

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Sexuální výchova osob s mentálním postižením
umístěných v chráněném bydlení**

Bakalářská práce

Autor: Václava Kopecká

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

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

Hradec Králové

2016

Zadání bakalářské práce

Autor: Václava Kopecká

Studium: U13208

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Sexuální výchova osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení**

Název bakalářské práce AJ: Sexual Education of People with Intellectual Disabilities in Sheltered Housing

Cíl, metody, literatura, předpoklady:
Lidská sexualita, sexuální výchova a antikoncepce u osob s mentálním postižením, vliv sexuální výchovy na sexualitu osob s mentálním postižením, definice mentálního postižení, klasifikace mentální retardace, integrace osob s mentálním postižením, život v chráněném bydlení. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor, studium dokumentů.

MITLÖHNER, M. Právní problematika sexuality osob s mentálním postižením. UZEL, R. Antikoncepce u mentálně postižených osob. MELLEN, J. Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob.

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

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

Oponent: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

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

V Chrudimi dne 26.3.2016

Václava Kopecká

Poděkování

Poděkovat bych chtěla Mgr. Lucie Smutkové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří mi poskytli pomoc a podporu při realizaci této práce.

Abstrakt

KOPECKÁ, Václava. *Sexuální výchova osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení*. Hradec Králové: Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, 2016, Bakalářská práce.

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou sexuální výchovy osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení.

Teoretická část práce bude rozdělena do třech kapitol. V první kapitole popíše problematiku osob s mentálním postižením, klasifikaci mentálního postižení, jejich projevy a potřeby klientů. V druhé kapitole se budu zabývat sexuální výchovou a lidskou sexualitou, významem rodiny v sexuální výchově, právní normou a riziky sexuality spojené s mentálním postižením. Ve třetí kapitole popíše charakteristiku chráněného bydlení jako sociální služby a kompetence pracovníků v sociálních službách k sexuální výchově klientů.

Hlavním výzkumným cílem pak bude zjistit jak vnímají problematiku sexuální výchovy klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení Domova sociálních služeb Slatiňany. Využiji kvalitativní výzkum, konkrétně metodu polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova: sexuální výchova, chráněné bydlení, mentální postižení, polostrukturovaný rozhovor, rizika sexuality

Abstract

KOPECKÁ, Václava. *Sexual education of mentally handicapped people placed in sheltered housing*. Hradec Králové: Social Work Institute of University Hradec Králové, 2016, Bachelor's thesis.

This bachelor's thesis is concerned with problems of sexual education of people with mental handicap placed in sheltered housing. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter is devoted to problems of mentally handicapped people, classification of mental handicaps and their manifestations and also to needs of clients. The second chapter refers to sexual education and human sexuality in general, to the role of family in sexual education, to rules of law and sexual risks connected with mental handicap. The third chapter focuses on sheltered housing characteristics taken as welfare services and deals with welfare services employees and their competences in sexual education of their clients. The main research aim is to find out how the mentally handicapped clients of Sheltered Housing of Welfare Services in Slatiňany perceive problems of sexual education. I am making use of qualitative research, the method of half structured interviews in particular.

Key words: sexual education, sheltered housing, mental handicap, half structured interview, sexuality risks

