální asistence byl napsán projekt, který byl zahájen v listopadu 2014. Projekt Právo na sex je podpořen z programu Švýcarsko-české spolupráce přes ministerstvo financí. Organizace R-R vydala publikaci „*Ze sexbyznysu na trh práce*“, kde je velká kapitola o tématu sexuální asistence, a píše se o ní i v časopisu „Vozíčkář“. Projekt Právo na sex vznikl ve spolupráci s partnerskou organizací InSeBe ze Švýcarska. V současné době má Švýcarsko dobře rozvinuté kurzy sexuální asistence, obsahují 70 hodin teorie a 30 hodin domácích praktických cvičení. S touto organizací připravují workshopy k tématu sexuální asistence, které proběhnou v ČR (Pšenicová, Zahradníková, 2014).

Největší kontroverzí na tomto poli vzbuzují tato témata:

Respektování homosexuální orientace, používání antikoncepce, masturbace, sex mimo rámec manželství, rodičovství lidí s postižením, zodpovědnost lidí s postižením za své činy. Podpora a pomoc v práci se sexualitou a vztahy uživatelů je součástí poskytované sociální pomoci a to ve všech druzích služeb, které zařízení poskytuje (Eisner, 2014).

Pokud se zřizovatel rozhodne se sexualitou pracovat, měl by zajistit: Sjednocení organizace v otázce přístupu k sexualitě lidí s postižením. Zjištění kapacit pracovníků – zajištění kompetencí k výkonu práce se sexualitou. Transparentní sdělení nabídky uživatelům i veřejnosti. Poskytovat samostatné služby, nebo začlenění práce se sexualitou do stávajících služeb. Uživatelé mají právo na informace v plném rozsahu z oblasti sexuality, vztahů, intimity a to formou, která odpovídá jejich momentálnímu psychickému a fyzickému stavu. Informace z oblasti vztahů a sexuality jsou poskytovány individuálně podle potřeb a přání uživatele a jsou přizpůsobeny stupni a druhu jeho postižení tak, aby byl v co největší míře schopen informacím porozumět (Šídová, Pšenicová, Zahradníková, 2016). Základní informace mohou poskytovat pracovníci v sociálních službách, asistenti chráněného bydlení, vedoucí středisek, sociální pracovníci, zdravotní pracovníci, ředitel

domova. Uživatel si sám volí, s kým chce o tématech týkajících se sexuality hovořit (Eisner, 2012).

Základními informacemi rozumíme citlivé podání informací o tom, co je sex, lidské tělo a rozdíly mezi mužem a ženou, jak o sebe pečovat – péče o zevnějšek, péče o tělo, genitálie, hygiena, rozlišení vztahu - přátelství, zamilování, sexu, vzájemný respekt k druhému, dodržování osobních hranic a hranic druhého člověka, hodnoty a normy společnosti, kde žijeme, ochrana před otěhotněním a pohlavními nemocemi, antikoncepce, postoj zařízení k rodičovství, prevence sexuálního zneužívání apod.. Informace ze všech výše jmenovaných oblastí dle zakázky uživatele řeší speciálně proškolení pracovníci. Podle potřeby a vlastního uvážení je v konkrétních případech nutné obrátit se na vedoucí středisek, nebo na sociální pracovníci (Eisner, Šídová, 2016).

Důležitá pravidla při poskytování informací uživatelům pobytové sociální služby

Každý pracovník by měl znát své hranice a míru svých osobních možností, v rámci kterých se pohybuje při práci s uživatelem. A to nejlépe před jejím zahájením a vždy znovu ověřovat svoje postoje v jednotlivých případech. Tím předejde nesprávnému přístupu a rizikům pro uživatele i pro něj. Důležité je vyjasnění rolí a hranic ve vztahu k uživateli a jednotlivému případu. Protože je tato práce intimního charakteru je důležité, aby uživatel dobře porozuměl, v jakých rolích se on i pracovník nacházejí, a že jejich vztah má pevné hranice. Např. *„jsem váš klíčový pracovník a přestože si budeme povídat o intimních věcech, neznamená to, že bych byl váš partner“* (Bašová, 2016, s. 11).

Zajištění bezpečného prostoru a prostředí pro práci. Je důležité, aby bylo zajištěno prostředí, které není veřejné, rušivé apod.. Základním pravidlem je mlčenlivost o obdržených informacích. Informace z oblasti sexuality uživatelů jsou pouze interní záležitostí a nesmějí být zveřejněny, předány mimo zařízení ani mezi pracovníky, kteří nemají s případem uživatele co do činění, nepracují s ním apod.. Je nutné rozlišit typ zakázky. Pokud se jedná o případ na oddělení, který iniciují pracovníci/např.zneužívání, obtěžování.../, je nutná práce v týmu a vedoucích pracovníků, podrobný popis situace a jejího řešení, případně supervize (Goisová, 2010).

U zakázky od uživatele velmi intimního charakteru, u které si uživatel nepřeje sdělování dalším osobám, vyhotoví pracovník, který pracuje s uživatelem na tématu jasný písemný záznam do IP (individuálního plánu). Ostatním pracovníkům jsou předány informace důležité pro podporu dobrého psychického a fyzického stavu uživatele, o výsledcích

spolupráce informujeme pouze, pokud si to uživatel přeje. Se situací je podrobněji seznámen vedoucí střediska. Výjimkou mlčenlivosti je zákonná oznamovací povinnost, která se na pracovníka vztahuje, dozvídá-li se o aktuálních trestných činech (Bašová, 2011).

Důležité je i používání vhodného slovníku mezi uživatelem a pracovníkem. Jde nejprve o zjišťování slovníku uživatele a pak dohodu na společném používání názvů v oblasti sexuality. Je vhodné podporovat komunikaci, zpracování informací a maximální zapojení uživatele používáním pomůcek. K dispozici jsou Listy sexuality v grafickém zpracování, DVD film O sexu/vztazích, které podporují legitimitu vztahů a sexuálního života lidí s postižením. S těmito pomůckami pracují cíleně a kompetentně pověřeni pracovníci (Pšenicová, 2016). Zodpovědnost je zapotřebí předat uživateli vždy v maximální možné míře, která je dána stavem, mírou schopností a dovedností a mírou, v níž se naučil odpovědnost přebírat. Zodpovědnost pracovníka spočívá ve srozumitelném předání informací, případném nácviku dovedností, ale nemůže nést odpovědnost za činy a rozhodnutí uživatele. Důležité je nevměšovat se! Velmi častou chybou pracovníků nejen v oblasti práce se sexualitou je přehnané rádcovství, moralizování, kontrolování apod. (Zahradníková, 2012).

Pracovník chce v dobré víře poradit, morálně nasměrovat, dohlížet na dodržování hodnot, aniž by se zajímal, zda jsou tyto hodnoty vlastní uživateli. Člověk s postižením má stejná práva i povinnosti a rozhodovat za něj kvůli jeho postižení, není možné. Pracovník by tedy měl být schopen sebereflexe a v dané chvíli se umět pozastavit a zhodnotit, zda nejedná za uživatele, nebo zda s ním na základě svých hodnot nemanipuluje (Matoušek, 2009).

Frekventované chyby pracovníků při poskytování osvěty

Nejčastěji frekventované prohřešky pracovníků, které mohou nastat během praxe při poskytování osvěty, nebo při práci se sexualitou obecně jsou: Špatné vymezení kompetencí a hranic, neodpovídající dovednostem pracovníka, nebo aktuálnímu nastavení organizace, nesladěnost týmu v otázce přístupu k sexualitě, nedostatečná podpora a nejasné vymezení vedení organizace a diskriminace (např. homosexuality) (Eisner, 2014). Za další prohřešky lze považovat akceptaci nepřípustných hranic a norem projevů klienta, uplatňování soukromých norem a hodnot pracovníka na život klienta (např. náboženských), zneužívání sexuality jako snadného nástroje k dosažení efektu a neudržení rolí ve vztahu pracovník-klient a překračování hranic (klient se zamiluje atp.), zároveň

volbu metod, které neodpovídají stavu a možnostem klienta i volbu slovníku nesrozumitelného klientovi. Chybou je i přílišné zaměření se na uživatele (máme ho „pod lupou“), při němž dochází k patologizování jinak normálního chování (Matoušek, 2009).

Každý pracovník čas od času nějakou chybu udělá, důležité je ale její uvědomění a případná náprava důsledků. Pracovník by si měl být vědom zásadních rizik, která hrozí při práci s klientem během osvěty, nebo další práce a tato rizika co nejvíce eliminovat (Bašová, 2014).

2.2 Principy práce se sexualitou u uživatelů s mentálním postižením

Pomoci prožít sexualitu způsobem, jaký si uživatel zvolí. Neakceptujeme cokoli, ale usměřujeme sexuální chování přijatelným směrem v rámci sociálních a zákonných norem.

Respektování specifčnosti sexuality u různých skupin lidí s postižením. U každého člověka se setkáváme s individuálními rozdíly v potřebách i způsobu jejich naplnění. Za normální lze i považovat rozhodnutí sexuálně nežít, ale nemá jít o rezignaci na vlastní přání a potřeby.

Rozvíjení zodpovědnosti uživatele. Akceptujeme velkou variabilitu potřeb, přání, forem, jak naplnit sexuální potřeby, přitom je nutné sledovat základní princip sexuálního chování a nelze je provozovat na úkor jiného člověka. Je možné realizovat sexualitu, pokud její projevy nejsou v rozporu s přáním partnera i se zákonem a nenarušují soukromí a klid jiných.

Kultivace projevů sexuality souvisí s možností integrace ve společnosti. Vlivem nedostatků sociálních kompetencí u uživatelů někdy dochází k nevhodným projevům vůči cizím osobám nebo personálu. Sexuální osvěta pracovníků směřuje k nabídnutí přijatelných forem sexuálního chování, učení uživatele respektovat rozhodnutí druhých a rozpoznat, kde jsou projevy nepřijatelné.

Posilování zodpovědnosti uživatelů za vlastní zdraví. Směřování uživatelů k pravidelným lékařským prohlídkám v oblasti gynekologie a mamologie, u mužů k prevenci onemocnění prostaty. Antikoncepce je důležitou součástí sexuální osvěty i sexuálního života, používá se vždy dle individuálních potřeb a možností.

Prevence sexuálního násilí – důležité je posilovat rozvoj sociálních dovedností uživatelů (jako umění říkat „ne“, oslovit a požádat o pomoc důvěryhodnou osobu, vyjadřování svých přání atd.), aby nedocházelo k jednání proti jejich

vůli a zároveň respektovali druhé. Jedním z úkolů je posilovat schopnost uživatelů reagovat na nevhodné projevy ze strany jiných lidí (Bašová, 2011).

Tabulka č. 1: Přístup k sexualitě mentálně postižených – mýty a realita

MÝTY

REALITA

Lidé s mentálním postižením jsou asexuální.

Určité procento ano, stejně jako v ostatní populaci.

Pro přístup k této problematice stačí obvykle obecná znalost o sexu.

Specifika jsou natolik významná, že je nutné seznámit se s odlišnostmi sexuality lidí s mentálním postižením.

Informace o sexu vedou k začátku sexuálního života, který by jinak nebyl vůbec zahájen.

Informace podávané podle individuální potřeby formují zdravé sexuální projevy a chrání jedince před sexuálním násilím.

Problémy se sexuálním chováním je třeba zvládnout léky.

První metodou je nácvik přijatelného chování. Farmakoterapie nastupuje v případě, nezvladatelných a ohrožujících projevů.

Lidé s mentálním postižením jsou hypersexuální.

Spíše jsou méně sexuálně aktivní. Nedostatek příležitostí vede k nevhodnému chování.

Zdroj: (Zahradníková, 2016, s. 22)

3. Formy vztahů a variabilita sexuality u mentálně postižených klientů

Ženy a muži s mentálním postižením prožívají normální lidské emoce a mohou vytvořit všechny formy vztahů, které existují ve společnosti. Ve své volbě však nejsou zcela svobodní, mívají problémy v chování i ve vyjádření svých citů a zodpovědnost za ně často musí převzít personál zařízení nebo rodiče. Avšak nejdůležitějším kritériem každého vztahu je rovnocennost (Bednář, 2005).

Kamarádství – Znamená nepříliš hluboký vztah k několika lidem, může nastat i po prvním setkání. S těmito lidmi si rozumíme, ale chybí tu důvěrnost. V důsledku zaostávání rozumových a následně některých dalších schopností mívají osoby s mentálním postižením obtíže při navazování sociálních kontaktů. Proto tíhnou ke kamarádům o několik let mladším (Kozáková, 2009).

Přátelství a zamilovanost – Vznik přátelství a zamilovanosti má většinou pozitivní dopad (důležitá je zkušenost ve vztahu k druhým, zjemnění citu, podpora lepšího chování, sebedůvěry), ale může to přinést také problémy. Pracovníci zařízení mají podporovat a kultivovat přátelské vztahy, pomáhat chápat rovnocennost vztahu, pomáhat v osvojování sociálních dovedností, které jsou důležité pro dobré vztahy vůbec. Je třeba projevit pochopení pro zamilovanost, ale zároveň neopustit kritérium reality a zodpovědnosti (Bednář, 2005).

Chození spolu, známost – Pro jednotlivce může mít různý význam, od občasného vyjití do kavárny, přes držení se za ruce, až po budování přátelství a sexuálního vztahu. Proto je velice důležité vědět, co pro individuálního klienta znamená, co si pod tím představuje a co prožívá. V provázení je třeba povědět i o dalších možných formách vztahů (Kozáková, 2009).

Zasnoubení – Pro lidi s mentálním postižením je to často jediná možnost zveřejnění svého vztahu. Důležité je znát motivaci tohoto přání a z toho se budou odvíjet další kroky.

Spolužití – V naprosté většině starších zařízení nebyla tato forma spolužití možná. V současnosti však lidé s mentálním postižením stále častěji projevují a budou projevovat přání bydlet společně s druhem, družkou, což je mnohdy logické pokračování jejich vztahu. Důležitá je dlouhodobá příprava a zodpovězení si některých otázek, např. Jaká je motivace spolu žít? Jaká jsou očekávání, přání, možnosti obou partnerů? Jaká je naděje

na úspěch spolužití, jakou míru podpory budou partneři potřebovat? Kde budou bydlet, jak bude řešena otázka možného početí? (Bednář, 2005).

Manželství – V případě omezení způsobilosti k právním úkonům může soud uzavření manželství povolit, je-li to v souladu se společenským účelem manželství, tím se dle zákona o rodině rozumí založení rodiny a řádná výchova dětí. Hlavní překážkou uzavření sňatku je faktická neschopnost vychovávat dítě. Je nutné zaměřit pozornost na formy vztahu, které v době vztahu možné jsou (Bednář, 2005).

Rodičovství - jako forma vztahu není ve většině zařízení ještě možná. Informují uživatele o tom, že jejich zařízení neposkytují sociální službu dětem ani mladistvým a vhodné prostředí zde není ani pro těhotné uživatelsky služby. Přestože respektují právo každého člověka na rodičovství, mají na mysli ochranu případných dětí. (Kozáková, 2009, s. 40).

Formy sexuality

Masturbace je z pohledu sexuologie považovaná za formu sexuálního sebevyjádření. Klienti by měli být poučeni o místě masturbace v rámci lidské sexuality, o jejím významu, měli by být také zbaveni pověr a předsudků a obav z jejich následků. Klienti by měli vědět, že patří do soukromí a kde ji lze provozovat. Pracovníci zařízení si musí být vědomi i dalších funkcí masturbace, jako je např. reakce na nudu, snižování úzkosti a strachu atd..

Milování je širší pojem než pohlavní styk, za milování lze považovat jakýkoliv erotický tělesný kontakt (hlazení, mazlení, líbání, objímání). Základním východiskem je rovnocennost a dobrovolnost. Je důležité poučení o vhodnosti či nevhodnosti milování se za přítomnosti dalších lidí. Milování může, ale nemusí přejít v pohlavní styk.

Pohlavní styk je vázán na přísnější „pravidla“ než milování. Klienti by se měli dovědět i o negativních stránkách a nechtěných důsledcích pohlavního styku. Je nutné se zaměřit na prožitkovou a vztahovou oblast. Je nutné zprostředkovat to, co je srozumitelné a zabránit tak negativním dopadům.

Prostituce se neslučuje s rovnocenností vztahu, přesto je nutné o tomto jevu klienty seznámit.

V současnosti mají klienti snadnou příležitost být s **pornografií** konfrontováni. Lidé s mentálním postižením ji mohou snadno pojmout jako realitu a snažit se ji napodobit. Pracovníci nemohou zabránit sledování a vlastnění pornografických materiálů, ale mohou

klientům vysvětlit jejich funkci (osobní vzrušení) a jakou funkci nemají. Musí klienty naučit, jak s pornografií zacházet. Všechny otázky klientů by měly být jasně zodpovězeny.

Problematické formy sexuality, jedná se o chování, které nelze tolerovat (pedofilie, sadismus/masochismus, exhibicionismus, excesivní masturbace/masturbace na veřejnosti, voyerismus, nechat se prostituovat) (Bednář, 2005).

3.1 Antikoncepce a možné důsledky sexuality u mentálně postižených v ústavu sociální péče

Antikoncepce je důležitou součástí sexuálního života, používá se k ochraně proti nežádoucímu těhotenství a přenosným pohlavním nemocem. *„O druzích antikoncepce a možných následcích otěhotnění jsou informováni klienti srozumitelným způsobem a seznámeni s možnými variantami, jejich důsledky, riziky i výhodami. Výstupy z rozhovorů a jeho rozhodnutí jsou zapisovány do IP“* (Bašová, 2012, s. 10). V případě, že se klientka rozhodla pro antikoncepci, kterou předepisuje lékař, pomáhají zajišťovat odborné vyšetření gynekologem. Antikoncepce je hrazena z vlastních prostředků uživatele (Kozáková, 2009). O přenosných pohlavních nemocech jsou klienti informováni v rámci individuálně vedených rozhovorů. Součástí sexuální osvěty je posilování dlouhodobých partnerských vztahů a objasňování rizik, které přináší promiskuita, nejen z hlediska antikoncepce, ale i jako prevenci před přenosnými pohlavními nemocemi. V případě jejich výskytu zajišťuje zařízení odpovídající lékařskou péči (Uzel, 2009).