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROBLEMATIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	12
1.1 VYMEZENÍ TYPU POSTIŽENÍ - MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	12
1.2 PŘÍČINY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	16
1.3 PROJEVY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	17
1.4 POTŘEBY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A LIDSKÁ SEXUALITA	20
2.1 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA.....	20
2.2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A JEJÍ VÝVOJ	21
2.3 VÝZNAM RODINY V SEXUÁLNÍ VÝCHOVĚ JEDINCE	23
2.4 PRÁVO A SEXUALITA.....	24
2.5 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ Z HLEDISKA PRÁVNÍCH NOREM.....	26
2.6 RIZIKA SPOJENÁ SE SEXUALITOU OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	28
3 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ JAKO POBYTOVÁ SLUŽBA PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	31
3.1 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ Z HLEDISKA ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	31
3.2 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ.....	33
3.3 KOMPETENCE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V OBLASTI SEXUÁLNÍ VÝCHOVY KLIENTŮ	34
SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	37
METODICKÁ ČÁST.....	38
4 METODOLOGICKÉ ZAKOTVENÍ VÝZKUMNÝCH AKTIVIT	38
4.1 HLAVNÍ CÍL A DÍLČÍ CÍLE.....	38
4.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU 41	
4.3 VÝBĚR SOUBORU INFORMANTŮ	43
4.4 PRŮBĚH VÝZKUMNÝCH AKTIVIT	44
4.5 RIZIKA VÝZKUMU	45
VÝZKUMNÁ ČÁST	46
5 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH INFORMACÍ.....	46
5.1 DC 1: ZJISTIT, JAK KLIENTI TUTO VÝCHOVU VNÍMAJÍ A JAK JE PRO NĚ SROZUMITELNÁ.	46
5.2 DC 2: ZJISTIT, JAK KLIENTI VÝCHOVU V TĚTO OBLASTI UŽÍVAJÍ ČI APLIKUJÍ V PRAXI.	49
5.3 DC3: ZJISTIT, JAKÁ JSOU PŘÁNÍ A POTŘEBY KLIENTŮ NA ROZŠÍŘENÍ VÝCHOVY.	52
SHRUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	53
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM TABULEK	59

ZDROJE.....	60
SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

*„ČLOVĚK S POSTIŽENÍM MÁ STEJNÉ POTŘEBY JAKO ZDRAVÝ ČLOVĚK.
PRVNÍ Z NICH JE BÝT UZNÁN A MILOVÁN TAKOVÝ, JAKÝ JE.“*

Michaele Pascale Duriezová

(Švarcová, 2000, s.136)

Sexualita osob s mentálním postižením jistě nepatří mezi témata nová a neznámá. Sexualita těchto osob byla do poměrně nedávné doby vnímána jako jedno z tabuizovaných témat, které se dostalo do popředí teprve před několika málo lety, a to především v souvislosti se snahou integrace lidí s mentálním postižením do společnosti. Dále tomu přispěla snaha lidem s mentálním postižením aktivně pomoci, a tedy lépe uplatnit jejich lidská práva. Jedná se o téma velmi široké, těžko uchopitelné a nanejvýš citlivé. Pro mnoho lidí však toto téma zůstává i nadále tabuizováno.

Sexualitu lze vnímat z mnoha různých hledisek. Můžeme například vnímat rozdíly mezi sexuálním chováním, sexuální touhou či sexuálními představami. Je ale nutné pohlížet na sexualitu komplexně, tedy z multidimenzionálního, biologického i psychosociálního úhlu pohledu, projevů chování, morálky, kultury a v neposlední řadě i rodinného prostředí či prostředí, ve kterém člověk vyrůstá. Sexualita je součástí nejnaternějšího bytí člověka, a tak je důležitou součástí jedince. Je jednou z nejintimnějších forem prožívání. Sexualitu však nelze redukovat pouze na sexualitu dospělých, ale musíme brát v potaz i sexualitu dětskou a pubertální. Proto s tzv. sexuální výchovou začínáme již u dětí a na tuto výchovu pak navazujeme i ve věku pozdějším. Toto se děje zejména z důvodu prevence pohlavních chorob a jiných rizikových faktorů, jakým je například zneužívání blízkou osobou.

Lidé s mentálním postižením mají naprosto identické potřeby a přání jako lidé bez postižení, ať už jde o návštěvu školy, touhu po vzdělání, sportu, smysluplné práci, bezpečném domově, rodině a přátelích, možnosti se svobodně rozhodovat a samozřejmě také možnosti partnerského života. Přístupy a názory společnosti se

často velmi liší a k osobám s postižením existuje celá řada předsudků. Například na autobusové zastávce či v kině nás líbající pár nezarazí, jinak tomu ovšem bude, pokud půjde o pár dvou lidí s mentálním postižením. Zřejmě ani nedokážeme vyjádřit, proč se my (většinová společnost) nad tím pohoršujeme či minimálně pozastavujeme a proč je nám to nepříjemné. Měli bychom však přijmout jako výzvu těmto osobám pomoci, aby mohli žít smysluplně a plnohodnotně vedle nás.

K volbě tématu „Sexuální výchova osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení“ mě inspiroval rozhovor, který jsem absolvovala v prvním ročníku studia s tehdejšími psychologem Domova sociálních služeb ve Slatiňanech. Bylo to v době, kdy probíhala transformace klientů do dvou bytů „Na Špici“. S panem psychologem jsme se shodli na důležitosti sexuální výchovy právě u těchto klientů. Téma mě od počátku zaujalo a byla bych ráda, kdyby má práce našla využití právě v činnosti domova, především pak u pracovníků v přímé péči, a tím byla prospěšná i pro samotné klienty.

Takto citlivým tématem, jakým sexuální výchova a osvěta bezesporu je, se u nás prakticky zabývá organizace Rozkoš bez Rizika, která pomáhá lidem s handicapem, aby uměli plnohodnotně prožít sex a učí je čelit případným rizikům se sexem spojených. Teoreticky se touto tematikou zabývá D. Štěrbová ve své publikaci *Sexualita osob s mentálním postižením*. Dá se říci, že čerstvou novinkou k této problematice, je kniha *Sexualita osob s mentálním postižením a znevýhodněním* od M. Venglářové a P. Eisnera. Nemohu také opomenout publikaci zpracovanou T. Drábkem s názvem *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením*. Všechny tyto a ještě další odborné a velmi zajímavé publikace jsem použila při zpracování teoretické části.

Cílem bakalářské práce je zdůraznit důležitost sexuální výchovy u osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak vnímají problematiku sexuální výchovy klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení. Tento hlavní cíl výzkumného šetření lze dále členit do třech dílčích cílů. Prvním dílčím cílem je zjistit, jak klienti tuto výchovu vnímají a jak je pro ně srozumitelná. Druhým dílčím cílem je stanovit, jak klienti výchovu v této

oblasti užívají či aplikují v praxi. Třetím dílčím cílem je pak vyšetřit, jaké jsou přání a potřeby klientů na rozšíření výchovy. Jako metodu k dosažení cílů použiji kvalitativní výzkum. Nejvhodnější technikou budou polostrukturované rozhovory, Důležitý bude také správný výběr informantů a průběh rozhovorů, které proběhnou v prostředí klientům důvěrně známém.

Sexuální výchovou klientů s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení, rozumím nejenom všechny formy vzdělávání, které jim jsou poskytovány v Domově sociálních služeb ve Slatiňanech, ale také jejich samostatný zájem o tuto problematiku, kterým rozumím internet, tiskoviny, knihy, televizi i jejich vzájemné verbální sdílení informací. V domově jim jsou pak v této oblasti k dispozici psycholog a pracovníci v přímé péči.

Práce začíná teoretickou částí, která je rozdělena do několika kapitol. V první kapitole popíši problematiku osob s mentálním postižením, klasifikaci mentální retardace, projevy těchto postižení a potřeby klientů. V druhé kapitole se budu zabývat sexuální výchovou a lidskou sexualitou, významem rodiny v sexuální výchově, právní normou a riziky sexuality, které jsou spojeny s mentálním postižením. Ve třetí kapitole popíši charakteristiku chráněného bydlení jako sociální službu a kompetence pracovníků v sociálních službách v oblasti sexuální výchovy klientů.

Metodická část mojí bakalářské práce má jednu kapitolu zaměřenou na metodologické zakotvení výzkumných aktivit. Tato kapitola je dále členěna na podkapitoly, kterými jsou hlavní cíl a dílčí cíle, kvalitativní výzkumná strategie a technika polostrukturovaného rozhovoru, výběr souboru informantů, průběh výzkumných aktivit a rizika výzkumu.

Výzkumná část má také jednu kapitolu, jíž je interpretace zjištěných informací a dělí se dále na dílčí cíle 1, 2 a 3. Získané informace budu následně analyzovat a pokusím se i o jejich vysvětlení.