Existuje spousta možností, jak se chránit proti otěhotnění. Je však zde otázka, která antikoncepce je nejlepší právě pro mentálně postižené. Jednoznačná odpověď neexistuje, otázka vhodného výběru antikoncepce je individuální. V historii se zvláště v ústavech sociální péče prováděli násilné sterilizace mužů, které je poznamenaly na celý život. K tomuto zacházení v dnešní době již naštěstí nesmí docházet (Eisner, 2014). První metodou je metoda periodické sexuální antikoncepce, která vlastně mezi antikoncepční metody nepatří. Tato metoda je pro mentálně postižené naprosto nevhodná. Na chyby má vliv nejen roztržitost a zapomnětlivost uživatele, tím spíše pak snížené mentální schopnosti činí z tohoto způsobu ochrany před nechtěným otěhotněním metodu naprosto nespolehlivou (Kozáková, 2009). Druhou metodou je kondom. Tato metoda je pro mentálně postižené přijatelná, ale opět je to individuální. Vždy je potřeba postiženému

názorně vysvětlit a ukázat, jak s kondomem zacházet. Další metodou je ženská hormonální antikoncepce v podobě tablet, jejíž užívání je spojeno s jedním velkým problémem. Tímto problémem je nutnost užívat pilulky pravidelně každý den, což dělá problémy i většině nepostižených žen. Tím spíše je pak k vynechání tablety disponována žena s mentálním handicapem i když někteří psychologové naopak tvrdí, že pravidelnost užívání v těchto ženách naopak upevňuje pocit zodpovědnosti a hrdosti nad tím, že dokáží sami ovládat tak důležitou věc, jako je regulace vlastní plodnosti (Uzel, 2009). Ve většině případů mentálně postižených dívek je preferována dlouhodobější hormonální antikoncepce (tyčinky pod kůží, injekce), nebo také nitroděložní tělíška. Tento druh antikoncepce je ideální hlavně pro ženy žijící v ústavech. Vždy je však nutné, aby klientky s užíváním antikoncepce souhlasily, aby věděly před čím je ochrání a jaké má účinky vůbec.

Uzel udává: „*že v rámci sexuálního a reprodukčního zdraví mentálně postižené populace nesmíme opomenout problematiku prevence nežádoucího těhotenství*“ (Uzel, 2006 [cit. 2012-23-02]). Uzel rovněž hovoří o tom, že výběr antikoncepční metody by měl být individuální, měl by záviset hlavně na stupni mentálního postižení. V souvislosti s tím musí být užívání antikoncepce dobrovolné a za plného souhlasu uživatelky (Uzel, 2009). Kozáková se shoduje s názorem sexuologa Uzla, že otázku antikoncepce je třeba řešit u osob s mentálním postižením individuálně. Dále udává, že přicházejí v úvahu stejné antikoncepční prostředky jako pro člověka bez postižení (Kozáková, 2009). Prevendárová se taktéž vyjadřuje, že volba vhodné antikoncepce je individuální, mezi osvědčující se antikoncepci řadí hormonální přípravky ve formě tablet nebo injekcí či nitroděložní tělíška (Prevendárová, 2002).

V případě, že nelze aplikovat žádnou vhodnou antikoncepci, je možné přistoupit za dodržení legislativní úpravy ke sterilizaci (Vykydalová, 2006). Mužskou sterilizaci taktéž ve svém článku připouští Prevendárová a popisuje, že „*nejprve je třeba zvážit zvládnutí techniky bezpečného užívání kondomu a poté eventuelně sterilizaci jako nejbezpečnější = definitivní ochranu před početím*“ (Prevendárová, 2002 [cit. 201223-02]). Kozáková jasně zdůrazňuje, že „*sterilizace je závažnou otázkou lidských práv*“ (Kozáková, 2009, s. 53). Uzel přiznává, že v případě potřeby je možné sáhnout ke sterilizaci při řízení se zákonem a směrnicemi ministerstva zdravotnictví. Počítá, že zejména těžší stupeň mentálního poškození lze řadit mezi zdravotní indikace sterilizace (Uzel, 2009). Sexuolog Uzel přiznává, že sexuální periodická abstinence je pro mentálně

postižené metodou naprostou nevhodnou, jelikož při snížení mentální schopnosti se stává metodou zatíženou neúměrně velikým počtem selhání. I v doporučení užívat kondom je Uzel zdrženlivý, uvádí potřebu postupovat pečlivě a individuálně, ale tuto metodu jednoznačně neodsuzuje (Uzel, 2006). V souvislosti s užíváním kondomu se Kozáková vyjadřuje o potřebě zvážit u těchto mužů, zda správně zvládají techniku bezpečného používání prezervativu (Kozáková, 2009). Co se týče přerušované soulože, tak pohled sexuologa Procházky na coitus interruptus je jednoznačný - málo vhodná metoda. Dále ve svém článku doplňuje, že je zapotřebí zařadit do sexuální výchovy i nácvik používání kondomu (Procházka, 2009).

Situaci v hormonální ženské antikoncepci vidí Uzel problematicky, hlavně v komplikaci každodenního užívání. Představuje výsledky výzkumu, v němž se z celého souboru žen nejméně 20% uživatelék jednou měsíčně dopustí omylu v podobě vynechání tablety. Uzel se domnívá, že k vynechání tablety je více disponována žena s mentálním handicapem než žena zdravá. Ve většině případů tudíž preferuje dlouhodobě působící hormonální antikoncepci, například preparát Depo-Provera, který se mu jeví ideální zejména pro ústavní uživatelky. Dále Uzel zmiňuje i vhodnost podkožní aplikace tyčinky Implanon. Jako ideální způsob ochrany mentálně postižených do budoucna vidí Uzel v náplast'ové antikoncepci Evra firmy Organon, pro jakousi spolehlivou kontrolu nalepené náplasti a pravidelnosti cyklu při jejím užívání. Zároveň ale přiznává, že zatím nemají zkušenosti s tímto druhem antikoncepce u mentálně postižených (Uzel, 2006). K problematice umělého přerušování gravidity (UPT) u mentálně postižených se Uzel vyjadřuje, že musí být prováděno za naprostého souhlasu ženy a provádění se řídí obecně platnými právními předpisy. Navíc zdůrazňuje nevhodnost strašení škodlivými následky UPT, dodává, že taková osvěta se pak jeví u zmiňovaných klientek jako zcela kontraproduktivní (Uzel, 2009).

3.2 Právo mentálně postižených uživatelů služby na intimní kontakt

Právo na intimní kontakt je důležitým a sebeurčujícím prvkem života lidí s postižením. Služby sociální asistentky nejsou jen o sexu jako u prostitutek. S klientem navazují především blízký osobní kontakt, hodně spolu mluví a intimní doteky či masáže jsou jen jedna část. Snaží se být empatické, citlivé, nespěchají, nikoho do ničeho netlačí. Zkrátka

je to úplně jiné než s prostitutkou. Na mysli mají především dobro svých klientů. Na rozdíl od mnohých, kteří o něčem takovém nechtějí ani slyšet. Eisner by šel ještě dál. Takové služby by za určitých podmínek měly být dle něho alespoň částečně hradit zdravotní pojišťovny. Stejně jako třeba léky proti poruchám erekce u mužů, kterým ji způsobuje handicap. Copak není sexualita nezbytnou součástí zdravého vývoje jedince? Všude kolem jsou na sex narážky, tak jak by si jeden neměl připadat handicapovaný, když se mu takové věci odpírají! (Pšenicová, 2016). Protikladem jsou možné formy kontaktu mezi uživateli a personálem a to takové, které nepůsobí fyzickou či psychickou újmu a nejsou sexuální nebo se sexuálně zabarveným chováním. Při práci s uživatelem je nutné dodržovat princip intimních zón. Pokud do těchto zón pracovník vstupuje, je nutné dodržet a objasnit jasný účel např. při oblékání, hygieně a respektovat pocity studu, intimity. Je nutné uživatele učit takovému chování, které nebude vybočovat z běžných společenských norem, aby nebyla zkomplikována integrace do společnosti (Bašová, 2014). Intimní zóny: obecně u obou pohlaví oblast hlavy, u žen jsou to ústa, hrudník, ramena, boky, hýždě; u mužů především oblast genitálií. Každý ale může mít tyto citlivé oblasti jinak posunuté, proto je potřebné se ptát uživatele a otázkám i uživatele učit (Kozáková, 2009).

Pravidla uplatňovaná při poskytování péče o tělo:

Uživatel je veden k co nejvyšší možné míře sebeobsluhy. Podpora by měla začínat ve verbální rovině, nebo využít názornou pomůcku, např. obrázek. Pokud nestačí slovní podpora, pomůžeme s lehčí formou fyzické pomoci - vedeme ruku uživatele. Při intimní osobní hygieně je zapotřebí komentovat slovně každý krok tak, aby uživateli bylo jasné, co se s ním bude dít. Při intimní hygieně nikdy nepoužíváme holou ruku (používáme ochranné rukavice, mycí žínku). Při intimní hygieně nenavazuje s uživatelem hlubší oční kontakt, neusmíváme se (Zahradníková, 2016).

Sexuální asistentka, která ale není v České republice legální, musí znát právní předpisy, protože postižení lidé jsou kvůli svému handicapu více zranitelní. Aktivní sexuální pomoc by měla probíhat jen v případě zřetelného souhlasu postiženého. V opačném případě by to bylo bráno jako zneužití. Postižení mají právo se svobodně rozhodnout, zda chtějí navazovat sexuální kontakty a touží po sexuální asistenci. Volba svobodně se rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, je zcela jistě neopomenutelné právo. Člověk, který brání sexualitě všem zdravotně handicapovaným lidem, včetně lidí

s duševním onemocněním, se dopouští protiprávního jednání. Personál zdravotnického ústavu také jedná v rozporu s profesními etickými pravidly a trestání za sexuální projevy je i v rozporu s realizací základních lidských práv. Sexuální projevy mentálně postižených ale nesmí být pro společnost nezvládnutelné, nebezpečné, nesmí mít charakter trestného činu. S tímto tématem pak úzce souvisí jasné a srozumitelné vymezení hranic a role pracovníka a také maximální možné předávání odpovědnosti klientovi (Šídová, 2016).

3.3 Poskytování služby sexuální asistence pro mentálně postižené klienty ústavů sociální péče

Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. Pomáhají lidem s handicapem, osobám s duševním postižením, seniorům, a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou. Rozděluje se na aktivní a pasivní sexuální asistenci. Sexuální asistent/ka pomáhá jedincům, párům, ale i rodičům osob, které mají nějaký handicap. Sexuální asistence je externí služba na rozdíl od intimní asistence, která je prováděna zaměstnanci domova či pomáhajících organizací. Nejsou tedy zaměstnanci domovů či organizací pro lidi se znevýhodněním či handicapem. Do organizací, domovů či domácností klientů docházejí. Jsou zpravidla kontaktovány samotnými klienty/kami, pracovníky pomáhajících organizací, či rodiči (Pšenicová, 2016). Další rozdíl je především ve způsobu provádění druhu asistence. Sexuální asistent/ka se na rozdíl od intimního asistenta/ky může klienta dotýkat – pohladit jej, pevně obejmout, nebo jít do sexuální interakce. Intimní asistent/ka tuto činnost v žádném případě vykonávat při výkonu intimní asistence nemůže. V zahraničí tuto službu nabízejí i lékaři, psychologové, terapeutky, zdravotní sestry/bratři či bývalé a současné sexuální pracovnice aj.. Pro sexuální asistenci se používají i jiné názvy jako je sexuální doprovázení, sexuální poradenství, sexuální důvěrník, intimní asistence, surrogacy terapie (náhradní partnerství), dotykový pracovník/ice, Körper-Kontakt-Service (Servis tělesného kontaktu) a další. (Eichler, 2016).

O každé nabídce se rozhoduje společně během první povinné schůzky, která se odehrává v maximálně neutrálním kontextu (nedochází při ní k samotnému poskytování služby, je bez prostředníka/prostřednice, umožňuje-li to handicap – vzít v potaz u neslyšících

osob, osob s afázií atd.). Potřeby osob s mentálním handicapem či duševním onemocněním je třeba pečlivě rozklíčovat ve spolupráci s vysoce kompetentním a zodpovědným partnerem/partnerkou (rodinou, osobami z pomáhajících profesí, které o stavu pacienta/pacientky mohou podat stanovisko pro výkon této služby). Při každém setkání s klientem/klientkou má Sexuální asistentka, nebo asistent za povinnost hned na začátku jasně definovat možnosti a omezení svých služeb, bez jakéhokoliv nátlaku. Ve výjimečných případech může přerušit poskytování již schválené služby, pokud se pro klienta/klientku, či pro něj/ni stane nepřiměřenou či nevhodnou. Pokud se zdá, že není možné dosáhnout svobodného a informovaného souhlasu, nebo o tom sexuální asistentka a asistent pochybuje, informuje se u rodiny klienta/klientky, či jiných zákonných zástupců/zástupkyň. Komunikaci mezi sexuální asistentkou/asistentem a jeho klientem/klientkou, nebo klientovou/klientčinou rodinou, či zákonnými zástupci/zástupkyněmi mohou nahrazovat či usnadňovat třetí osoby. Sexuální asistentka a asistent se snaží: získat od klienta/klientky opakované potvrzení jeho/jejího požadavku, slovně či mimoslovně; v reakci na to mu/jí s nejlepším vědomím a svědomím nabídnout službu, která se mu/jí zdá nejvhodnější, a využívat prostředků a pomůcek, které nejlépe řeší potřeby klienta/klientky. Žádná sexuellně-tělesná praktika se a priori nevylučuje. Od každého klienta/klientky je třeba průběžně po celou dobu poskytování služby aktivně vyžadovat svobodný a informovaný souhlas, aby si sexuellní asistentka/asistent byl/a jistý/jistá, že služba je klientem/klientkou požadována. Sexuellní asistentka/asistent si dává pozor na to, aby v rámci poskytování svých služeb neinicioval/a, nepodporoval/a či neudržoval/a citový vztah. Sexuellní asistentka/asistent se vždy primárně soustředí na spokojenost a rozvoj klienta/klientky, přičemž si uvědomuje svoje vlastní limity (Eisner, Zahradníková, Pšeníková, 2014).

Sexuellní asistentka/asistent bude brát v úvahu specifické charakteristiky každého klienta/klientky, zejména co se týče jeho/jejího zdraví, bezpečí, dovedností a omezení v oblasti komunikace, vyjadřování a rozlišovacích schopností. Kdykoliv je to možné, sexuellní asistentka/asistent upřednostňuje přímou komunikaci s klientem/klientkou bez třetí osoby. Klient/klientka se může svobodně vyjadřovat, sexuellní asistentka/asistent mu garantuje absolutní mlčenlivost. Pokud o sexuellní asistenci zažádá třetí strana, Sexuellní asistentka/asistent se v maximální možné míře snaží ověřit, že je žádost opodstatněná, zejména přímo u klienta/klientky. Za potenciálního klienta/klientku sexuellní asistence

se považují všechny osoby s handicapem legálně způsobilé k pohlavnímu styku (muži, ženy či páry), které o ni požádají (Šídová, 2016).

Sexuální asistentka/asistent poskytne etická doporučení svému klientovi/klientce, a je-li to potřebné, lidem v jeho/jejím okolí. Dohlédne na to, aby o nich proběhla diskuze, a dovysvětlí, cokoliv je třeba. Nestanovuje lékařské diagnózy a nevydává jakékoliv jiné posudky, které nespádají do jeho/její kompetence, ale získává informace o zdravotním stavu klienta/klientky či jiné relevantní informace, a to v rozsahu, který je nezbytný pro poskytování jeho/jejích služeb. Sexuální asistentka/asistent přísně dbá na mlčenlivost při výkonu práce, povinnost být diskrétní ve smyslu profesního tajemství tak, jak ho chápe právo (Zahradníková, 2016). Sexuální asistentka/asistent, a je-li to možné, i samotný klient/klientka přísně respektují základní pravidla tělesné hygieny včetně čistoty oblečení. Mají absolutní odpovědnost za to, aby se chránili před veškerými sexuálními či jinými nemocemi. Bude-li si to konkrétní případ žádat, dostatečnou hygienu klienta/klientky před poskytováním služby zajistí samotný Sexuální asistentka/asistent a dohlédne na to, aby nedošlo k přenosu nemoci či infekce.

K poskytnutí služby dojde v čase, na kterém se shodly všechny strany, jež jsou do procesu nějakým způsobem zapojeny. Jakákoliv změna či zrušení musí být nahlášeno co nejdříve. Prostředí garantující bezpečí a intimitu hledá Sexuální asistentka/asistent společně s klientem/klientkou. Místo schůzky bude přístupné, pohodlné a prostorné, bude nabízet optimální hygienické podmínky (sprcha, ručníky, toaleta, lůžkoviny...) a diskrétnost (možnost zamknout dveře, závěsy, absence hluku atd.) a bude přizpůsobené hendikepu klienta/klientky. Sexuální asistentka/asistent vždy dopředu informuje klienta/klientku o způsobu výpočtu výše odměny tak, aby klientovi/klientce bylo zřejmé, jakou částku zaplatí za služby, o které by měl/a zájem (Eisner, 2014).

Každý asistent a asistentka se primárně řídí následující přísahou:

Ctím a respektuji své bližní, nezávisle na původu, rase, pohlaví, rodném jazyce, věku, kultuře, způsobu života, náboženství, světonázorovém nebo politickém přesvědčení, zdraví, vizáži, vzdělání, vývoji a sociální příslušnosti. Akceptuji autonomii a důstojnost svých bližních a právo na jejich sebeurčení. Pracuji nezávisle, samostatně a také bez spojitosti s politickými, nebo církevními institucemi a jsem zavázán/a klientům/klientkám, pro které pracuji. Stojím si za svými vlastními politickými, náboženskými a duchovními

názory. Dbám o to, abych pro klientku/klienta byl/a stále pouze osobou, která je k němu nebo k ní ve vztahu realizátor/realizátorka domluvené služby. Svou prací se zavazuji k mlčenlivosti. Jednám s nejlepším vědomím a svědomím a stanovuji si vlastní odpovědnost a cíl své asistenční práce. Jsem si vědom/a svých možností a hranic. Asistence, rituály, události apod. připravuji po oboustranné dohodě. Za svoji práci mám nárok na adekvátní odměnu. Detaily budou vyjasněny předem (Rozkoš bez rizika, 2016). Povinností pracovníků ústavních zařízení je vzdělávat se v různých oblastech týkajících se jejich práce, tedy i v oblasti sexuálních potřeb osob, o které pečují podle zákona č. 108/2006 Sb.. Pomocí kurzů jsou pracovníci seznamováni se základními pojmy a přístupy k sexualitě a jsou v nich proškoleni. Mohou absolvovat kurzy na téma vztahy, sexualita lidí s mentálním postižením. V případě nejasností, nebo osobních nejistot mohou využívat týmové spolupráce na pravidelných poradách střediska, s vedením zařízení, na supervizích. V případech vyžadujících odbornou pomoc může být kontaktován specialista (psycholog, sexuolog, psychiatr, poradce v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením, aj.) (Bašová, 2015).