Teoretická část

1 Problematika osob s mentálním postižením

V této kapitole se budu zabývat vymezením a definicí pojmu mentální postižení. Dále se zde budu zabývat jeho dělením, příčinami, projevy a v neposlední řadě i potřebami lidí s mentálním postižením. Vymezení těchto definic je důležité, aby bylo správně pracováno s jednotlivými pojmy. Je to významné z důvodu, že lidé s mentálním postižením budou informanty v prováděném výzkumném šetření.

1.1 Vymezení typu postižení - mentální postižení

Člověka patrně neničí žádný jiný druh postižení v běžné populaci tak jako právě mentální postižení, které se od jiných postižení markantně liší. Lidé bez postižení často nemohou lidem s mentálním postižením „přijít na jméno“, a tak o nich hovoří jako o „duševně nemocných“, o „blázních“, „kriplech“, „debilech“ apod. Nikdo si však nedokáže představit stav mentálního omezení a vžít se do situace osob s tímto handicapem. (Slowík, 2007) Problematika je to nejenom hodně široká, ale i těžce uchopitelná.

Mentální postižení je termín poměrně nejednoznačný a v současné době ho vymezuje značné množství definic. Jedná se o termín, který vychází z latinského slova mens – mysl, rozum a retardace – zaostávat, opožďovat, zdržovat. Termín mentální retardace ve volném překladu znamená zpoždění duševního vývoje. S pojmem mentální retardace se odborná veřejnost seznámila poprvé na konferenci Světové zdravotnické organizace WHO v Miláně v roce 1959 a tento termín postupně nahradil celou řadu dříve používaných. (Valenta, Müller, 2003)

Laická veřejnost neví, zda používat pojem mentální retardace či mentální postižení. Ve zdravotnictví se používá spíše výraz mentální retardace. Naproti tomu se

v sociální práci přiklání spíše k výrazu mentální postižení. Já budu ve své práci používat výraz mentální postižení.

Pro označení stupňů mentálního postižení byly dříve používány pojmy debilita, imbecilita a idiocie. Tato terminologie se používala v lékařství, psychologii a speciální pedagogice. S novým pojetím se klasifikace vymezipily mimo jiné i proto, že získaly v komunikaci většinové společnosti pejorativní význam. Staly se hanlivou nadávkou. (Slowík, 2007)

Mentální postižení lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností, která se demonstruje především snížením pohybových, řečových, kognitivních a sociálních schopností s perinatální, prenatalní i časně postnatální etiologií, která oslabuje každého jedince při jeho adaptačních schopnostech. Jde o stav trvalý, který je buď vrožený nebo časně získaný. (Valenta, 2012)

Nicméně i s takto postiženými jedinci lze pracovat individuálně či skupinově a dosáhnout tak minimálně stabilizace stavu. V mnohých případech lze dosáhnout i zlepšení.

Světová zdravotnická organizace si v pravidelných intervalech a v souladu s progresem ve vědě reviduje klasifikaci nemocí, a to i poruch duševních. Od roku 1993 u nás platí desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), která je zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě a která vstoupila v platnost roku 1992. Tato klasifikace se poněkud liší od statistického a diagnostického manuálu behaviorálních a duševních poruch vlivné Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV APA). Tímto demonstruje dualitní systém klasifikace duševních poruch ve světě. (Valenta, 2012)

Podle Světové zdravotnické organizace je mentální postižení charakterizováno jako stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období a přispívajících ke snížení úrovně inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. (Sestra, 2011)

Definice dle MKN-10 (2000)

„Mentální retardace je stav zastaveného nebo úplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“ (Valenta, 2012, s.32)

Americká asociace pro mentálně retardované používá ve své definici širšího pojmu než je mentální retardace, a to mentální postižení, což je souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností: *„Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“ (Matoušek a kol., 2005, s. 111)*

Z této definice je patrné, že mentální postižení představuje velmi širokou škálu obtíží, které mohou být mezi sebou různě nakombinovány, a tak přinášejí u klientů celou škálu individuálních problémů.