3.4 Sexuální asistenti

Pokud se chce člověk stát sexuálním asistentem/asistentkou, tak musí mít v první řadě zpracovanou svoji sexualitu. Neměl by si touto prací léčit svá nezpracovaná traumata týkající se sexuality. Dále by měl projít kurzem, kde získá teoretické dovednosti a měl by se naučit rozpoznávat, jak ostatní vyjadřují své sexuální potřeby a jak na ně reagovat. Vzdělávání není jen o sexuální stránce, ale i o tom znát handicap, jeho projevy a rizika. Důležitost vzdělání si sexuální asistentky hodně uvědomují. Cílem některých sdružení např. Rozkoše bez Rizika v oblasti sexuální asistence je rozpoutat diskuzi na téma sexuální asistence. Chtějí vytvořit „Kodex sexuálních asistentek“, aby tady byl platný, aby každá žena (či muž), která by začala provozovat sexuální asistenci, ten kodex přijala, podepsala a věděla, jaká pravidla je nutné dodržovat a kde jsou hranice sexuální asistence (Šídová, 2016). V ústavech by mohli pomáhat sexuální asistenti handicapovaným, kteří žijí ve speciálních domovech a chtějí vést intimní život. Pokud nemají partnera, mohli by využít služeb sexuálních asistentů. Jejich rolí je zbavovat handicapované frustrace, pokud nemají intimní vyžití, nebo jim je upíráno. To by byla jedna z úloh sexuálních asistentek.

Asistenti, ve světě jde většinou o ženy, doprovázejí zájemcům, kteří si za tuto službu zaplatí, fyzický kontakt. A dojít by mohlo i na pohlavní styk. Aby lidé mohli vykonávat toto povolání, musejí projít speciálním školením. Pravidla služby jsou jasně daná. Při jejím vykonávání nezáleží na tom, jestli je klient uznán svéprávným. Musí však umět dát najevo, že kontakt chce. Ne, tedy odmítnutí, znamená i to, že se přikryje dekou. Přiznat si sexualitu handicapovaných a seniorů je nutné podle řady odborníků. Že by ale toto téma bylo přijato bez problémů snad nikdo neočekává. Musí si to projít určitým vývojem. Často se sexuální asistence mylně srovnává s prostitucí (Zahradníková, 2016).

S intimním životem klientů se v současné době tuzemská zařízení vyrovnávají po svém. V některých z nich funguje takzvaná intimní asistence. Poskytují ji sociální pracovníci. S klienty nemají fyzický kontakt. Zatímco někteří jsou ochotní odpovědět na jakékoliv otázku, jiní se omezují pouze na hygienu, nebo partnerské vztahy. Koncepce, která by ve zdravotnické péči řešila sexualitu u lidí, kteří mají handicap, podle odborníků zcela chybí. Pokud se sexualitou jako s jedním z významných faktorů v životě handicapovaného nepracují ani lékaři, sociální pracovníci, často ani psychologové, jak se dá předcházet frustracím, depresím a pocitům méněcennosti, které pak mají dopad například na pracovní i sociální život klientů? (Eisner, 2012). Sexuální asistence je jedna z možností, jak problematickou situaci některých lidí řešit. Svět je oproti nám mnohem dál. V Nizozemsku už tahle služba funguje 35 let, tradičně pokroková je i Skandinávie. Ovšem inspiraci lze hledat i ve Švýcarsku a u našich sousedů v Německu, či Rakousku. Ani v těchto zemích se tohle téma neobejde bez kontroverze. Jenže my jsme se ještě nedostali ani do téhle fáze. Je nutné jasně definovat a legislativně ukotvit přístup k sexuálním potřebám klientů. Práce sexuálního asistenta může mít dvojí podobu. V prvním případě se jedná o osobní intimní kontakt, který odpůrci těchto služeb nazývají prostitucí. Druhá podoba je méně problematická. Dva lidé s těžkým handicapem spolu chtějí žít po všech stránkách, ale nejsou toho samostatně fyzicky schopni. Potřebují pomoc, různé pomůcky atd. V takové chvíli může přijít vyškolený člověk, který jim asistuje. Intimita chvíle je sice částečně narušena, ale bez pomoci by vůbec nenastala. Pokud to všichni zúčastnění dělají dobrovolně, nemůže proti tomu vůbec nikdo nic namítat (Šídová, 2016).

Pasivní sexuální asistence zahrnuje tyto aktivity: Zodpovědnost k rodičovství, rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou, schopnost říci ne, učí komunikovat o pohlavním styku, obstarává sexuální pomůcky. Učí, jak správně používat sexuální pomůcky. Učí

vyhledávat pornografii na internetu a vzdělává muže/ženy v této oblasti. Pomáhá při nastavování hranic vzhledem k sexualitě. Zabývá se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit. Vysvětluje jak správně masturbovat. Informují o možnostech antikoncepce. Edukuje v oblasti bezpečnějšího sexu, hygieny, přitažlivého oblékání a edukuje v oblasti rozpoznávání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou. Učí jak navazovat partnerské vztahy. Probírají s klientem/kami téma sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání). Pomáhají handicapovaným párům se začátkem pohlavního života. Poskytují poradenství příbuzným (např. rodičům, blízkým osobám) ohledně sexuality jejich dětí, blízkých (Zahradníková, 2016).

Aktivní sexuální asistence zahrnuje navíc sexuální interakce jako např. pomoc při masturbaci, pomoc postiženému páru při pohlavním styku, doteky, erotické masáže, pohlavní styk či další sexuální praktiky, na kterých se s klientem domluví. Náplň práce intimního asistenta/ky odpovídá výčtu aktivit popsaných u pasivní sexuální asistence. Rozdílem je, že tato služba je nabízena pracovníky/icemi pomáhajících organizací, tedy zaměstnanci/kyněmi těchto organizací. V současné době nemá intimní asistentka/asistent ukotvení v systému profesí (Pšenicová, 2016).

Rozdíly mezi sexuální asistencí a službami sexbyznisu

Je sice pravda, že obě tyto služby mohou končit placeným pohlavním stykem, ale rozdíl je v zaměření sexuální asistence na prožívání a individualitu jedince. Sexuální asistence nemusí být pouze jednorázovým sexuálním uspokojením, ke kterému někdy ani nedochází, ale postupným seznamováním se sexualitou, nastavováním hranic, domlouvání pravidel, nácviku a poznávání doteků a především jde o porozumění mezi člověkem s handicapem a sexuální asistentkou/tem. Ti si s klientem povídají, a to mnohdy nesnadným způsobem. Naslouchají mu, mají trpělivost a nic jim nepřijde nenormální. Jejich úkolem je vybudovat vztah na důvěře. Mezi klientem a asistentem se totiž často utvoří především prostor pro rozvíjení zkušeností. Možnost si zkusit nové věci, dotyk, smyslnost, nahotu, kontakt s druhým člověkem, blízkost a něžnost, to vše je možné při sexuální asistenci objevovat. Člověk si může utvořit vztah k sobě samému, ke svému tělu (Eisner, 2014). Sexuální asistenti/ky poskytují své služby systematicky, s ohledem na konkrétní osobnost a handicap. Něco jiného potřebuje člověk, který svou sexualitu objevuje, něco jiného chce člověk po úraze, který už není schopen svou sexualitu, kterou zná, stimulovat. Něco jiného

potřebuje klient s autismem, mentálně postižený, nebo psychicky zdravý člověk. A právě dalším rozdílem je vzdělání sexuálních asistentek nebo asistentů, které/ří jsou proškoleny/i, jak pracovat s lidmi s postižením nebo handicapem, jak s nimi o sexualitě mluvit a jak ji postupně nacvičovat. Vědí, jak s lidmi postiženými fyzicky manipulovat a znají zásady první pomoci, pomáhají mu také s hygienou a oblékáním (Zahradníková, 2016).

Sexuální asistentky a asistenti na rozdíl od sexuálních pracovníků vzdělávají nejen samotné hendikepované, ale i rodinné příslušníky, pracovníky v zařízeních, kteří se o ně starají, učí je manipulovat se sexuálními pomůckami, přinášejí naučná pornografická díla. Sexuální asistentky a asistenti pracují na získání dovedností, které může člověk s handicapem v budoucnu využít, jde např. o navazování kontaktů, zabývají se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit, schopnost říci ne, zodpovědnosti k rodičovství, rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou a podobně. Velkou úlohu hrají asistenti v prevenci sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání aj. (Šídová, 2016).

Etika práce sexuálních asistentek a asistentů

Sexuální asistence je služba, která pomáhá naplnit sexuální potřeby zejména osob s handicapem. Zahrnuje komplexní asistenci spočívající v poskytnutí emocionální podpory a sexuálních služeb – naplnění smyslových a erotických očekávání na základě dohody a konkrétní situace klienta, nebo klientky služby. Všeobecný etický rámec, o který se tento etický kodex opírá, zahrnuje zásadu vzájemné úcty (klient/klientka a poskytovatel/poskytovatelka služby), uvědomění si role třetích osob při realizaci služby (rodina klienta/klientky, osobní asistent/asistentka) a absolutní respektování intimního charakteru samotného okamžiku této služby. Profesionální sexuální asistence vystupuje jako pravidelná, příležitostná či přechodná služba, která podléhá svobodnému souhlasu, dodržování platných zákonů a zásadě ochrany zdraví všech protagonistů a protagonistek. Dobrovolný závazek sexuálních asistentek a asistentů, že budou pracovat v souladu s tímto kodexem pro sexuální asistentky a asistenty, je zárukou kvality (Eisner 2011). Všem dospělým jakéhokoliv věku, kteří mají handicap, se sexuální asistence nabízí s cílem rozvinout jejich smyslové prožívání a sexualitu v širším slova smyslu. Sexuální asistent/asistentka se zavazuje k tomu, že bude svoje služby poskytovat s hlubokým respektem ke klientce/klientovi, tak aby podpořil/a jeho sebeurčení (prožívání vlastní

sexuality a potřeb) a zajistil/a mu co nejvyšší úroveň spokojenosti a bezpečí. Za sexuální asistentky a asistenty se u nás mohou v současné době považovat, a jsou považovány, pouze osoby, jež absolvovaly školení u organizace ROZKOŠ bez RIZIKA, která se na tuto oblast specializuje. Jedná se o osoby, které se rozhodly poskytovat sexuální asistenci, jednájí vlastním jménem a měly by dodržovat tento kodex. ROZKOŠ bez RIZIKA negarantuje služby sexuálních asistentek/asistentů. Sexuální asistentky a asistenty by měli podstupovat supervize a účastnit se speciálních doplňkových školení, která jim poskytnou potřebné informace (Šídová, 2014). Veškeré aktivity sexuální asistence, veřejné (ve spolupráci se třetími osobami) či soukromé (pouze mezi klientem/klientkou a asistentem/asistentkou), budou naplněny snahou naslouchat, empatií, respektem a diskrétností. Sexuální asistentka a asistent se zavazuje k tomu, že bude během poskytování služby ctít základní etické normy; respektovat zejména autonomii, sebeurčení a důstojnost klienta/klientky. *Primum non nocere*“ (přel. především neškodit). Sexuální asistentka a asistent vždy jedná a poskytuje služby tak, aby nepoškodil/a svého klienta nebo svoji klientku. Sexuální asistentka a asistent musí být schopný/schopná kdykoliv ospravedlnit svoje jednání (v rámci nabídky, poskytování služby, zaujetí veřejného stanoviska) v souladu s hodnotami, kterými se řídí jeho/její praxe (Eisner 2011).

4. Shrnutí teoretických poznatků

V teoretické části své diplomové práce pracuji s pojmy, mentální postižení, sexualita, klient, ústav sociální péče, sexuální asistence, antikoncepce z pohledu problematiky sexuality mentálně postižených klientů ústavů sociální péče. V první kapitole je popisován historický kontext problematiky sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče. Sexualita je zde představena jako jedna ze základních lidských potřeb, která je součástí plnohodnotného života člověka prostřednictvím intimního kontaktu s blízkým člověkem. Podrobně jsou zde vyjmenovány právní aspekty života mentálně postižených (MP) klientů a výčet jejich konkrétních práv. V podkapitole popisují možné způsoby protiprávního jednání MP klientů v sexuální oblasti a zároveň informuji o možných projevech patologického chování u mentálně postižených uživatelů služby při nedostatku soukromí. Kladu zde i otázku co je pro nás „normální“ ve vztahu k sexualitě MP obecně.

V druhé kapitole teoretické části se věnuji nejprve popisu edukace osob s MP zejména výchovou a osvětou činností v oblasti sexuality MP. Její nedílnou součástí je i popis jak konkrétně pracovat se sexualitou MP klientů v ústavu sociální péče a které pomůcky lze při osvětě využívat. Seznamuji zde i s konkrétními pomáhajícími organizacemi, které se sexualitou MP klientů zabývají a principy práce se sexualitou u uživatelů s mentálním postižením. Uvádím zde i nejvíce frekventované chyby pracovníků při poskytování osvěty, špatně vymezené kompetence a hranice neodpovídající dovednostem pracovníka, nebo aktuálnímu nastavení organizace a nesladěnost týmu v otázce přístupu k sexualitě.

Ve třetí kapitole se zabývám jednotlivými formami vztahů a variabilitami sexuality u MP klientů. Informuji zde o důležitosti antikoncepce a zmiňuji i důsledky možných následků otěhotnění. Popisuji, jak srozumitelným způsobem klienty seznámit s možností prevence, před důsledky a riziky nákazou pohlavně přenosnými nemocemi. Neopomenutelné je i právo MP klientů na intimní kontakt, který je důležitým a sebeurčujícím prvkem života lidí s postižením. V této kapitole seznamuji i s možnostmi jak řešit svoji sexualitu například pomocí sexuální asistence a jaké služby by mohli klienti od sexuálních asistentů požadovat.

V teorii empirické části jsem si následně stanovil výzkumný cíl diplomové práce a formuluji svoji hlavní výzkumnou otázku. Popisuji zde výběr výzkumného vzorku, včetně metodologie mnou prováděného výzkumu. V další části popisuji zvolenou metodu

kvalitativního výzkumu, polostrukturovaný rozhovor, včetně jeho možných výhod i úskalí. Postupně charakterizují jednotlivé respondenty výzkumu, včetně míst kde se rozhovory realizovaly. Zabývám se možnými způsoby interpretace odpovědí jednotlivých respondentů. V závěru popisu teorie empirické části formuluji možná úskalí analýzy realizovaných odpovědí, které následně rozpracovávám a transformuji do dílčích otázek.

5. Výzkumné šetření problematiky sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče

V praktické části diplomové práce zkoumám problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby ústav sociální péče. Představuji zde cíl práce a formuluji svoji výzkumnou otázku. Zároveň zde popisuji výběr výzkumného vzorku, včetně metodologie prováděného výzkumu. Zkoumám jak vnímají problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu pobytové služby opatrovníci, sociální pracovníci a sociální pracovníci v přímé péči. Na základě zjištění identifikuji problematické aspekty poskytované sociální služby v kontextu řešené problematiky a navrhuji možná řešení.

5.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit a postoje veřejných opatrovníků, sociálních pracovníků a sociálních pracovníků v přímé péči v rámci sociální služby ústavu sociální péče k řešení sexuality mentálně postižených klientů ústavních pobytových zařízení. V kapitolách 1 až 3 jsem vydefinoval základní problematické okruhy sexuality mentálně postižených klientů v pobytovém zařízení. Zkoumám, jak je chápou sociální pracovníci, sociální pracovníci v přímé péči a opatrovníci a zda je klienti dle nich využívají.

Hlavní cíl byl přetransformován do hlavní výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka (HVO): „**Jaký postoj zaujímají k sexualitě mentálně postižených klientů žijících v ústavech sociální péče, rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči ústavů sociální péče?**“ Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělil do tří dílčích výzkumných otázek.

Dílní výzkumné otázky (DVO):

DVO 1: Jaké postoje zaujímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením?

Cílem této dílní otázky je zjistit postoje opatrovníků, sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči ústavů sociální péče k jednotlivým formám vztahů a sexualitě obecně u lidí s mentálním postižením. Porovnávám i názory jednotlivých respondentů v čem se shodují a v čem se jejich názory liší.

DV2: Jakou formou a zda vůbec je prováděna a využívána osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče?

Cílem této dílní otázky je zjistit jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta sociálními pracovníky v ústavních zařízeních a následně zda je klientkami využívána. Zda je osvěta v oblasti sexuality vnímána jako posun správným směrem, nebo zda lze nalézt jiné další možnosti řešení problému sexuality mentálně postižených klientů.

DVO3: Jaké názory mají rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?

Cílem této dílní otázky je zjistit názor opatrovníků a sociálních pracovníků na konkrétní řešení sexuality opatrovanců formou sexuální asistence, či jinými formami pomoci v uspokojování intimních potřeb.

Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek

DVO 1: Jaké postoje zaujímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením?

1. Jakou formou a zda vůbec je ve vašem zařízení upravena ochrana základních lidských práv uživatelů služby v oblasti jejich sexuality?
2. Do jaké míry a zda vůbec pracovníci v přímé péči pracují se sexualitou klientů v ústavním zařízení?
3. Jaké postoje zaujímáte Vy osobně k možným formám sexuality klientů vašeho zařízení?

4. Jak dle Vašeho názoru sami klienti nahlíží na možná řešení své sexuality v rámci ústavního zařízení?
5. Jaké představy, možnosti a formy sexuality jsou dle vašeho názoru preferovány samotnými klienty?
6. Co dle vašeho názoru brání, aby byly názory klientů a sociálních pracovníků v oblasti forem sexuality v souladu?)
7. Do jaké míry jsou dle Vás ve vašem zařízení naplňovány požadavky klientů v oblasti sexuality?
8. Jaký názor dle vás mají rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu ve vašem zařízení?
9. Jaká je dle vašeho názoru kvalita sexuálních prožitků a projevů sexuality klientů vašeho zařízení v závislosti na stupni mentálního postižení?
10. Jaké existují dle vašich zkušeností rozdíly v sexuálním životě mentálně postižených žen a mužů?
11. Jaké znalosti mají mentálně postižení lidé o partnerství a sexualitě a jakou roli hraje sexualita v jejich životě a jaké s ní mají zkušenosti?
12. Jaké mají dle Vašeho názoru rodiče a sociální pracovníci povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě svých dětí – klientů ústavních zařízení?
13. Čím Vy sám, sama přispíváte z pozice svého pracovního zařazení ke zlepšení prožívání sexuality u vašich klientů?
14. Co si představujete pod pojmem sexualita klientů s mentálním postižením?
15. Co je dle vašeho názoru největší překážkou kvalitního sexuálního uspokojení klientů vašeho zařízení?

DV2: Jakou formou a zda vůbec je prováděna a využívána osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče?

16. Co si dle Vás klientky vašeho zařízení představují pod pojmem antikoncepce?
17. Jak vnímají klientky vašeho zřízení důležitost používání antikoncepce?
18. Kdo a jakým způsobem provádí osvětu v oblasti antikoncepce u vašich klientek?
19. Jaká je z vašeho pohledu osvěta v oblasti antikoncepce ve vašem zařízení? V čem vidíte nedostatky?
20. Které druhy antikoncepce preferují dle vašeho názoru klientky vašeho zařízení?
21. Které druhy antikoncepce používají klientky Vašeho zařízení?

22. Která antikoncepce je dle Vašeho názoru nejpříjemnější pro klientky vašeho zařízení?
A proč?
23. Jaké je dle Vás procentuelní zastoupení v používání antikoncepce klientek vašeho zařízení a proč tomu tak je?
24. Jakou roli dle Vás hraje stupeň mentálního postižení vašich klientek ve výběru antikoncepce?
25. Jakou formou máte ve vašem zařízení tuto oblast metodicky ošetřenu?