Mentální postižení je vrozené, pokud se dítě již od počátku života nevyvíjí standardním způsobem, a je trvalé, přestože je v závislosti na příčině a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Možnost rozvoje jedince s mentálním postižením je dána nejenom závažností a příčinou postižení, ale i výchovnými a terapeutickými vlivy. (Vágnerová, 2004)

Mnohdy právě podceněním výchovných a terapeutických vlivů dochází ke zhoršení stavu klienta. Každý takovýto klient by měl mít možnost maximálního začlenění do většinové společnosti a mělo by být k jeho potřebám přistupováno individuálně.

Ke značné variabilitě symptomů a příčin mentálního postižení se obtížně hledají jednoznačná klasifikační kritéria. Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a hendikepů podle WHO, MKN-10 je klasifikačním kritériem úrovně mentální kapacity vyjádřena naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu IQ. Můžeme však zdůraznit, že nejde o klasifikaci pouze orientační, avšak o přesně stanovené jednotné kritérium pro posouzení mentální úrovně, kdy prakticky neexistuje jasná hranice, která odděluje jednotlivé klasifikační stupně. (Slowík, 2007)

Osobně bych se přiklonila k níže uvedenému rozdělení klasifikace úrovně mentálního postižení ve vazbě na popis i úroveň IQ.

- **Lehká MP (IQ 50 - 69)** osoby s lehkým mentálním postižením si osvojují mluvu opožděně. Avšak jsou schopni účelně užívat řeč v každodenním životě, a tedy udržovat konverzaci. Většina jedinců dosáhne v osobní péči, a praktických domácích dovednostech úplné nezávislosti, přičemž vývoj je oproti normě podstatně pomalejší. Mnozí mají problém s psaním a čtením. Mnohým postiženým může velmi pomoci výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich schopností a dovedností. Většina jedinců s lehkým mentálním postižením lze zaměstnat prací, která je spíše praktická. Jedná se o manuální stereotypní práci. Důsledky postižení se také projeví, pokud je klient značně sociálně a emočně nezralý, to znamená, že není schopen vyrovnat se s požadavky manželství a rodičovství. Obtížně se přizpůsobuje očekáváním a kulturním tradicím. (Štěrbová, 2007)
- **Středně těžké MP (IQ 35 - 49)** se týká přibližně 10 % mentálně postižených. Charakteristické je pomalu se rozvíjející chápání a užívání řeči. Omezena je také schopnost postarat se sám o sebe. Jedinci jsou schopni jednoduchých sociálních kontaktů. Často se zde vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění. Postižení této kategorii zvládnou sebeobsahu a jsou schopni vykonávat jednoduché pracovní výkony. Trvalý dohled je však v tomto případě nutností.
- **Těžká MP (IQ 20 - 34)** se týká asi 5 % postižených. Tato kategorie je podobná středně těžkému MP s výraznějším snížením schopností. Většina jedinců trpí značným stupněm poruch motoriky. Možnosti výchovy a

vzdělání jsou velmi omezené. Omezení je zřejmé i v oblasti řeči, tito postižení často vůbec nemluví. Jsou plně závislí na péči druhých osob.

- **Hluboká MP** (IQ pod 20) se týká méně než 1 % postižených. Jedinci těžce chápou požadavky nebo instrukce. Většina je imobilní a inkontinentní. Zvládají pouze základy nonverbální komunikace. U většiny případů jde o kombinované postižení, poznávací schopnosti se téměř nerozvíjí.
- **Jiná MP** – kategorie je používána v případě, kdy je stanovení stupně intelektu značně nesnadné nebo nemožné, a to například u nevidomých, neslyšících, nemluvicích nebo u jedinců s těžkými poruchami chování. (Sestra, 10/2011)

1.2 Příčiny mentálního postižení

Výzkum příčin mentálního postižení není a zřejmě ani nebude nikdy zcela ukončen. Nachází se spíše na počátku svého vývoje. Některé zdroje uvádějí, že všechny doposud známé příčiny vyvolávají jen necelou čtvrtinu této poruchy a že až tři čtvrtiny případů, převážně v pásmu lehkého postižení, má neznámý původ. K mentálnímu postižení může vést celá řada různých příčin, které se vzájemně podmiňují a prolínají. (Švarcová, 2003) Tento výzkum bude nepochybně pokračovat i v budoucnosti a bude ovlivněn nejenom vývojem společnosti, ale i technickým pokrokem v oblasti vědy a výzkumu.

Nejčastější příčiny mentálního postižení:

- Dědičnost.
- Organické postižení centrální nervové soustavy, kdy k poruše mohlo dojít během nitroděložního vývoje.
- Během porodu nebo krátce po narození.

Později vzniklé postižení se označuje jako demence. (Matoušek, 2008)

Mentální postižení často vzniká kombinací nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti, někdy dokonce zanedbanosti. Jedná se o děti stejně postižených rodičů. Rodiče

předají dětem horší genetické předpoklady a zároveň jim nejsou schopni poskytnout přiměřenou výchovu, protože na ni sami inteligenčně nestačí. (Vágnerová, 2004) Z toho vyplývá, že genetická výbava každého jedince určitým způsobem limituje. Tento limit však není nepřekročitelný a právě vhodným vzděláváním a výchovou lze život klienta alespoň částečně zkvalitnit.

1.3 Projevy osob s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením jsou omezenější, jejich potřeba zvědavosti je nižší a nižší jsou také preference podnětového stereotypu. Tito lidé bývají obvykle pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, hůře rozlišují nevýznamné a významné znaky jednotlivých situací a objektů a také hůře chápou jejich vzájemné vztahy. Svět se pro ně stává méně srozumitelný a jeví se jim více ohrožující. Důsledkem je větší závislost na jiném člověku, který se pro ně stává jakýmsi prostředníkem mezi mentálně postiženým jedincem a tímto světem. (Vágnerová, 1999)

Proto podněcování zvědavosti a zvědavosti je u této skupiny lidí zvláště důležité. Potřebují nejenom specifickou péči, ale také adekvátní podněty proto, aby byli ze svého stereotypu rušeni a stimulováni k přiměřené aktivizaci.

U lidí s mentálním postižením, je:

- Snížená schopnost (až neschopnost) komparace a vyvozování logických vztahů.
- Poruchy ve skupinových vztazích a v komunikaci.
- Snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům.
- Zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudku.
- Impulzivnost, hyperaktivita nebo naopak celková zpomalenost chování.
- Citová vzrušivost.
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“.
- Zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí.
- Snížení mechanické a zejména logické paměti.

- Těkavost pozornosti.
- Nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování.
- Poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace. (Švarcová, 2003)

Samozřejmě bychom našli i další společné charakteristiky, ale tyto se mi zdály jako hlavní a vypovídající.

K charakteristice mentálně postižených neodmyslitelně patří jedinečnost jejich osobnosti a jedinečnost individuálních postižení, kdy každý jedinec se liší od druhého, i když dosažený stupeň rozvoje osobnosti, měřitelné údaje biologické či získané hodnoty psychologických zkoušek by byly srovnatelné. Tuto moderní myšlenku vyjádřil již před lety významný český psychiatr Zdeněk Mysliveček, když slabomyslnost definoval takto: „ *Zaostalý vývoj somatopsychické osobnosti, který je nesouměrný jakožto chorobný produkt přírody, a to u každého jedince jinak. Proto se každý postižený liší od druhého, byť byli na jiném stupni vývoje.* “ (Kvapík, Černá, 1990, str. 9)

Každý zdravý člověk je individualitou. Lze konstatovat, že u postižených toto platí mnohdy i násobně více.

Dle J. Slowíka je další nejčastěji uváděnou definicí ta, kterou vydalo UNESCO v roce 1983: „ *Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.* “ (J.Slowík, 2007, s.110)

Co se projevů nemoci týče, u osob s mentálním postižením se velice často setkáváme s problémovým chováním, které může být provázeno nevhodným chováním sociálním a sexuálním. Jedním z příkladů může být např. masturbace na veřejnosti, ve veřejných prostorách, obnažování na veřejnosti atd. (Emerson, 2008)

Je třeba tuto skutečnost přijmout a pokusit se s ní pracovat tak, aby k podobným excesům docházelo minimálně.