DVO3: Jaké názory mají rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?

26. Jaké jsou vytvořeny ve vašem zařízení podmínky pro řešení sexuality klientů?
27. Jak by mělo být řešeno dle Vašeho názoru uspokojování klientů vašeho zařízení?
28. Jakou roli v sexuálním životě mentálně postižených klientů v ústavním zařízení sociální péče hraje personál, případně nejbližší okolí?
29. Co si Vy sám-sama představujete pod pojmem sexuální asistence?
30. Jak nahlížíte na řešení možností uspokojení sexuality klientů žijících v pobytovém zařízení formou sexuální asistence?
31. Jak si představujete, že by tato služba fungovala ve vašem zařízení? Pokud již funguje jakou formou?
32. Co by mohlo pomoci v realizaci (zlepšení) sexuální asistence ve vašem zařízení?
33. Jaký názor mají dle Vás rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu vašich klientů?
34. Co si představíte pod pojmem Dům sexuality?
35. Co dle Vášeho názoru přináší největší uspokojení v sexuální oblasti Vašim klientům?
36. Jakým způsobem, či dokumentem a zda vůbec máte ošetřenu oblast sexuality klientů Vašeho zařízení?
37. Jak nahlížíte na využívání erotických pomůcek pro sexuální uspokojování vašich klientů?
38. Co bydle Vás mohlo zlepšit pohled laické i odborné veřejnosti na sexualitu mentálně postižených klientů?
39. Jak vnímáte potřeby klientů vašeho zařízení?

Tabulka č. 2: Transformace výzkumných otázek

DVO	Nástroj	Informant	Tazatelské otázky
DVO1 Jaké postoje zaujímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením?	Polostrukturovaný rozhovor	SP SPPP OP	1-15
DVO2 Jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče a zda je v rámci pobytové služby využívána?	Polostrukturovaný rozhovor	SP SPPP	16-25
DVO3 Jaké názory mají rodiče/ veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?	Polostrukturovaný rozhovor	SP SPPP OP	26-39

Zdroj: (vlastní)

Vysvětlivky:

SP – tazatelská otázka pro sociálního pracovníka

SPPP – tazatelská otázka pro sociálního pracovníka v přímé péči

OP – tazatelská otázka pro opatrovníka

5.2 Metodologické ukotvení výzkumného šetření

Pro svůj výzkum jsem si zvolil metodu kvalitativního výzkumu, zejména vzhledem k tomu, že předmětem mnou realizovaného výzkumu jsou názory sociálních pracovníků, sociálních pracovníků ústavů sociální péče pracujících v přímé péči a veřejných opatrovníků. Výhodou kvalitativního výzkumu je v tomto případě to, že nezůstává jen na povrchu, ale při řešení problematiky se získávají hloubkové popisy případů. Jak popisuje Švaříček výhodou takového šetření je „...získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu...“ (Švaříček a kol., 2007, s. 13). Na druhou stranu považuje Hendl jako nedostatek kvalitativního výzkumu tu skutečnost, že jeho výsledky jsou subjektivní (Hendl, 2005).

Smyslem mého výzkumu je porozumět, analyzovat a správně interpretovat a popsat subjektivní názory respondentů, na to, jak vnímají řešení sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče. Cílem výzkumného šetření je zjistit názory veřejných opatrovníků, sociálních pracovníků a sociálních pracovníků v přímé péči v rámci sociální služby ústavu sociální péče k řešení sexuality mentálně postižených klientů. Z tohoto důvodu jsem si jako hlavní metodu výzkumu zvolil rozhovor. Využil jsem výhody rozhovoru např. zda dotazovaný porozuměl otázkám, nebo projevy subjektivních pohledů a názorů dotazovaného, včetně jejich konkretizace, dle Hendla (2005).

Zvolil jsem polostrukturovaný rozhovor a mnou kladené otázky na respondenty směřovaly k předem stanovenému problému. Používal jsem i doplňující otázky obecnějšího charakteru tak, aby mohli respondenti vyjádřit své postoje a názory. Polostrukturovaný rozhovor popisuje Švaříček jako techniku vedení rozhovoru, která vychází z předem připraveného seznamu otázek, které se během rozhovoru mohou dále vyvíjet svou cestou a objasňovat tak dané téma (Švaříček a kol., 2007). Přesto, že řadím rozhovor jak z časového, tak i z hlediska vyhodnocení získaných dat za náročnější, tak jsem přesvědčen, že to byla správná volba. Jako pozitivum považuji možnost pružně se přizpůsobit všem vzniklým situacím. Realizované rozhovory s respondenty (sociálními pracovníky, sociálními pracovníky ústavů sociální péče pracujícími v přímé péči ústavů a veřejnými opatrovníky) probíhaly v ústavech sociální péče v Domově Dědina Opočno (ústav sociální péče pro ženy) a jeho odloučených pracovištích v Přepychách, Českém Meziříčí a Klášteře nad

Dědinou, Ústavu sociální péče pro mládež v Kvasinách a na obecních a městských úřadech v rámci obce s rozšířenou působností Dobruška.

Rozhovory se zaměstnanci ústavů sociální péče - pracovníky v přímé péči probíhaly na jejich pracovištích. Délka těchto rozhovorů trvala zhruba od 40ti do 60 minut a pořídil jsem z nich písemný záznam pro další analýzu. Kromě techniky rozhovoru uvádí Creswell (2007, s.387) i další možnosti zdrojů získávání dat. Jedná se zejména o přímé pozorování a analýzu dokumentů a osobních záznamů. Posloužily mi zejména jako zdroj k ucelení informací o mentálně postižených klientech ústavů sociální péče.

5.3 Charakteristika informantů realizovaného výzkumu

Pro získání potřebných informací pro svoji diplomovou práci jsem použil níže uvedené zdroje výzkumu. Při výběru informantů jsem se snažil brát ohled na vyrovnanost pohlaví jak u sociálních pracovníků tak i opatrovníků. Osoba informanta je ta, která nám poskytuje informace v rámci rozhovoru, zároveň se svěřuje a odhaluje další informace (Gavora, 2000). Soubor informantů ze strany veřejných opatrovníků je tvořen šesti opatrovníky, třemi ženami a třemi muži. Z šesti opatrovníků se jedná o tři veřejné opatrovníky, pověřenými radami měst, jednou veřejnou opatrovnici (starostky obce POI) a dotazoval jsem se i dvou opatrovníků ze strany rodinných příslušníků (rodičů).

Vzhledem k tomu, že jsem musel vzít v potaz především odbornost informantů, tak se v mém případě jedná o výběrový soubor. Všichni dotazovaní sociální pracovníci pracují v pobytových sociálních zařízeních (ústavy sociální péče), dva v chráněném bydlení a jeden v domě zvláštního určení. Tuto metodu výběru popisuje Švec (1998, s. 77) jako „metodu záměrného výběru“. Při plánování a domlouvání rozhovorů s respondenty jsem využil metodu „sněhové koule“ (Hendl, 2005, s.152). U této metody si výzkumník nejprve najde počátečního respondenta a následně od něho získá kontakty na další respondenty.

Informanty jsem rozdělil do tří skupin: skupina s označením „Informant A“ je tvořena sociálními pracovníky z ústavů sociální péče, skupinu s označením „Informant B“ tvoří sociální pracovníci ústavů sociální péče, pracující v přímé péči a „Informant C“ tvoří veřejní opatrovníci a rodinní opatrovnici.

Tabulka č. 3: Charakteristika informantů výzkumu

Informant	Pohlaví	Věk	Pozice	Léta praxe	Vzdělání
A1	žena	54	SP	30	VŠ
A2	žena	44	SP	17	VŠ
A3	žena	46	SP	22	VŠ
A4	žena	26	SP	4	VŠ
A5	muž	48	SP	28	VŠ
A6	muž	37	SP	5	VŠ
B1	žena	57	SPPP	27	SŠ
B2	žena	26	SPPP	3	VŠ
B3	žena	45	SPPP	20	VŠ
B4	žena	33	SPPP	17	VŠ
B5	žena	50	SPPP	12	VŠ
B6	muž	27	SPPP	2	VŠ
C1	žena	26	VOP	4	VŠ
C2	žena	48	VOP	4	SŠ
C3	žena	41	OPFO	5	VŠ
C4	žena	44	OPFO	8	SŠ
C5	muž	54	VOP	9	VŠ
C6	muž	41	VOP	12	VŠ

Zdroj: (vlastní)

Vysvětlivky:

SP – sociální pracovník

SPPP – sociální pracovník v přímé péči

OP – opatrovník

OPFO – opatrovník, fyzická osoba

Etické hledisko výzkumného šetření

Všichni respondenti z řad sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči a opatrovníků, mnou prováděného kvalitativního výzkumného šetření, byli požádáni o informovaný souhlas s pořízením písemného záznamu polostrukturovaného rozhovoru, který

mi následně poskytl. Záznam jsem si pořizoval i z důvodu objektivitu a přesné interpretace od informantů. Následně budou využity pouze pro účel výzkumu diplomové práce a poté skartovány, aby se nedostaly do nepovolaných rukou. Výzkumné šetření bylo prováděno v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchovávání v informačních systémech.

5.4 Shrnutí výsledků předvýzkumu a časový plán výzkumného šetření

V rámci předvýzkumu je badatelem ověřováno na malém vzorku respondentů, zda jsou výzkumná metoda a výzkumný nástroj správně zvoleny. Surynek uvádí, že „...*předvýzkum je jakousi 'generální zkouškou' vlastního výzkumu. Díky předvýzkumu se výzkumník může vyvarovat některých nedostatků...*“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 77). Za účelem ověření vhodnosti mnou zvoleného výzkumného nástroje jsem oslovil sociální pracovníci ústavu sociální péče, sociální pracovníci v přímé péči z ústavu sociální péče a veřejného opatrovníka. Použil jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru. Nejprve jsem si vyžádal souhlas všech dotazovaných s tím, že si vše budu zaznamenávat a následně jejich informace použiji do výzkumu své diplomové práce.

V rámci našeho rozhovoru jsem si zejména ověřoval, zda otázky, které jsem informantům pokládal jsou pro ně srozumitelné. Zároveň jsem si u jejich odpovědí zjišťoval, zda mi poskytnou tolik potřebné a dále zpracovatelné údaje pro výzkumný cíl mé diplomové práce. Některé tazatelské otázky jsem musel na základě našeho rozhovoru upravit, aby byly pro opatrovance srozumitelnější. Zároveň jsem si ověřil časovou náročnost rozhovorů, na jejím základě jsem následně naplánoval další výzkumné rozhovory.

Časový plán výzkumného šetření včetně jeho dílčích aktivit je uveden v níže přiložené tabulce.

Tabulka č. 4: Časový plán výzkumného šetření

Prováděná aktivita	Časové období
Zajištění a prostudování podkladů pro teoretickou část diplomové práce	červen 2016 – září 2016
Vypracování teoretické části diplomové práce	listopad 2016 - leden 2016
Příprava empirického výzkumného šetření	listopad 2016
Předvýzkum	prosinec 2016
Sekundární analýza	prosinec 2016
Realizace výzkumného šetření – rozhovory	leden 2017
Zpracování výsledků výzkumu	únor 2017
Dokončení diplomové práce	březen 2017

Zdroj: (vlastní)

6. Získané poznatky podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek a jejich interpretace

V této části diplomové práce popisují a analyzují ze získaných odpovědí postoje oslovených informantů na jednotlivé okruhy otázek. Postupně popisují odpovědi informantů na všechny dílčí výzkumné otázky a na závěr každé dílčí výzkumné otázky provádím její shrnutí.

Dílčí výzkumná otázka č.1 (DVO1)

Jaké postoje zaujímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením?

Cílem této dílčí otázky je zjistit postoje opatrovníků, sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči ústavů sociální péče k jednotlivým formám vztahů a sexualitě obecně u lidí s mentálním postižením. Porovnávám i názory jednotlivých skupin respondentů v čem se shodují a v čem se jejich názory liší.

Odpovědi respondentů

Pracovníci shodně jmenovali dokumentaci zařízení a základní listinu práv a svobod. „...práva jsou upravena v dokumentaci, která vychází ze zákona, pak máme metodiku přímo na ochranu práv. Zdrojem je zákon, úmluva o právech lidí s mentálním postižením, listina základních práv a svobod...“(A1-A6) „...no, v té dokumentaci, co tu je, počínaje organizačním řádem, provozním řádem. Všude tam se najde souvislost s právy...“(A3, A4, A6) „...určitě ve Standardech, to je základ...“(A2) Také pracovníci jmenovali etický kodex pracovníka, který má zařízení svůj vlastní. „...etický kodex pracovníka, tam je to také...“(B3-B5) napadá mě etický kodex, dodržíme ho, snažíme se...“(B5)

Respondenti se vyjadřovali k otázce osvěty, zda ji považují za dostatečnou, co naopak postrádají a co by jim v této oblasti pomohlo. „...literatura nebo brožura mi tolik nedá, to by musel být psané pro laiky, ne odborně. Je lepší, když se můžu zeptat, když se řeknou zkušenosti, mluvit o tom. S doktorem, osvěta o tom, že to přijde, čeho se vyvarovat, na co dbát. Můj syn měl zánět, musel jít na obřezku a od té doby jsou jen problémy...kdybychom

to věděli dřív...“(C3,C2) „...to, co se mi dostalo do ruky bylo učené, nic pro laika, pro rodiče...“(C4,C5) Za nedostatečnou rodiče považují osvětu směrem k lidem s mentálním postižením: „...pro postižený, to vůbec není...“(C3) „...není vůbec směřovaná pro lidi s mentálním postižením. Směrem pro okolí je toho víc, ale taky toho moc není, proto jsou právě ty předsudky...“(C4) „...pro lidi s mentálním postižením není nic, možná nějaký zařízení to má v náplni, zabývají se tím, ale na internetu jsem toho moc nenašla...“(A5)

Pracovníci vidí určité zlepšení v oblasti osvěty, záleží na zájmu o ni v této oblasti, pokud se tím nezabývají, nevyhledávají ji. Ve větším rozsahu a srozumitelnější osvětu by však uvítali. „...zlepšilo se to, víc se o tom mluví. Musí to začít už výchovou o právech klientů, že mají stejné potřeby...to, že neumí číst a psát, neznamená, že tu potřebu nemá..možná by pomohly kurzy, výcviky zaměřené na komunikaci s klientem, dál vzdělanost personálu v právech. Ale i všeobecná osvěta zaměřená k opatrovníkům, personálu a samozřejmě ke klientům a k veřejnosti...“(B1,C3) „...je jí potřeba víc a to celkově. I pro lidi s mentálním postižením toho moc není...“(B4,C2) „...určitě je potřeba víc to prohloubit, je to na cestě...slyšet třeba i jak je to v zahraničí, jaký s tím mají zkušenosti...“(C1) „...literatura je, ale nejsem si jistý, jestli je dostatečná ve způsobu sdělení, aby to ta druhá strana správně pochopila, myslím, že to není pro ně srozumitelné...“(B6), „...v této oblasti je to obtížné, sexualita je vnímána jako intimní oblast, ne každý se tím zabývá. Je jisté zlepšení, vyškolují se zaměstnanci, uvítal bych odborníka, který by předal zkušenosti. I pro lidi s mentálním postižením více literatury, jednoduchá, ale ne zase moc zjednodušující, aby jim to něco řeklo...“(B2), „...ta je minimální. Určitě by pomohla literatura, pak pracovní listy a pomocná videa ... víc možností o této problematice mluvit...“(B6).

Respondenti považují sexuální výchovu za důležitou. Důraz kladou na rozlišení stupně mentálního postižení, tedy to, že není vhodná pro všechny stejným způsobem, a na individualitu jedince. „...jo, je velice důležitá. Důležitá i v oblasti hygieny, že je třeba na ni dbát, jak to udělat a čím dřív se to naučí, tím lépe...pak by měla obsahovat taky to, jak bojovat s agresivitou. Měl by to vést odborník nebo rodič, který tím už prošel, má zkušenosti...a tam kde to znají, mají důvěru...“(C1,C3,C5) „...nějak učeně, to by nepochopil, určitě rodina, pokud tomu rodiče nevěnují pozornost, je to jejich problém. Proč by se s tím měli zabývat někde ve stacionáři?..“(C3) „...já myslím, že je důležitá a potřebná u těch, kteří si to umějí přebrat...měl by to dělat ten, kdo má větší autoritu, v rodině ta autorita neví tak velká, berou autoritu zvenku. S největší pravděpodobností

by to měl být učitel, pedagog. ..individuálně, u každého je to jiné...“ (C4) „...určitě, ideálně doma nepěstovat, že je to tabu. Normálně a přirozeně odpovědět, mělo by se naučit o tom mluvit. A ne, že na to máme čas..pak se nebudou muset řešit velké problémy. Ve škole a přizpůsobit věku, potřebám, pozvat sexuologa, gynekologa. Nedělat z toho nic výjimečného ...“(B2) „...ano, myslím, že v tom je mezera...nenechat to až do dospělosti, mělo by to být na jeho úrovni, aby to pochopil. A ten, kdo má k němu blízko učitel, vychovatel, asistent...u rodičů je to horší, bylo by to ale ideální, moc se to však neděje...“(B6),...myslím si že to je dobrý nápad a pro lidi s mentálním postižením velmi potřebná věc.....aby právě mohli mít informovaný názor na to jestli chtějí nebo nechtějí mít děti, rodinu nebo partnera...ano, je potřebná... kdo by jí měl vést?.. nějaký odborník v dané problematice vyškolený a kde ...to bude individuální, ale v nějakém přirozeném prostředí...“(A4)

Pracovníci se shodovali, že naplnění všech práv není vždy možné:“*...ne, nejsou, klient může sice realizovat své právo, ale nesmí omezit právo jiného...“(A1) Uváděli, že není možné a realizovatelné naplnit všechna práva klientů, není prostor se všem zavděčit, vyhovět. Nejčastěji hovořili o snaze zajistit možnost klientů si zvolit, co chtějí vykonávat. „...snažíme se naplňovat, třeba možnost volby, ptáme se, co chtějí dělat, ale je to i v rámci našich možností. Ne všechno, co by chtěli, jim můžeme poskytnout. Není to tak lehké realizovatelné...“(B3)*

Shrnutí DVO1

Cílem této dílčí výzkumné otázky je v odpovědích informantů identifikovat a zjistit postoje opatrovníků, sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči ústavů sociální péče k jednotlivým formám vztahů a sexualitě obecně u lidí s mentálním postižením. Porovnal jsem názory jednotlivých skupin respondentů v čem se shodují a v čem se liší, zda jsou správně pochopené požadavky mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče v oblasti sexuality a vztahů. Prostřednictvím odpovědí na tazatelské otázky bylo následně analyzováno, že informanti z řad rodinných příslušníků a opatrovníků, si nechtějí uznat, že „jejich dítě“ chce navázat vztah, nebo dokonce sexuálně žít. Bojí se i toho, že by jejich opatrovanec mohl být sexuálně zneužíván. Svě dnes již dospělé děti vidí stále jako malé, nechtějí si připustit, že jejich potomek je sexuálně aktivní. Z pohledu veřejných opatrovníků a sociálních pracovníků z ústavních zařízení je patrná podpora a tolerance

v oblasti navazování vztahů včetně možnosti sexuálně žít. V čem se ale shodují je obava, zda jsou jejich klienti v návaznosti na míru svého mentálního postižení sami schopni domyslet své chování a jednání. Jako problém vnímají sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči i oblast vztahů k rodinným příslušníkům a opatrovníkům klientů. Neboť se obávají nepřiměřených reakcí a možných neadekvátních reakcí (stížností) z jejich strany. Sami sociální pracovníci se s projevy sexuality klientů s mentálním postižením setkávají v různé formě denně. Co jim chybí je jakýsi rámec, vnitřní pravidla a směrnice v jejich zařízení sociálních služeb, obsahující postojový systém k sexualitě klientů s mentálním postižením. Ti, kteří je již mají ve svém zařízení v nich oporu spatřují. Obavy ze strany všech dotazovaných panují v otázce možného zneužívání klientů, právě s ohledem na jejich stupeň mentálního postižení a omezenou představou klientů o sexu jako takovém. Shoda byla u všech respondentů bez rozdílu postavení a vztahu ke klientům v hodnocení navazování vztahů. Odpovědi v oblasti jednotlivých forem vztahů směřovaly do roviny přátelství a ne trvalého svazku manželského.