1.4 Potřeby osob s mentálním postižením

K potřebám cílové skupiny je možné přistupovat z mnoha perspektiv. Matějček (2001) zastává názor, že neexistuje specifická psychologie postižených. Z této perspektivy je tedy spíše zapotřebí odvozovat, jak se obecně platné psychologické potřeby naplňují ve specifických podmínkách života člověka s postižením. Podle Matějčka (2001) patří mezi základní psychologické potřeby, jejichž naplnění umožňuje harmonický vývoj osobnosti, následující:

- Potřeba přiměřené stimulace.
- Potřeba smysluplného, srozumitelného světa.
- Potřeba životní jistoty a emočního nasycení ve vztazích.
- Potřeba pozitivní identity.
- Potřeba otevřené budoucnosti.

K naplnění těchto potřeb dochází podle Matějčka (2001) nejčastěji v rámci soužití v rodině.

Neuspokojení jakékoli potřeby může být pro lidi s mentálním postižením zátěžovou situací, na níž reagují obrannými reakcemi. Uspokojení všech potřeb v dostatečné míře však bývá velice obtížné, protože oni sami to nedovedou a okolí není vždy dostatečně citlivé. (Vágnerová, 2004)

Ke každému jedinci je třeba přistupovat individuálně, snažit se do maximální míry pochopit jeho potřeby a následně se je snažit co nejcitlivěji naplňovat.

V této kapitole jsem se zabývala problematikou osob s mentálním postižením. Vymezila jsem typy a popsala hlavní příčiny mentálního postižení. Dále jsem definovala projevy a potřeby osob s mentálním postižením. V následující kapitole se zaměřím na sexuální výchovu, lidskou sexualitu a význam rodiny v sexuální výchově. Neopomenu ani rizika sexuality u lidí s mentálním postižením.

2 Sexuální výchova a lidská sexualita

V následující kapitole se budu věnovat lidské sexualitě, jejímu vývoji, významu rodiny v sexuální výchově jedince, důležitosti sexuální výchovy, vztahu lidí s mentálním postižením k této oblasti a sexuálním rizikům. Tato témata jsou významná ve vztahu k dílčím cílům výzkumného šetření, neboť právě oblast sexuální výchovy a její vnímání ze strany klientů s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení je předmětem mého zkoumání.

2.1 Sexuální výchova

Prakticky od početí se člověk dostává do různých forem kontaktů. Prvně s mateřskou osobou. Záhy po narození se svými nejbližšími, s těmi, kteří o něho pečují a uspokojují jeho potřeby. Jedinec vyrůstá v rodině, setkává se s ostatními dospělými i dětmi a formuje se tím jeho vztah k ostatním. Po celou dobu jeho vývoje se rozvíjí také jedna z nejjintimnějších složek života, a to složka sexuality. (Štěrbová, 2007)

Důležité je také správně definovat a pochopit, co je sexuální výchova a sexuální osvěta. Sexuální výchova je realizována ve školním prostředí od útlého dětství. Patří sem základy anatomie, fyziologie, pohlavní dospělost a reprodukce. Sexuální výchova zahrnuje pohlavní výchovu, rodinnou výchovu, partnerskou, manželskou i rodičovskou. Jedná se o komplexní program sexuální výchovy. Sexuální osvěta se zaměřuje na problémy zneužívání, znásilnění, nechtěného otěhotnění a pohlavně přenosných nemocí. Osvěta se uskutečňuje u dospělých osob. (Výchova 1, 2010)

Samotná Světová zdravotnická organizace definuje sexuální výchovu poměrně široce a podle mého názoru se k ní dá bez jakýchkoliv problémů zařadit i sexuální osvěta. Na základě rozhovorů s klienty jsem si v praxi ověřila, že právě u této skupiny osob s lehkým mentálním postižením je z jejich strany i ze strany pracovníků vše, co se týká této problematiky, zahrnuto pod pojem sexuální výchova. Proto ve své práci používám pojem sexuální výchova, který pojímám jako hlavní nosné téma celé práce. K tomu mě nasměrovalo i studium odborné literatury, kde se u mnohých

autorů pojmy výchova a osvěta prolínají nebo jsou rozdíly mezi těmito odbornými pojmy nepatrné.