Dílčí výzkumná otázka č. 2 (DVO2)

Jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče a zda je v rámci pobytové služby využívána?

Cílem této dílčí otázky je zjistit jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta sociálními pracovníky v ústavních zařízeních. Zda je osvěta v oblasti sexuality vnímána jako posun správným směrem, nebo zda lze nalézt jiné další možnosti řešení problému sexuality mentálně postižených klientů.

Odpovědi respondentů

Cílem této dílčí otázky je zjistit jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta sociálními pracovníky v ústavních zařízeních. Zda je osvěta v oblasti sexuality vnímána jako posun správným směrem, nebo zda lze nalézt jiné další možnosti řešení problému sexuality mentálně postižených klientů.

Na otázku, zda jejich dítě vnímá svou sexualitu rodiče odpověděli podobně, stejně tak i na vnímání rozdílnosti muže a ženy: „...jasně že vnímá, vždyť je to normální a přirozený, i když je takový, tak to tam je...ví, že je rozdíl mezi klukem a holkou, chodíme na bazén, kouká tam víc na holky a plavky k tomu i vybízejí...“ (C1) „...myslím si, že vnímá svou

sexualitu, no ano, a rozdíl mezi mužem a ženou..to určitě... “(C5) Někteří rodiče mají jinou zkušenost: “...já nevím, je v pubertě, vím, že to určitě přijde...jak vám to mám říct, když on sám mi to neřekne... “(C2) „...rozdíl mezi mužem a ženou nevnímá, ale slečny a holky má rád, hladí je po ruce... “(C3) „...ne, nevnímá, v žádném případě, rozdíl mezi mužem a ženou vidí, ale asi ho nechápe. Prostě je to tak daný a tečka.“(C4)

Všichni respondenti shodně uvádějí jako problémový projev ten, jež se uskuteční na veřejnosti „...problémové projevy?... „...no, jediný problém může být nějaký projev na veřejnosti...“(A5) „...je tak nevinný v tomhle, že asi ne...“(C2) Pracovníci si více všímají nevhodných projevů: „...já vidím problém v tom, když je to v nevhodné situaci, nebo když s tím druhý nesouhlasí, patří to do soukromí, a ne obnažování v přítomnosti jiných...“(A1, B2, B3). „...na sex nemá myšlenky, nepotřebuje ho...“(C1).

Potřeba osvěty a vzdělávání MP přinesly shodu u sociálních pracovníků: „...osvěta je velmi důležitá a potřebná, jak pro samotné klienty, tak i pro personál i veřejnost...“(A1, A3, A4, B4, B5). Problém v osvětě klientů spatřují v mnohdy neadekvátních reakcích rodičů: „...bojí se o své děti, aby mu nikdo neublížil, pro velkou část rodin je oblast sexuality a s tím spojeného vzdělávání tabu...“(A4, A5, B1, B3, B5). Rizika v této oblasti vidí SP ze strany rodiny i okolí. Setkávají se i s názory: „...Ještě je v tom podporujte... pokud o tom nevěděli, tak jim bylo lépe...“(A1, B2, B3).

Sociální pracovnice spatřují ve vzdělávání různá specifika: „...klienty musíme vzdělávat, samozřejmě s ohledem na stupeň jejich postižení a schopnost takovéto informace vstřebat a pochopit...“(A1, A5, B1, B4, B5). „mnohdy si to ani rodinní příslušníci nepřejí, abychom osvětu v oblasti sexuality prováděly...“(A2, A4, B5). Dle SP nejde při osvětě samozřejmě jen o sex jako takový: „...nejde jen o oblast možného otěhotnění, ale i používání bezpečných sexuálních praktik a ochrany před pohlavními nemocemi ...“(A4, A5, B4, B5).

Osvěta a vzdělávání probíhá v ústavních zařízeních s různou intenzitou, „...popravdě zpočátku u i u nás SP vyvolávala tato problematika velké obavy...pramenily zejména z naší vlastní nevědomosti...(A2, A4, B1, B3). „rozpory panovaly u jednotlivých sociálních pracovníků v rámci našeho pracoviště...“(A1, A5, B1, B2). „...dle mne zpočátku nebyla tato aktivita podporována vedení ústavu, postupně se to zlepšilo ...“(A4). Oblast dokumentace a opory osvěty ve vzdělávání se také v jednotlivých zařízeních ústavů sociální péče liší: „...u nás zatím žádný dokument, vnitřní předpis o sexualitě klientů

a následném postupu není, ale hovoří se o ní...“(A6, B2). : „...v našem zařízení již máme vnitřní dokument zpracován, sociální pracovníci procházejí jedno a dvoustupňovým vzděláváním. Tato problematika je samozřejmě i součástí témat supervizí...“(A1, B1). Na čem se SP shodli bez rozdílu zařízení: „...problematiku sexuality v žádném případě klientům nevnučujeme...“(A1, B2).

Na otázku jak konkrétně pracují s osvětou odpověděli: „...pracujeme s výukovými programy a pomůckami pro mentálně postižené, jejich nabídka na trhu se neustále zlepšuje...“(A1, A5, B3). při vzdělávání mentálně postižených. „...upřednostňují individuální přístup a práci v malých skupinkách, či práci s konkrétní dvojicí klientů našeho ústavu...“(B1). V oblasti antikoncepce se respondenty shodly: „... je nutné, aby klientky s užíváním antikoncepce souhlasily, aby věděly před čím je ochrání...“(A2, A4, B3, B5).

Shrnutí DVO2

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta sociálními pracovníky v ústavních zařízeních. Zda je osvěta v oblasti sexuality vnímána jako posun správným směrem, nebo zda lze nalézt jiné další možnosti řešení problému sexuality mentálně postižených klientů.

Respondenti se shodli, že klienti s mentálním postižením mají nižší vědomosti ohledně sexuality. Opatrovníci z řad rodin opět snižovali potřebu sexu svých opatrovanců. Na čem se shodli je, že je zapotřebí klienty vzdělávat, samozřejmě s ohledem na stupeň jejich postižení a schopnost takovéto informace vstřebat a pochopit. V tom vidí problém zejména pracovníci ústavů, ve kterých mají klienty s těžším stupněm mentálního postižení. Na povinném vzdělávání sociálních pracovníků v přímé péči se shodli také téměř všichni, oponoval jeden respondent pracující s klientelou s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Potřebu vzdělávat se v této oblasti požadují i u vedoucích pracovníků ústavů sociální péče. Rizikové sexuální chování dle respondentů vyplývá i z nedostatku informovanosti zainteresovaných. Nejde jen o oblast možného otěhotnění, ale i používání bezpečných sexuálních praktik a ochrany před pohlavními nemocemi. Jedinci s mentálním postižením nečiní informovaná rozhodnutí.

Osvěta a vzdělávání probíhá v ústavních zařízeních s různou intenzitou, tam kde mají tuto oblast již ošetřenu dokumenty (tam je patrná i vyřešená sexualita personálu), má vyšší

intenzitu. Sociální pracovníci, kteří pracují v přímé péči kladně hodnotili nové výukové programy a pomůcky při vzdělávání mentálně postižených. Upřednostňují individuální přístup a práci v malých skupinkách, či práci s konkrétní dvojicí. Shodují se i na tom, že problematika v oblasti sexuality mentálně postižených klientů není jejich prioritní činností. Otázky sexuality v žádném případě klientům nevnučují.

Antikoncepce je důležitou součástí sexuálního života, používá ji dle sdělení informátorů výzkumu jen zlomek klientek. Odvíjí se opět v závislosti na stupni jejich mentálního postižení. O druzích antikoncepce jsou klienti informováni pověřenými sociálními pracovníci srozumitelným způsobem a seznámeni s možnými variantami, jejich důsledky, riziky i výhodami. Výstupy z rozhovorů a jeho rozhodnutí jsou zapisovány do individuálních plánů. Na otázku, která antikoncepce je nejlepší právě pro mentálně postižené neexistuje jednoznačná odpověď, výběr antikoncepce je individuální. Ve většině případů je u mentálně postižených klientek ústavů preferována dlouhodobější hormonální antikoncepce (tyčinky pod kůží, injekce), nebo také nitroděložní tělíska. Vždy je však nutné, aby klientky s užíváním antikoncepce souhlasily, aby věděly před čím je ochrání a jaké má účinky vůbec.

Dílčí výzkumná otázka č.3 (DVO3)

Jaké názory mají rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?

Cílem této dílčí otázky je zjistit názor opatrovníků a sociálních pracovníků na konkrétní řešení sexuality opatrovanců formou sexuální asistence, či jinými formami pomoci v uspokojování intimních potřeb klientů v ústavech sociální péče.

Odpovědi respondentů

Respondenti vyjadřovali svůj postoj k jednotlivým formám vztahů, sexuality u lidí s mentálním postižením a postoje k rizikům, které v této oblasti mohou nastat. Nejdříve jsem zjišťoval postoj respondentů na funkce sexuality (individuální, rekreační, párová a reprodukční) a s tím související formy vztahů přátelství, partnerství, manželství a rodičovství. Postoj rodičů k individuální sexualitě, charakterizované masturbací, sebeuspokojením je pozitivní, otevřený: *“...dělá to, jedenkrát týdně, ale jen když*

má soukromí, musí mít klid. (B2). „Když je sám v soukromí, tak proč ne...je dobré být připraven, bylo mi to nepříjemné do toho zasahovat, ale musela jsem to řešit, myslím, že by se na to měli připravit už v pubertě...“(C3) „...jo dělá to, ono to přijde a já ani nevím jak...“(C2) „...všimla jsem si určitých pohybů na pohovce, nechávám ho, dělá to tak, aby ho nikdo neviděl,to pak přestane...“(C4) „...když je to v soukromí, tak ano, to je v pořádku...“(C5) Pracovníci shodně neviděli v sebeuspokojení žádný větší problém, jsou tomu nakloněni, uskutečňuje-li se za jistých podmínek: „...za vhodných podmínek, ano...“(A3, A4, B1, B5) „...jeden klient nedělá to tady, ale má svůj čas na odpočinek o samotě a tam ho nerušíme...“(A4, B2) „...ano, je to uvolnění, vypustí se ventil...“(B6) „...ano, určitě, jsou orientováni na sebe, tam je to významné i u lidí s těžším mentálním postižením...“(A 6)

K individuální funkci sexuality jsem zařadil i formu v podobě pornografie, erotických filmů, časopisů a zajímaly mě postoje respondentů na ně. Nejčastěji se objevoval negativní názor na pornografii: *“...to je taky dobrý, když nemá partnera, tak se tak ukojí...“(A5) „...časopis se mu do ruky nedostal, nevím, jak by zareagoval. Nedokážu si představit, co by dělal...“(B3) „...důležité je vysvětlit, k čemu porno slouží, ale nezakazovala bych je...“když si to sám koupí...,ale kde je jistota, že ví, k čemu to slouží?...“není to přirozené, ale je to tady...“(A1, B3) „...porno bych zakázala, takový to tvrdý porno, které je na hranici brutality. Ale erotické filmy ne, v tom je rozdíl...“(B2, B4) „...časopis bych brala jako návod, když to člověk nezná...u porna, tam záleží, jak by kdo chtěl, asi by všichni chtěli vidět o co jde. Ale když to vztáhnou k našim klientům, tak to asi ne, aby jim to spíš neublížilo...jeden klient se dívá na internetu na péčko, řekne to i nám, když je stejný zájem jak z naší strany, tak i do rodičů, tak proč ne...“(A1, B2)*

V postojích k párové sexualitě, partnerství a manželství byli odpovědi respondentů většinou souhlasné, vztahující se k individualitě jedince. Může se jednat více o blízkost a přátelství: *„...asi bych to nedovolila, sami v soukromí to ano, ale jinak ne...“(B1) „...partnerství, proč ne...“(A1, A3, C5) „...proč ne, jsou to lidé jako kteříkoliv jiní, mají na to právo...“(C4, A1) „...jak u koho, myslím, že je to individuální...asi to závisí na stupni postižení...“(A4) „...je to všechno individuální, člověk s Downovým syndromem vidí partnerství a lásku jinak, přemýšlí jak „zdravý člověk“, všechno se to odvíjí od stupně postižení...“(C1, B5,) „...asi jo, s antikoncepcí...“(A6) „...jak to kdo prožívá, je to spíš přátelství, není to v pravém slova smyslu to pravé partnerství...je to individuální...“(C1,*

C3, C6) „...párová sexualita má určitě význam, je to taková ta vzájemná blízkost...“ (A2, A3)

Postoje k sexualitě reprodukční, k rodičovství u lidí s mentálním postižením prezentovali víceméně negativně, často hovořili o důsledcích nejen pro rodinu, ale i pro okolí: „...většinou to jsou hrdinové na začátku, ale je to na celý život. Procházet si tím stejným, čím jsme si my prošli, to ne...stejně budou muset mít dozor, dohled. Zakázala bych to...“ (C1, B5.) „...ne, z genetického fondu nejsou schopni se o potomky postarat, s bídou se postarají sami o sebe. Rozšiřoval by se jen kruh, byla by to nekonečná spirála. Někdo se o ně zas bude muset starat..prarodiče, stát... a proč?...“ (C4) „...rodičovství, mít dítě, to bych vyškrtla, neměli by je mít. Je to starost navíc, vždyť nejsou schopni dostat ani půjčku. Je to starost pro okolí, pro rodinu, pro společnost...“ (C6, C4)

Podobně jako rodiče odpovídali i pracovníci, zdůrazňovali však individuální přístup, schopnosti klienta a možnost návazné služby „...je tu klientka, která dřív chtěla partnera a dítě, jak to viděla u vrstevníků...ale po čase, jak jsme o tom pořád mluvili, co je s tím za starosti, krmení, pláč v noci tak dítě spíše nechce, ale chlapy ano...“ „...já myslím, že to závisí na stupni postižení, rodičovství bych si rozmyslela...“ (B2) „...i lidé s mentálním postižením mají právo na rodičovství, ale myslím, že by se to mělo odvíjet od postižení. Jestli se dokáže postarat, nebo jestli mu někdo pomůže...řešit to jedinec od jedince...“ (B5) „...reprodukční? nevím....říkám si proč ne..., ale je možnost vytvořit nějaké zařízení, které by těmto klientům pomáhalo...“ (A2).

Shrnutí DVO3

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit jaký mají názor opatrovníci, sociální pracovníci na konkrétní řešení sexuality mentálně postižených klientů v ústavech sociální péče. Jakými formami řeší otázku vlastní intimity a sexuality. Jak se jednotliví informátoři staví k možnostem uspokojování intimních potřeb klientů pomocí sexuální asistence, případně jiným formám uspokojování v ústavech sociální péče.

Informanti se shodli, že na prvním místě je zapotřebí vést klienty sociální služby k co nejvyšší možné míře sebeobsluhy. Podpořili i právo na intimní kontakt, který vnímají jako důležitý sebeurčující prvek v životě lidí s postižením. Informace o službách sociální asistentky nejsou pro ně prioritou. Většina z nich je nedokázala jasně a srozumitelně charakterizovat. Někteří informanti je dokonce zaměňovali s prací prostitutek (neměli

potřebné informace). Tato oblast je zejména pro opatrovníky a rodinné příslušníky velkou neznámou. Naproti tomu pracovnice ze zařízení, kde mají sexualitu klientů zpracovanou a jsou dostatečně proškoleny je viditelná podpora možnosti uspokojovat sexuální potřeby klientů pomocí sexuálních asistentek. Většina respondentů potvrdila, že nejběžnější a nejdostupnější formou uspokojování už s ohledem na stupeň mentálního uspokojení klientů je masturbace. Sociální pracovníci v přímé péči s klienty hodně spolu mluví a vysvětlují jim jak při této intimní činnosti postupovat. Na mysli mají především dobro svých klientů. Podporu by dle jejich sdělení měla začínat ve verbální rovině, případně lze využít názornou pomůcku, např. obrázek. Dostupnost pomůcek pro výchovu klientů se z pohledu sociálních pracovníků oproti minulosti značně zlepšila (publikace, názorné obrázky, DVD, filmy). Dle sociálních pracovníků je zapotřebí komentovat slovně každý krok tak, aby uživateli bylo jasné, co se s ním bude dít. Panují zde i obavy z reakcí rodiny klientů i samotné veřejnosti. S těmi je zapotřebí intenzivně pracovat na osvětě. Vychovávají klienty k tomu, aby svoji sexualitu nikdy neřešili na veřejnosti, ale v soukromí. Sexuální asistentka by mohla řešit samotný sexuální akt. Bohužel ale není zatím v České republice legální a proto někteří klienti řeší potřebu sexuálního styku během dovolenek v rodině. Ústavy v žádném případě tuto možnost nedovolují.

Důraz kladou na zvládnutí sexuálních projevů mentálně postižených, které nesmí být pro společnost nezvládnutelné, nebezpečné, nesmí mít charakter trestného činu. S tímto tématem pak úzce souvisí jasné a srozumitelné vymezení hranic a role pracovníka. Opakují se zde i obavy personálu ústavů sociální péče z nařčení např. obtěžování ze strany rodin i samotných klientů. Proto kladou sociální pracovníci v přímé péči pro práci s uživatelem dodržování principu intimních zón.

7. Shrnutí výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Hlavní výzkumná otázka (HVO): „Jaký postoj zauímají k sexualitě mentálně postižených klientů žijících v ústavech sociální péče, rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci v přímé péči ústavů sociální péče?“

Na základě provedeného kvalitativního výzkumného šetření u sociálních pracovníků, sociálních pracovníků v přímé péči a opatrovníků a následné analýzy rozhovorů a studia dokumentů jsem závěry přiřadil do tří okruhů každodenního života mentálně postižených klientů z pohledu opatrovníků a sociálních pracovníků z ústavů sociální péče. Jak vyplynulo z výsledků mého šetření na základě provedeného kvalitativního výzkumu u jednotlivých respondentů, se dají výsledky shrnout do tří oblastí každodenního života.

Jedná se o okruhy v oblasti informovanosti sociálních pracovníků a klientů ústavů sociální péče, oblasti prevence a antikoncepce a oblast intimity a sexuality MP klientů.

Oblast informovanosti

Respondenti se shodli, že klienti s mentálním postižením mají nižší povědomí ohledně své sexuality. Rodinní opatrovníci zlehčovali potřebu sexu svých opatrovanců. Na čem se shodli všechny skupiny respondentů je, že je zapotřebí klienty vzdělávat v oblasti sexuality, samozřejmě s ohledem na stupeň jejich postižení a schopnosti takovéto informace pochopit, vstřebat a hlavně použít v praxi. V tom spatřují problém všichni dotazovaní. Obavy panují i z možného zneužívání klientů. Velké nedostatky ve vzdělávání mají zejména rodinní opatrovníci a rodiče klientů.

Na povinném vzdělávání zejména sociálních pracovníků v přímé péči se shodli také téměř všichni. Z důvodu podpory a jednoty postupů v oblasti sexuality klientů vnímají potřebu vzdělávat i vedoucí pracovníky ústavů sociální péče. Rizikové sexuální chování dle respondentů vyplývá i z nedostatku informovanosti zainteresovaných. Jedinci s mentálním postižením nečiní informovaná rozhodnutí. Osvěta a vzdělávání probíhá v ústavních zařízeních s různou intenzitou, tam kde mají tuto oblast již ošetřenu dokumenty, má i vyšší intenzitu. Oblast nabídky vzdělávání se dle sdělení sociálních pracovníků neustále rozvíjí, zkvalitňuje a jeho nabídka rozšiřuje. Školení jsou cenově dostupná s kvalitními lektory od několika vzdělávacích institucí. Rozšířila se i nabídka pomůcek pro vzdělávání (např. listy sexuality, DVD filmy apod.).

Oblast prevence a antikoncepce

Ucelené informace z oblasti prevence a antikoncepce mají kvalitnější sociální pracovníci v přímé péči. Berou to i jako nutnost vzhledem k zodpovědnosti jakou mají k opatrovancům. Netýká se to jen oblasti možného otěhotnění, ale i používání bezpečných sexuálních praktik a ochrany před pohlavními nemocemi. Respondenti se shodli, že klienti s mentálním postižením mají nižší povědomí ohledně své sexuality. Obavy u všech skupin panují i z možného zneužívání klientů. Sociální pracovníci, kteří pracují v přímé péči kladně hodnotili nové výukové programy a pomůcky při vzdělávání mentálně postižených. Upřednostňují individuální přístup a práci v malých skupinkách, či práci s konkrétní dvojicí. Otázky sexuality v žádném případě klientům nevnučují, ale jsou připraveni kdykoli pomoci.

Antikoncepci používá dle sdělení informantů výzkumu jen zlomek klientek. Odvíjí se opět v závislosti na stupni jejich mentálního postižení a věku. O druhých antikoncepce jsou klientky informovány pověřenými sociálními pracovníci srozumitelným způsobem a seznámení s možnými variantami, jejich důsledky, riziky i výhodami. Na otázku, která antikoncepce je nejlepší právě pro mentálně postižené neexistuje jednoznačná odpověď, výběr antikoncepce je individuální. U mentálně postižených klientek ústavů je preferována dlouhodobější hormonální antikoncepce, nebo také nitroděložní tělíška. Vždy je však nutné, aby klientky s užíváním antikoncepce souhlasily, aby věděly před čím je ochrání a jaké má účinky.

Oblast intimity a sexuality MP klientů

Informanti se shodli, že na prvním místě je zapotřebí vést klienty sociální služby k co nejvyšší možné míře sebeobsluhy. Podpořili i právo na intimní kontakt, který vnímají jako důležitý seburčující prvek v životě lidí s postižením. Informace o službách sociální asistentky nejsou pro ně však v současné době nejsou prioritou. Tato oblast je zejména pro opatrovníky a rodinné příslušníky velkou neznámou. Naproti tomu sociální pracovníci z ústavních zařízení, kde mají sexualitu klientů zpracovanou a jsou dostatečně proškoleny je zřejmá podpora uspokojovat sexuální potřeby MP klientů.

Většina respondentů sociálních pracovníků v přímé péči potvrdila, že nejběžnější a nejdostupnější formou uspokojování už s ohledem na stupeň mentálního uspokojení klientů je masturbace. S klienty hodně mluví a vysvětlují jim jak při této intimní činnosti

postupovat. Na mysli mají především dobro svých klientů. Podporu by dle jejich sdělení měla začínat ve verbální rovině, případně lze využít názornou pomůcku, např. obrázků. Dostupnost pomůcek pro výchovu klientů se z pohledu sociálních pracovníků oproti minulosti značně zlepšila. Obavy panují z reakcí rodiny klientů i samotné veřejnosti. S těmi je proto zapotřebí intenzivně pracovat na osvětě. Výchova klientů směřuje k tomu, aby svoji sexualitu nikdy neřešili na veřejnosti, ale v soukromí. Sexuální asistence by mohla v budoucnu vyřešit oblast sexuality MP klientů, bohužel ale není zatím v České republice legální. Jako nejdůležitější poznatek vnímám umožnit právo klientů na to vést co nejplnohodnotnější život s co nejméně možným omezením i v oblasti své sexuality. Ze zjištěných výsledků výzkumného šetření vychází níže uvedená doporučení pro praxi.

Doporučení pro praxi: Veřejní opatrovníci a rodiče

Zlepšovat informovanost opatrovanců, jejich opatrovníků i rodičů a zejména široké veřejnosti v oblasti sexuality mentálně postižených.

Respektovat oprávněnou vůli opatrovanců v oblasti naplňování sexuálních potřeb, pokud to je jen možné.

Naslouchat více opatrovancům, nezapomínat, že lidé omezení na svéprávnosti, mohou samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života, sexualitu nevyjímaje.

Při práci s opatrovanci využívat možnosti nového občanského zákoníku, respektovat jejich svobodnou vůli s ohledem na jejich možnosti.

Doporučení pro praxi: Sociální pracovníci v ústavech sociální péče

V práci sociálního pracovníka se více zaměřit na individuální přístup k opatrovancům v oblasti sexuality.

Vytvořit rámec, vnitřní pravidla a směrnice v zařízeních sociální péče obsahující postojový systém k sexualitě klientů s mentálním postižením.

Neustále prohlubovat vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti sexuality mentálně postižených klientů.

Více využívat systému podpory klientů v pobytových zařízeních a tím zvyšovat jejich kompetence i v oblasti sexuality.

Naplňovat práva klientů v oblasti jejich sexuality a pomáhat klientům v jejich využití.

Sociální pracovníci by si měli nejprve vyřešit vlastní sexualitu a až poté řešit sexualitu mentálně postižených klientů.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem popsal problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby, ústavu sociální péče. Zjistil jsem jak je vnímána problematika sexuality u mentálně postižených klientů v kontextu pobytové služby samotnými klienty z pohledu sociálních pracovníků, sociálních pracovníků v přímé péči a opatrovníků. Na základě zjištění jsem identifikoval problematické aspekty poskytované sociální služby v kontextu řešené problematiky a navrhl možná řešení. V rámci výzkumného šetření jsem využil kvalitativní výzkumnou strategii, metodu analýzy, kategorizace a dotazování, techniku polostrukturovaného rozhovoru a sekundární analýzy dokumentů.

V praktické části jsem zjistil postoje, názory a zkušenosti sociálních pracovníků v přímé péči, opatrovníků a sociálních pracovníků v oblasti sexuality mentálně postižených klientů a problematické oblasti sexuality klientů, které jsou součástí jejich každodenního života. Výsledkem je zjištění konkrétních důsledků omezení svéprávnosti mentálně postižených v oblasti sexuality tak, jak jsou vnímány na jedné straně opatrovanci, na druhé sociálními pracovníky a opatrovníky.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo popsat problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu realizace pobytové sociální služby ústav sociální péče. Zjistit, jak vnímají problematiku sexuality mentálně postižených klientů v kontextu pobytové služby samotní klienti z pohledu sociálních pracovníků, sociálních pracovníků v přímé péči a opatrovníků. Na základě zjištění jsem identifikovat problematické aspekty poskytované sociální služby v kontextu řešené problematiky a navrhl možná řešení.

Aplikačním cílem této práce je předložit tuto práci jako podklad pro vytvoření metodiky, zejména pro sociální pracovníky v přímé péči ústavů sociální péče pro mentálně postižené klienty a veřejné opatrovníky. Na základě získaných poznatků nabídnout poskytovateli sociální služby zpětnou vazbu.

Hlavní i aplikační cíl se mi podařilo naplnit. Jsem si ale samozřejmě vědom, že nemohu zjištěné závěry mé diplomové práce generalizovat na všechny sociální pracovníky a ústavní zařízení.

Každý pracovník poskytující přímo služby lidem s postižením by měl dobře znát svoji roli, hranice vztahu i míru svých možností a dovedností v rámci kterých je schopen naplňovat účel sociální služby. Toto uvědomění je zvláště důležité v oblasti sexuality a vztahů, kde

z nesprávného přístupu vyplývá celá řada rizik, jak pro uživatele sociální služby, tak i pracovníka, který mu ji poskytuje. Dobrou sociální práci udělá sociální pracovník pouze tam, kde dokáže vystupovat s jistotou a jasně kontroluje vzájemné hranice. Pracovníky, kteří téma sexuality klientů přehlížejí, případně dokonce projevy sexuality trestají, nebo je jejich postoj buď lhostejný (dělají, že nevidí) a nebo negativní (nadávají a vytvářejí v uživateli dojem, že se děje něco špatného) je dobré znát a jejich chování ošetřit tak, aby nekazili práci ostatním kolegům. Naproti tomu existují sociální pracovníci, kteří respektují člověka s postižením jako osobu se sexuálními potřebami, adekvátně reagují na jejich projevy a vnímají práci se sexualitou klientů jako součást své práce. Mělo by být samozřejmostí, aby v sociálních službách pracovali lidé s respektem a to nejen v oblasti sexuality člověka s mentálním postižením. Tito pracovníci vytvářejí kulturu organizace, která je nezbytná k tomu, aby se uživatel cítil v bezpečí a mohl beze strachu řešit svoji sexualitu. Vnímání a potvrzení člověka v jeho sexuální roli pomáhá velkou měrou růstu jeho sebevědomí. Ideálem by bylo, aby v organizaci panovala souhra při řešení sexuality klientů v sociální službě.

Podarilo se mi dle mého názoru získat relevantní informace od všech skupin respondentů, které jsem následně podrobně zpracoval. Výsledkem mého kvalitativního výzkumu jsou podklady pro rozvoj a další práci nejen sociálních pracovníků v ústavních zařízeních, veřejných opatrovníků, ale zejména opatrovanců o které jde především. Tato práce dle mne povede ke zlepšení kvality života opatrovanců v ústavních zařízeních. Napomáhá tomu i nový Občanský zákoník 89/2012 Sb., který vychází ze zcela nových moderních principů, především z větší akceptace osobnosti člověka a možnosti jeho svobodného jednání. Tato nová právní úprava lépe podporuje rozhodnutí žít podle svého a zároveň zaručuje právo na ochranu života, zdraví, svobody, důstojnosti a soukromí i lidí s mentálním postižením. Již dnes lze říct, že se naše společnost v oblasti ochrany práv lidí omezených ve svéprávnosti, vydala správným směrem. Nesmíme ale zapomenout na respektování zejména míry postižení klientů. Samozřejmě je v této oblasti ještě celá řada problémů, které je ještě zapotřebí vyřešit. Sexualitu bychom měli vnímat jako podstatnou a cennou součást lidského života, vedoucí k pocitu vlastního sebevědomění, osobního štěstí a naplnění. Proto i mentálně postižení klienti v ústavních zařízeních a nejen tam, mají právo na možnost kvalitního prožití vlastní sexuality.

Seznam použitých zdrojů

GAVORA Petr, *Úvod do pedagogického výzkumu . 94, publikace*. Brno: Paido, 2000, 208 s. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha : Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, Jan, *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál: 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2 JUKLOVÁ, Kateřina, SKORUNKOVÁ, Radka, *Základy psychopatologie*. 2. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2009. 115 s. ISBN 978-80-7041-815-4.

KATZ, K., FINGER, W., *Sexuality and Family Life Edukacion Helps Prepare Young Poeples*. YouthLens, 2002.

KEMPTON, W., *Socialization And Sexuality: A Comprehensive Training Guide For Professionals Helping Poeples With Disabilites Tvar Hinder Learning*, Syracuse, NY, Program Development Association, 1998.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. 2009. *Sexualita osob s mentálním postižením*. In: Josef VANICKÝ, Zuzana TRUHLÁŘOVÁ. *Sexualita mentálně postižených - II. : sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o.s. ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity v Hradci Králové za účasti Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11. - 12. prosince 2008*. 1.vyd. Praha: Orfeus, 2009. 142 s., 44-58 s. ISBN: 978-80-903519-7-4.

LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ Stanislava, *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*, vyd. 1., Praha: Portál, 2013. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAREČKOVÁ, Jana, MATIAŠKO, Maroš, *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. vyd. Praha : Linde, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7201-801-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2007. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vyd. Praha : Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

McCABE, M. P. *Sex Education Programs for People With Mental Retardation*, *Mental Retardation Journal*, 1993.

MITLÖHNER, Miroslav. 2003. *Sexuální výchova a právo*. In: 11. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 9. - 11. října 2003: sborník referátů. Praha, 2003, s. 99. ISBN 80-86559-23-8.

OAKLEY, Ann, Pohlaví, gender a společnost, *Sex, gender and society*. (z angličtiny přeložili POLÁČKOVÁ, Milena, POLÁČEK, Martin) 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-403-6.

PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.

PŠENICOVÁ Barbora, ZAHRADNÍKOVÁ, Zuzana, ŠÍDOVÁ, Lucie, EISNER Petr, *Sexuální asistence mentálně postižených*, Studijní materiál ke školení, Rozkoš bez rizika, 2016, s.16.

PUESCHEL, S. M., SCOLA, S. S., *Parents Perception Of Social And Sexual Function In Adolescents With Down Syndrome*. *J Ment Defic Res*, 1988, sv 32, č.6.

ŠVARCOVÁ, Iva, *Mentální retardace*. Praha, Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-821-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVEC Štefan, *Metodológia vied o výchove: Kvantitatívno – scientistické a kvalitatívno – humanistické prístupy*. Bratislava : IRIS , 1998, 303s. ISBN 80-88778-73-5.

UZEL, Radim, *Plánované rodičovství u osob s mentálním postižením*. In: Josef VANICKÝ, Zuzana TRUHLÁŘOVÁ. *Sexualita mentálně postižených - II. : sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o.s. ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity v Hradci Králové za účasti Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11. - 12. prosince 2008*. 1.vyd. Praha: Orfeus, 2009. 142 s., s. 119-120. ISBN: 978-80-903519-7-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2006. *Sexualita lidí s mentálním postižením*. Florence. Praha: Ambit Media, a.s. Ročník 2, č. 10 (2006), s. 37-38. ISSN: 1801-464X.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*, 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

VYKYDALOVÁ, Hana, *Sexuální identita osob s mentálním postižením*. In: *Sborník z kongresu Pardubice 2006* [online] Praha, 2006, s. 174-176, [cit. 2012-05-03]. Dostupné z www: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>.

Internetové zdroje

Listina základních práv a svobod. Parlament České republiky [online]. 2006, [cit. 11. března 2015]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

<http://obcanskyzakonik.justice.cz/infocentrum/informacni-brozury/> [cit. 11. března 2015]

http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf [cit. 11. března 2015]

<http://obcanskyzakonik.justice.cz/doprovodne-predpisy/senat-souhlasil-svetsinou-doprovodnych-zakonu-k-novemu-obcanskemu-zakoniku-v-gesciminis-1> [cit. 11. března 2015]

<http://www.dobromysl.cz/temata/sexualita.htm> - internetový portál poskytující komplexní informace o problematice mentálního postižení a integrace lidí s tímto postižením do společnosti [cit. 2. listopadu 2016]

<http://www.rozkosbezrizika.cz> [cit. 6. února 2017]

<http://buildwebhost.com/rozkosbezrizika.cz> [cit. 11. března 2017]

Legislativa

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR, ve znění pozdějších předpisů ÚZ č.177, Sagit a.s,Ostrava –Hrabůvka, 1999,128s. ISBN 80-7208-127-6.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů ÚZ č.177, Sagit a.s,Ostrava –Hrabůvka, 1999,128s. ISBN 80-7208-127-6.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ÚZ č.879, Sagit a.s,Ostrava –Hrabůvka, 2014,320Ss. ISBN 978-80-7208-900-0.

Zákon č. 89/2012 Sb., Nový občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů ÚZ č.900 REJSTRÍK
prof. Dr. JUDr. Karel Eliáš, Mgr. Marek Svatoš, Sagit a.s, Ostrava –Hrabůvka, 2014,320Ss. ISBN
978-80-7208-920-8.

Zákon č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech
<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/ouu/> [cit. 23. září 2016].

Seznam zkratek

DVO – dílčí výzkumná otázka

HVO - Hlavní výzkumná otázka

IP – Individuální plán

IPPF – Charta sexuálních a reprodukčních práv

MP – mentální postižení

OP – opatrovník

OPFO – opatrovník, fyzická osoba

OSN – Organizace spojených národů

SPPP – sociální pracovník v přímé péči

WAS - Světová sexuologická asociace

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Přístup k sexualitě mentálně postižených – mýty a realita	s. 21
Tabulka č. 2: Transformace výzkumných otázek	s. 42
Tabulka č. 3: Charakteristika informantů výzkumu	s. 45
Tabulka č. 4: Časový plán výzkumného šetření	s. 47

Seznam příloh

Příloha č. I Přepis - Rozhovor s opatrovníkem

Příloha č. II Přepis - Rozhovor se sociálním pracovníkem ústavu sociální péče

Příloha č. III Přepis - Rozhovor se sociálním pracovníkem v přímé péči ústavu sociální péče

Příloha č. IV Listy sexuality

Příloha č. V Dům sexuality v organizaci

Příloha č.I

Přepis - Rozhovor s veřejným opatrovníkem – sociálním pracovníkem

Žena – svobodná, 26let, veřejný opatrovník 2 roky.

DVO 1: Jaké postoje zauímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením? V čem se shodují a v čem se jejich názory liší?

1. Jakou formou a zda vůbec je ve vašem zařízení upravena ochrana základních lidských práv uživatelů služby v oblasti jejich sexuality?

Řídíme se ve všech oblastech přáními klientů, sexualita není formálně nijak upravená.

2. Do jaké míry a zda vůbec pracovníci v přímé péči pracují se sexualitou klientů v ústavním zařízení?

Nepracují průběžně, jen v případě, že ta potřeba vyvstane na povrch a je potřeba se jí zabývat, hovořit s klientem na toto téma.

3. Jaké postoje zauímáte Vy osobně k možným formám sexuality klientů vašeho zařízení?

Kladný, je to součástí života každého člověka a záleží na tom, jaký k tomu ten člověk zaujímá postoj.

4. Jak dle Vašeho názoru sami klienti nahlízejí na možná řešení své sexuality v rámci ústavního zařízení?

Nemluvíme o tom, jen v případě jejich potřeby.

5. Jaké představy, možnosti a formy sexuality jsou dle vašeho názoru preferovány samotnými klienty?

Nevím, spíše se o tom nebaví, stydí se.

6. Co dle vašeho názoru brání, aby byly názory klientů a sociálních pracovníků v oblasti forem sexuality v souladu?)

Různá očekávání, odlišné názory na věc, na intimitu, kterou máme každý jinak nastavenou.

7. Do jaké míry jsou dle Vás ve vašem zařízení naplňovány požadavky klientů v oblasti sexuality?

Klienti si tyto věci řeší sami mezi sebou, pokud to chtějí řešit s námi, řešíme to.

8. Jaký názor dle vás mají rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu ve vašem zařízení?

Opatrovníci a sociální pracovníci neutrální, rodiče ne moc kladný.

9. Jaká je dle vašeho názoru kvalita sexuálních prožitků a projevů sexuality klientů vašeho zařízení v závislosti na stupni mentálního postižení?

Nedokážu odpovědět.

10. Jaké existují dle vašich zkušeností rozdíly v sexuálním životě mentálně postižených žen a mužů?

Možná, že muži uspokojují spíše své pudové potřeby, ženy citové potřeby – zamilují se.

11. Jaké znalosti mají mentálně postižení lidé o partnerství a sexualitě a jakou roli hraje sexualita v jejich životě a jaké s ní mají zkušenosti?

Hraje asi důležitou roli, ženy mají tendenci se citově vázat se na muže, se kterým se milují.

12. Jaké mají dle Vašeho názoru rodiče a sociální pracovníci povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě svých dětí – klientů ústavních zařízení?

Povědomí mají, ale ne mnoho informací o tom, jak to ve skutečnosti je, když se o tom klienti nebaví.

13. Čím Vy sám, sama přispíváte z pozice svého pracovního zařazení ke zlepšení prožívání sexuality u vašich klientů?

Klientovi nabízím si o tom promluvit a upozorňuji ho na tuto možnost.

14. Co si představujete pod pojmem sexualita klientů s mentálním postižením?

Že i tyto lidé mají právo na to žít sexuálním životem, ale je potřeba více osvěty, dodat jim více informací.

15. Co je dle vašeho názoru největší překážkou kvalitního sexuálního uspokojení klientů vašeho zařízení?

Nedostatek zajištění intimity, nedostatek informací o tom všem.

DV2: Jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče a zda je v rámci pobytové služby využívána?

16. Co si dle Vás klientky vašeho zařízení představují pod pojmem antikoncepce?

Pilulky, prášky, aby neměly miminko.

17. Jak vnímají klientky vašeho zřízení důležitost používání antikoncepce?

Spíše jim doporučujeme, aby antikoncepci užívaly, pokud vedou sexuální život.

18. Kdo a jakým způsobem provádí osvětu v oblasti antikoncepce u vašich klientek?

V případě potřeby klíčový pracovník, popř. jiný pracovník, ke kterému mají důvěru.

19. Jaká je z vašeho pohledu osvěta v oblasti antikoncepce ve vašem zařízení? V čem vidíte nedostatky?

Malá frekvence komunikace na toto téma, ale snažíme se s ženami, o kterých víme, že asi vedou sex. život o tom mluvit.

20. Které druhy antikoncepce preferují dle vašeho názoru klientky vašeho zařízení?

Pilulky.

21. Které druhy antikoncepce používají klientky Vašeho zařízení?

Pilulky.

22. Která antikoncepce je dle Vašeho názoru nejpřijatelnější pro klientky vašeho zařízení?

A proč?

Pilulky, podávají se jako ostatní léky, je to pro klientky nejběžnější způsob.

23. Jaké je dle Vás procentuelní zastoupení v používání antikoncepce klientek vašeho zařízení a proč tomu tak je?

Nízká, ale jinak nedokážu sdělit, to proto, že ne všechny ženy řeší sexuální život, my o tom třeba ani nevíme.

24. Jakou roli dle Vás hraje stupeň mentálního postižení vašich klientek ve výběru antikoncepce?

Velkou, záleží na stupni mentálního postižení.

25. Jakou formou máte ve vašem zařízení tuto oblast metodicky ošetřenu?

Zatím nemáme.

DVO3: Jaké názory mají rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?

26. Jaké jsou vytvořeny ve vašem zařízení podmínky pro řešení sexuality klientů?

Možnost rozhovoru v soukromí.

27. Jak by mělo být řešeno dle Vašeho názoru uspokojování klientů vašeho zařízení?

Klienti by o tom měli více mluvit, pokud mají o sex zájem se svou partnerkou/partnerem, abychom dokázali reagovat na jejich potřeby.

28. Jakou roli v sexuálním životě mentálně postižených klientů v ústavním zařízení sociální péče hraje personál, případně nejbližší okolí?

Významnou, všichni by se měli snažit předávat informace a vysvětlovat, pokud má klient zájem toto téma řešit.

29. Co si Vy sám-sama představujete pod pojmem sexuální asistence?

Člověk, který krok po kroku vysvětluje, jak to probíhá, co je důležité, na co si dát pozor.

30. Jak nahlížíte na řešení možností uspokojení sexuality klientů žijících v pobytovém zařízení formou sexuální asistence?

Vlastně kladně.

31. Jak si představujete, že by tato služba fungovala ve vašem zařízení? Pokud již funguje jakou formou?

Zatím nefunguje, ale bylo by to vhodné- formou přednášek apod..

32. Co by mohlo pomoci v realizaci (zlepšení) sexuální asistence ve vašem zařízení?

Více osvěty, více informací, to, aby klienti věděli, že mají zajištěné soukromí.

33. Jaký názor mají dle Vás rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu vašich klientů?

Spíše negativní, vnímají je stále jako děti.

34. Co si představíte pod pojmem Dům sexuality?

Nevím.

35. Co dle Všeho názoru přináší největší uspokojení v sexuální oblasti Vašim klientům?

Dotyky, možnost strávit příjemnou intimní chvíli s tím druhým.

36. Jakým způsobem, či dokumentem a zda vůbec máte ošetřenu oblast sexuality klientů Vašeho zařízení?

Zatím nemáme, řešíme to v případě potřeby individuálně.

37. Jak nahlížíte na využívání erotických pomůcek pro sexuální uspokojování vašich klientů?

Nepřemýšleli jsme o tom.

38. Co bydle Vás mohlo zlepšit pohled laické i odborné veřejnosti na sexualitu mentálně postižených klientů?

Více osvěty a více informací.

39. Jak vnímáte potřeby klientů vašeho zařízení?

Snažíme se reagovat na jejich potřeby a přání

Příloha č. II

Přepis - Rozhovor se sociálním pracovníkem ústavu sociální péče

Muž – ženatý, 37 let, sociální pracovník ústavu sociální péče, praxe 5 let.

DVO 1: Jaké postoje zaujímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením? V čem se shodují a v čem se jejich názory liší?

1. Jakou formou a zda vůbec je ve vašem zařízení upravena ochrana základních lidských práv uživatelů služby v oblasti jejich sexuality?

Ochranu práv uživatelů v našem zařízení řeší konkrétní směrnice? Ochrana práv uživatelů. Tento dokument zahrnuje mimo jiné právo uživatelů na svoje soukromí, nijak však ani jiný dokument neřeší ochranu základních lidských práv uživatelů služby v oblasti jejich sexuality.

2. Do jaké míry a zda vůbec pracovníci v přímé péči pracují se sexualitou klientů v ústavním zařízení?

V minulých letech proběhlo několik odborných vzdělávání pro pracovníky v přímé péči ohledně sexuality mentálně postižených. Neexistuje nějaký konkrétní koncept práce s tímto tématem. Pracovníci řeší výše uvedené individuálními rozhovory s klienty a to dle potřeby klientů i „vypozorovaných“ situací pracovníky.

3. Jaké postoje zaujímáte Vy osobně k možným formám sexuality klientů vašeho zařízení?
Lze těžko odpovědět, neboť nejsou sděleny v otázce žádné možné formy.

4. Jak dle Vašeho názoru sami klienti nahlízejí na možná řešení své sexuality v rámci ústavního zařízení?

Jde o stupeň mentální retardace, který každý konkrétní uživatel má. Co je pro jednoho srozumitelné, tak pro druhého nikoliv. Je velmi vzácnou výjimkou, kdy klient chce o možném řešení své sexuality hovořit. Pokud byl takový hovor/rozhovor proveden, tak dle konkrétních zkušeností nakonec uživatel nabízené možnosti odmítl. Většina uživatelů v našem zařízení dle svého mentálního postižení není schopna se k tomuto tématu samostatně vyjádřit.

5. Jaké představy, možnosti a formy sexuality jsou dle vašeho názoru preferovány samotnými klienty?

Myslím si, že většina uživatelů není schopna a ochotna, abychom my pracovníci výše uvedené vůbec poznali. Jistě se preferuje samotnými klienty onanie s jejich představami,

či za pomoci erotického časopisu a také mají klienti intimní vztahy mezi sebou, které však nelze nijak rozkrýt a pro klienty to je věc příliš uzamčená.

6. Co dle vašeho názoru brání, aby byly názory klientů a sociálních pracovníků v oblasti forem sexuality v souladu?)

V důsledku nic, jen klienti nemají představu o sexualitě jako celku, což povětšinou jistě pracovníci v přímé péči mají.

7. Do jaké míry jsou dle Vás ve vašem zařízení naplňovány požadavky klientů v oblasti sexuality?

Nejsou mi známy požadavky, takže nejsou.

8. Jaký názor dle vás mají rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu ve vašem zařízení?

Myslím si, že v globálu se o to nezajímají a zřejmě to berou jako „Tabu“ téma.

9. Jaká je dle vašeho názoru kvalita sexuálních prožitků a projevů sexuality klientů vašeho zařízení v závislosti na stupni mentálního postižení?

To opravdu nelze posoudit.

10. Jaké existují dle vašich zkušeností rozdíly v sexuálním životě mentálně postižených žen a mužů?

Nejsem s takovými rozdíly seznámen.

11. Jaké znalosti mají mentálně postižení lidé o partnerství a sexualitě a jakou roli hraje sexualita v jejich životě a jaké s ní mají zkušenosti?

Znalosti mají dle mého názoru minimální, i když měli různé semináře s pracovníky v přímé péči, ale mentální retardace jim nedovoluje tyto informace zcela uchovat.

12. Jaké mají dle Vašeho názoru rodiče a sociální pracovníci povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě svých dětí – klientů ústavních zařízení?

Zřejmě žádné.

13. Čím Vy sám, sama přispíváte z pozice svého pracovního zařazení ke zlepšení prožívání sexuality u vašich klientů?

Ničím, nejsem tímto tématem obeznámen a ani informován o tom, že bych měl k tomuto zlepšení přispívat.

14. Co si představujete pod pojmem sexualita klientů s mentálním postižením?

Že si klienti neví rady jak tuto věc řešit a proto zcela jistě převládá onanie.

15. Co je dle vašeho názoru největší překážkou kvalitního sexuálního uspokojení klientů vašeho zařízení?

Mentální postižení klientů a neschopnost pochopit znalosti sexuality.

DV2: Jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče a zda je v rámci pobytové služby využívána?

16. Co si dle Vás klientky vašeho zařízení představují pod pojmem antikoncepce?

Naši klienti jsou v pásmu hluboké mentální retardace, proto nemají o výše uvedeném povědomí.

17. Jak vnímají klientky vašeho zřízení důležitost používání antikoncepce?

V důsledku stupně mentální retardace, nemají o výše uvedeném povědomí.

18. Kdo a jakým způsobem provádí osvětu v oblasti antikoncepce u vašich klientek?

U těch, které jsou schopny vnímat smysl informací je to osvěta -besedy.

19. Jaká je z vašeho pohledu osvěta v oblasti antikoncepce ve vašem zařízení? V čem vidíte nedostatky?

Ne snad nedostatky, ale hlavně jde o překážku na straně klientek (souvislost se stupněm mentálního postižení).

20. Které druhy antikoncepce preferují dle vašeho názoru klientky vašeho zařízení?

Je do hodně individuální s ohledem na stupeň MP.

21. Které druhy antikoncepce používají klientky Vašeho zařízení?

Jedná se o aplikaci injekční formou (dlouhodobější účinek).

22. Která antikoncepce je dle Vašeho názoru nejvhodnější pro klientky vašeho zařízení?

A proč?

Jedná se antikoncepci s časově delším působením. Klientky nejsou schopny brát pravidelně prášky.

23. Jaké je dle Vás procentuelní zastoupení v používání antikoncepce klientek vašeho zařízení a proč tomu tak je?

Přesný počet nejsem schopen říci. Odvíjí se to od jejich skutečné potřeby v návaznosti na jejich sexuální život.

24. Jakou roli dle Vás hraje stupeň mentálního postižení vašich klientek ve výběru antikoncepce?

Velkou, odvíjí se od stupně MP.

25. Jakou formou máte ve vašem zařízení tuto oblast metodicky ošetřenu?

Žádnou.

DVO3: Jaké názory mají rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?

26. Jaké jsou vytvořeny ve vašem zařízení podmínky pro řešení sexuality klientů?

Klienti jsou ze strany pracovníků upozorňováni, že mají využívat soukromí (pokoj, toaleta ...), pracovník se snaží umožnit na tuto potřebu volný pokoj ..bez spolubydlícího.

27. Jak by mělo být řešeno dle Vašeho názoru uspokojování klientů vašeho zařízení?

Nevím.

28. Jakou roli v sexuálním životě mentálně postižených klientů v ústavním zařízení sociální péče hraje personál, případně nejbližší okolí?

Zřejmě méně než poloviční, klienti mají svou sexualitu za něco zakázaného, velmi stydlivého, nepřijatelného, což je bohužel dáno historicky.

29. Co si Vy sám-sama představujete pod pojmem sexuální asistence?

Sexuální terapeutku, sexuálního terapeuta.

30. Jak nahlížíte na řešení možností uspokojení sexuality klientů žijících v pobytovém zařízení formou sexuální asistence?

Nejsem seznámen, neznám možnosti.

31. Jak si představujete, že by tato služba fungovala ve vašem zařízení? Pokud již funguje jakou formou?

Nejsem seznámen, neznám možnosti.

32. Co by mohlo pomoci v realizaci (zlepšení) sexuální asistence ve vašem zařízení?

Nejsem seznámen, neznám možnosti.

33. Jaký názor mají dle Vás rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu vašich klientů?

Myslím si, že se o to většinou nezajímají, klienty často vnímají jako děti.

34. Co si představíte pod pojmem Dům sexuality?

Nabídku sexuálních služeb.

35. Co dle Vášeho názoru přináší největší uspokojení v sexuální oblasti Vašim klientům?

Jednoznačně onanie, neboť lepro klienty nejdostupnější..

36. Jakým způsobem, či dokumentem a zda vůbec máte ošetřenu oblast sexuality klientů Vašeho zařízení?

Nemáme.

37. Jak nahlížíte na využívání erotických pomůcek pro sexuální uspokojování vašich klientů?

Pozitivně, jistě by lečjaké situace vyřešily.

38. Co bydle Vás mohlo zlepšit pohled laické i odborné veřejnosti na sexualitu mentálně postižených klientů?

Osvěta.

39. Jak vnímáte potřeby klientů vašeho zařízení?

Odvíjí se od stupně MP. Snažíme se jim v rámci možností vyhovět v jejich potřebách..

Přepis - Rozhovor se sociální pracovníci v přímé péči ústavu sociální péče

Žena – vdaná, 44 let, sociální pracovnice ústavu sociální péče, praxe 8 let.

DVO 1: Jaké postoje zaujímají veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci ústavů sociální péče pracující v přímé péči k jednotlivým formám vztahů a sexualitě u lidí s mentálním postižením? V čem se shodují a v čem se jejich názory liší?

1. Jakou formou a zda vůbec je ve vašem zařízení upravena ochrana základních lidských práv uživatelů služby v oblasti jejich sexuality?

Ochranu práv uživatelů v našem zařízení řeší konkrétní směrnice. Tento dokument zahrnuje mimo jiné právo uživatelů na svoje soukromí. Máme zpracován vnitřní dokument řešící i ochranu základních lidských práv uživatelů služby v oblasti jejich sexuality.

2. Do jaké míry a zda vůbec pracovníci v přímé péči pracují se sexualitou klientů v ústavním zařízení?

Se sexualitou klientů se v našem zařízení pracuje, máme i proškolené pracovnice. Klientky jsou upozorňovány na intimitu při sexuálních projevech a na skutečnost, že nemohou někoho obtěžovat, uzamykání se v prostorách tomu určených.

3. Jaké postoje zaujímáte Vy osobně k možným formám sexuality klientů vašeho zařízení? *Můj postoj k sexualitě klientů je veskrze kladný, záleží na stupni postižení a schopnosti si ji uvědomovat. Projevy sexuality jsou pro mentálně postižené velmi důležité, aby byly akceptovatelné pracovníky zařízení musí se s nimi intenzivně pracovat.*

4. Jak dle Vašeho názoru sami klienti nahlízejí na možná řešení své sexuality v rámci ústavního zařízení?

Záleží na stupni mentální retardace, který každý konkrétní uživatel má. Klienti se většinou zpočátku stydí hovořit o možném řešení své sexuality. Velká část uživatelů v našem zařízení se není schopna k tomuto tématu samostatně vyjádřit.

5. Jaké představy, možnosti a formy sexuality jsou dle vašeho názoru preferovány samotnými klienty?

Představy klientů jsou různé, my jsme tu v roli pomocníků jim při řešení situace být nápomocni a dát jejich představy do akceptovatelného stavu. Většina preferuje onanii, je to nejdostupnější forma sexuálního vyžití. Párová sexualita je více méně v pozadí.

6. Co dle vašeho názoru brání, aby byly názory klientů a sociálních pracovníků v oblasti forem sexuality v souladu?)

U některých pracovníků předsudky a schopnost soc. pracovníků přijmout fakt, že sexualita u lidí s mentálním postižením existuje. V důsledku nic, jen klienti nemají představu o sexualitě jako celku, což povětšinou jistě pracovníci v přímé péči mají.

7. Do jaké míry jsou dle Vás ve vašem zařízení naplňovány požadavky klientů v oblasti sexuality?

Hodnotit do jaké míry jsou naplňovány nelze jednoznačně odpovědět. Myslím, že u většiny jsou dodržovány alespoň základní principy, mezi které řadím akceptovatelnost sexuality a poskytnutí intimity.

8. Jaký názor dle vás mají rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu ve vašem zařízení?

Jsou tu dle mne dva hlavní pohledy. Prvním je, že vnímají své optrovance stále jako děti. V druhém případě se o to nezajímají.

9. Jaká je dle vašeho názoru kvalita sexuálních prožitků a projevů sexuality klientů vašeho zařízení v závislosti na stupni mentálního postižení?

To je dle mého spíš otázka přímo na klienty. Jinak se odvíjí od stupně postižení a schopnosti si uvědomovat vlastní sexualitu.

10. Jaké existují dle vašich zkušeností rozdíly v sexuálním životě mentálně postižených žen a mužů?

Nejsem s takovými rozdíly seznámen.

11. Jaké znalosti mají mentálně postižení lidé o partnerství a sexualitě a jakou roli hraje sexualita v jejich životě a jaké s ní mají zkušenosti?

Je to individuální, někdy minimální, i když měli různé semináře s pracovníky v přímé péči, ale mentální retardace jim nedovoluje tyto informace zcela uchovat. Otázkou je, jak mohou mentálně postižení žijící v umělém prostředí ústavu mít možnost se sexualitou mezi mužem a ženou či mužem a mužem, či ženou a ženou získat, když znají jenom pracovníky v přímé péči. Absence vzorů pak dle mého názoru přechází i do partnerských vztahů mentálně postižených,

12. Jaké mají dle Vašeho názoru rodiče a sociální pracovníci povědomí o skutečném partnerském a sexuálním životě svých dětí – klientů ústavních zařízení?

To záleží na míře a schopnosti klientů se vyjádřit a schopnosti naslouchat ze strany rodičů a pracovníků zařízení.

13. Čím Vy sám, sama přispíváte z pozice svého pracovního zařazení ke zlepšení prožívání sexuality u vašich klientů?

Pozitivním přístupem k prožívání sexuality, podpora klientů při prosazování své sexuality.

14. Co si představujete pod pojmem sexualita klientů s mentálním postižením?

Vztah k ostatním lidem, vnímání své sexuální orientace, mít ráda jak sebe, tak i ostatní, atd..

15. Co je dle vašeho názoru největší překážkou kvalitního sexuálního uspokojení klientů vašeho zařízení?

Mentální postižení klientů a jejich nepochopení, nebo neschopnost personálu zařízení s nimi pracovat.

DV2: Jakou formou a zda vůbec je prováděna osvěta v oblasti antikoncepce u klientek ústavů sociální péče a zda je v rámci pobytové služby využívána?

16. Co si dle Vás klientky vašeho zařízení představují pod pojmem antikoncepce?

Naše klientky to berou jako pomoc před tím mít dítě/átka.

17. Jak vnímají klientky vašeho zřízení důležitost používání antikoncepce?

Záleží na stupni mentální retardace, některé jako ochranu jich samotných.

18. Kdo a jakým způsobem provádí osvětu v oblasti antikoncepce u vašich klientek?

Individuální pohovory a besedy.

19. Jaká je z vašeho pohledu osvěta v oblasti antikoncepce ve vašem zařízení? V čem vidíte nedostatky?

Osvěta je dle mne na slušné úrovni, překážku vnímám na straně klientek (souvislost se stupněm mentálního postižení).

20. Které druhy antikoncepce preferují dle vašeho názoru klientky vašeho zařízení?

Za prvé co klientce vyhovuje po zdravotní stránce, poté je zde finanční stránka a také schopnosti klientky (tablety, injekce).

21. Které druhy antikoncepce používají klientky Vašeho zařízení?

Jedná se většinou o aplikaci injekční formou (dlouhodobější účinek).

22. Která antikoncepce je dle Vašeho názoru nejpřijatelnější pro klientky vašeho zařízení?

A proč?

Jedná se zpravidla o antikoncepci s časově delším působením (tělísko na 5 let a injekční aplikace na tři měsíce). U ostatních nejsou schopny klientky akceptovat pravidelnost užívání z důvodu MP.

23. Jaké je dle Vás procentuelní zastoupení v používání antikoncepce klientek vašeho zařízení a proč tomu tak je?

Konkrétní počet nejsem schopna říci. Odvívá se to od potřeb klientek v návaznosti na jejich sexuální život. Odhaduji tak max. deset klientek.

24. Jakou roli dle Vás hraje stupeň mentálního postižení vašich klientek ve výběru antikoncepce?

Odvívá se od stupně MP a nabídky, která jim je poskytnuta..

25. Jakou formou máte ve vašem zařízení tuto oblast metodicky ošetřenu?

Obecně ji máme ošetřenu.

DVO3: Jaké názory mají rodiče/veřejní opatrovníci, sociální pracovníci a pracovníci pracující v přímé péči ústavů sociální péče na řešení problematiky sexuality klientů v ústavech sociální péče prostřednictvím sexuální asistence?

26. Jaké jsou vytvořeny ve vašem zařízení podmínky pro řešení sexuality klientů?

Klienti jsou ze strany pracovníků upozorňováni, že mají pro tato účely (uspokojování) využívat soukromí (pokoj, toaleta ...), pracovník se snaží umožnit na tuto potřebu volný pokoj ..bez spolubydlícího.

27. Jak by mělo být řešeno dle Vašeho názoru uspokojování klientů vašeho zařízení?

Připravit podmínky (materiální, prostorové) a hlavně mít legislativní oporu. Panuje u mne obava z nepřiměřených reakcí rodiny.

28. Jakou roli v sexuálním životě mentálně postižených klientů v ústavním zařízení sociální péče hraje personál, případně nejbližší okolí?

Pro mentálně postižené to jsou to určité vzory, které mnohdy napodobují.

29. Co si Vy sám-sama představujete pod pojmem sexuální asistence?

Sexuální terapeutku, sexuálního terapeuta, případně i dopomoc klientovi.

30. Jak nahlížíte na řešení možností uspokojení sexuality klientů žijících v pobytovém zařízení formou sexuální asistence?

Při nastavení jasných legislativních pravidel v tom nevidím žádný problém.

31. Jak si představujete, že by tato služba fungovala ve vašem zařízení? Pokud již funguje jakou formou?

Pokud by služba pracovala, tak zcela jistě zachovat anonymitu a hlavně intimitu klientů.

Vždy by se muselo jednat o jejich vyslovený souhlas s poskytnutím této služby.

32. Co by mohlo pomoci v realizaci (zlepšení) sexuální asistence ve vašem zařízení?

33. Jaký názor mají dle Vás rodiče/opatrovníci na sexuální výchovu vašich klientů?

Většinou se nezajímají, neboť naše klienty vnímají stále jako malé děti.

34. Co si představíte pod pojmem Dům sexuality?

Pevně propracovaný systém pomoci klientům při řešení jejich sexuality.

35. Co dle Všeho názoru přináší největší uspokojení v sexuální oblasti Vašim klientům?

Onanie, neboť tato forma je pro klienty nejdostupnější.

36. Jakým způsobem, či dokumentem a zda vůbec máte ošetřenu oblast sexuality klientů Vašeho zařízení?

Máme vnitřní pravidla jak postupovat při řešení sexuality MP klientů.

37. Jak nahlížíte na využívání erotických pomůcek pro sexuální uspokojování vašich klientů?

S tím problém nemám, naopak to vnímám pozitivně, jistě by lečjaké situace vyřešily.

38. Co bydle Vás mohlo zlepšit pohled laické i odborné veřejnosti na sexualitu mentálně postižených klientů?

Větší osvěta...sexualita MP není jen o sexu a to si veřejnost stále neuvědomuje.

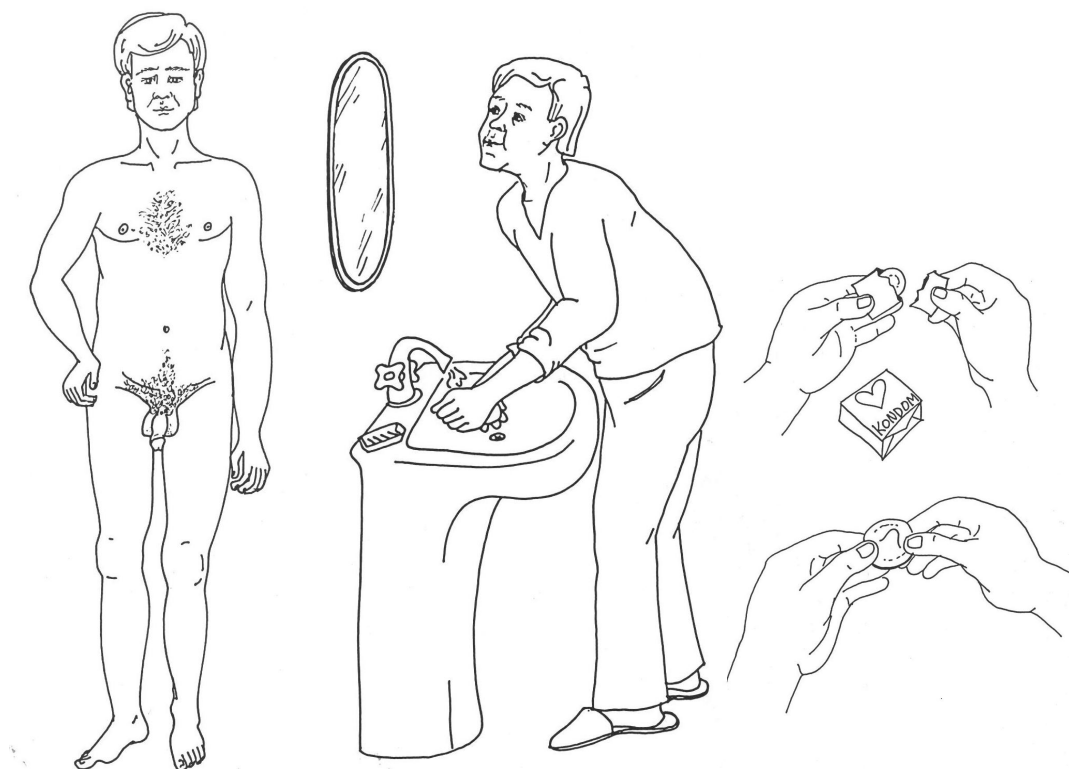
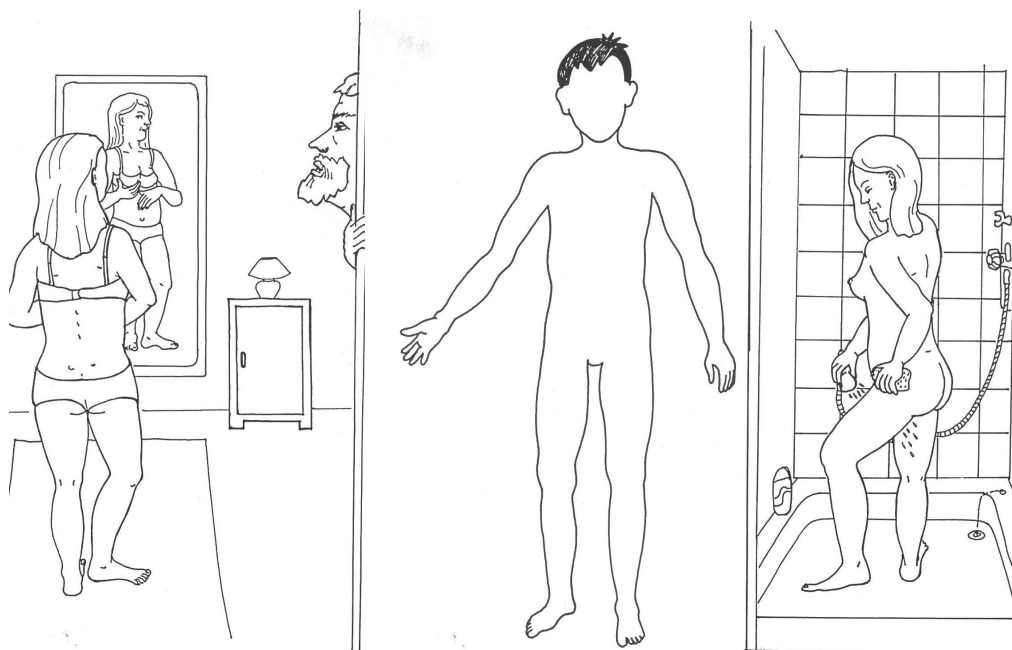
39. Jak vnímáte potřeby klientů vašeho zařízení?

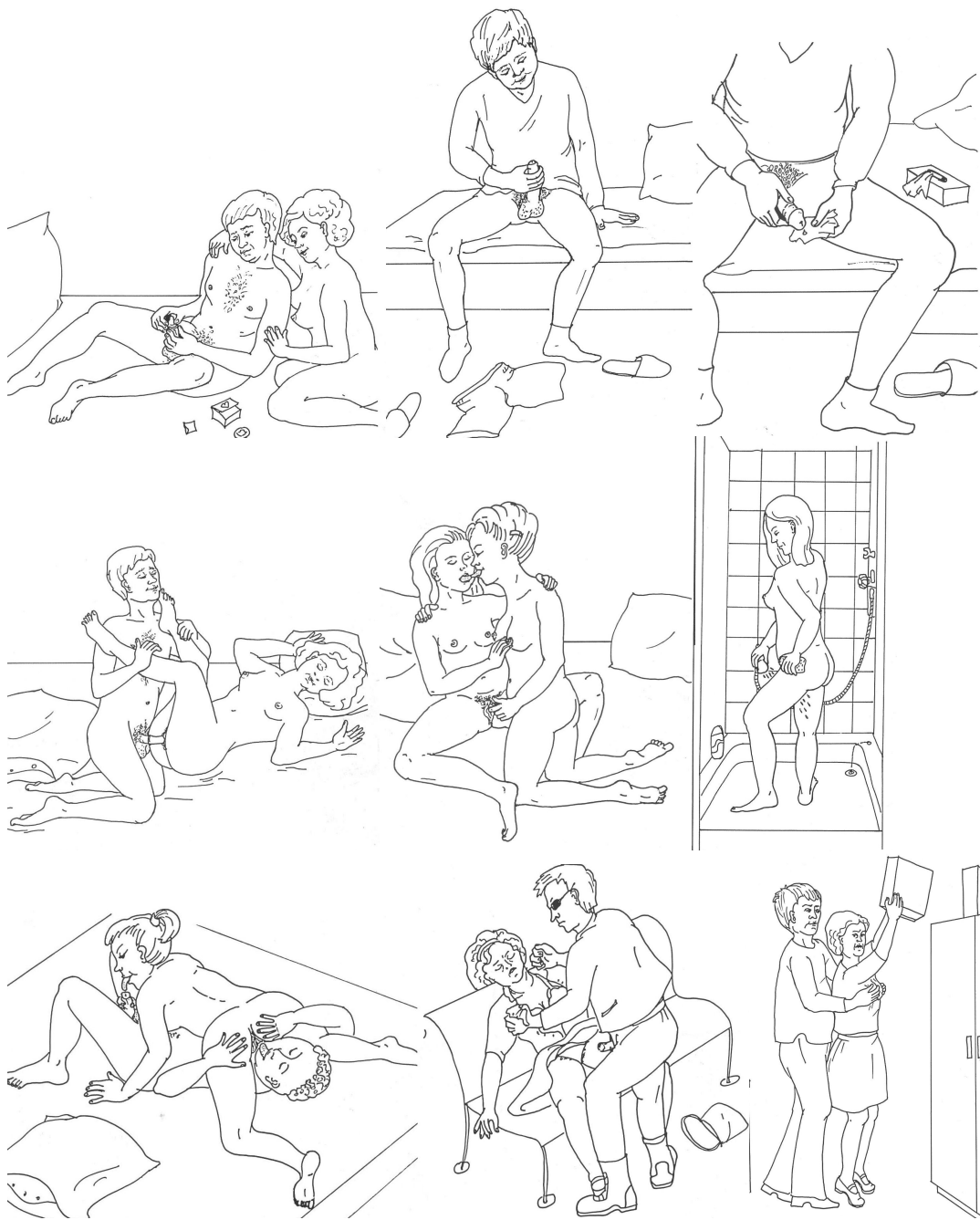
Odvíjí se od stupně MP. Snažíme se jim v rámci možností vyhovět v jejich potřebách.

Potřeby vnímám jako celek a mezi potřeby jídla, pití, tepla vnímám i potřeby sexuality.

Příloha č. IV

Listy sexuality





Zdroj: (www.pohoda-help.cz)

Dům sexuality v organizaci

◆ DŮM SEXUALITY V ORGANIZACI

→ další pomůcka, která v podstatě kopíruje osu zapojení pracovníka, ale na úrovni celé organizace poskytující služby, je „dům sexuality v organizaci“.

→ Dům se může skládat z několika pater, podle toho, jak si organizace nastaví a vymezí svou práci se sexualitou.

→ Mohou tu být jednopatrové domy – organizace,

jejichž pracovníci respektují uživatele (první čtvrtina osy), ale řešení konkrétních zakázek směřují do jiné organizace/ na odborníka atp.

→ Dvoupatrové domy řeší zakázky do jisté míry samy.

→ Třípatrové domy, které poskytují např. i službu asistované soulože.

STŘECHA

může stát už např. už na prvním patře, podle toho, jakou působnost si organizace v této oblasti vymezí.

Každý dům musí být zastřešen a zde tvoří střechu protokol sexuality – veřejné pojmenování přístupu a vymezení působnosti organizace + soubor pravidel (případně metodika), které práci se sexualitou konkrétně ošetřují.

TŘETÍ PATRO

Třetí patro by tvořila konkrétní služba např. typu asistované soulože.

DRUHÉ PATRO

Druhé patro tvoří pracovníci, pohybující se ve druhé/případně třetí čtvrtině osy. Ti mohou být úspěšní pouze pokud budou jejich cihly stát na pevném prvním patře a základech.

Pohybovat se ve druhém patře bez spodní podpory (jasného vymezení přístupu a sjednocení týmu) je obrovské riziko pro pracovníka, uživatele i organizaci. Pracovník, který zde v dobré víře pracuje s uživatelem, může být lehce nařčen se sexuálního zneužívání a nenalezne žádnou oporu. Naopak agresor, který by uživatele skutečně zneužíval zde nachází volné pole působnosti.

PRVNÍ PATRO

První patro tvoří všichni zaměstnanci organizace a je defakto odrazem stavu pracovníků v první čtvrtině osy. Mluvíme-li o domu, každý pracovník je zde jako jedna cihla, která by spolu s ostatními měla tvořit pevnou a stabilní zeď respektu a postojů k sexualitě. Dírami v této zdi mohou být pracovníci, stojící na nule – před osou. Pevnost této zdi zaručí důkladné a podrobné prodiskutování konkrétních témat v celém týmu.

ZÁKLADY

Základy znamenají jasný postoj vedení organizace. Vymezení se v oblasti sexuality a transparentní a veřejné sdělení, jak k této oblasti přistupujeme a do jaké míry se jí zabýváme. Toto vymezení – v podstatě nabídka pro uživatele – je nutné stanovit hlavně podle stavu prvního patra domu.

Zdroj: (www.pohoda-help.cz)