Charakteristika sexuální výchovy vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO):

"Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví."

(Výchova 2, 2010)

2.2 Sexuální výchova a její vývoj

Volná sexuální výchova začíná již v útlém dětství. První otázky přicházejí, když dítě zkoumá svoje tělo a s tím i svoje genitálie. Děti si hrají na doktora nebo si hrají společně níz ve vaně, dotýkají se druhých a rozpoznávají, co je jim příjemné a co nepříjemné. (Weikert, 2007)

Sexuální výchova začíná v rodině a pokud to nelze, tak tuto roli přebírají pracovníci v sociálních službách. (Štěrbová, 2007)

Toto je stejné jak u „zdravých“, tak i u osob s postižením. Každá z těchto skupin to má v některých oblastech jednodušší a v jiných obtížnější než skupina druhá.

Sexuální výchovu můžeme rozdělit do tří základních rovin:

- 1) Rovina vztahu, která představuje základní citové naladění jedince, jeho schopnost přijímat druhé, mít k nim důvěru, dávat něco ze sebe. Jednoduše mít rád.
- 2) Rovina vzoru, v níž jedinec přijímá model chování rodiny a těch, kteří jsou zdrojem jeho citové jistoty. Toto přijímání probíhá v identitě „ženskosti“ a „mužskosti“. Co schvalují, o čem dovolují mluvit a co zakazují.

3) Rovina poučení - zde jde o vědomosti, znalosti, techniky a praktiky.

Všechny tyto tři roviny jsou stejně důležité, a proto by měly být optimálně vyvážené a jako celek působit kompaktně.

Jedinci by si měli osvojit, že sexualita je věcí přirozenou, i když zároveň intimní součástí lidského života. O sexualitě by se mělo hovořit bez falešných zábran, ne však za všech okolností a s každým. (Štěrbová, 2007)

Působení a vliv sexuální a rodinné výchovy je ve velké míře propojen s výkonem sociální práce. Můžeme říci, že pracovník v sociálních službách a sociální pracovník je jediný člověk v životě klienta, který s ním dokáže efektivně komunikovat a podporovat ho v jeho právech a povinnostech. (Drábek, 2013)

Sociální pracovník doplňuje v této oblasti mnohdy všechny tři výše uvedené základní roviny sexuální výchovy a jeho role může být i klíčová.

Samotný sex je důležitou součástí lidského života. Vyjadřuje se jím radost a chuť do života. Zjišťuje tak duševní a fyzickou vyrovnanost a tím pádem je sexualita velmi důležitá pro vývoj osobnosti, zlepšuje vztah k lidem a rozvíjí schopnost lásky. (Weikert, 2007)

Sexualita a partnerský život má pozitivní vliv a významný podíl na zdraví člověka a životní pohodu. Sexuální vztahy jsou cenné pro většinu lidí a mají za následek šťastnější život. Sexualita je důležitou součástí i u lidí se zdravotním postižením. Jejich sexuální vztahy jsou odlišné jejich projevy, možnostmi a touhou každého z nich. Proto bychom měli u každého postiženého člověka podporovat snahu o jeho seberealizaci v této oblasti. (Weis, 2010)

Sexualita přispívá ke kvalitě života s postižením. Mezi základní prvky patří biologický základ, kulturní a vztahová hlediska. Všechny úrovně prožití sexuality jsou rovnocenné. Popření a potlačení sexuality mohou mít pro každého jedince velmi škodlivé a negativní následky, jako např. zabrzdění vývoje, zranitelnost vůči sexuálnímu násilí či zneužití, nechtěné těhotenství a jiné. (Bazalová, 2004)

Sexualita je pro osoby s mentálním postižením stejně důležitá a prospěšná jako pro většinovou populaci. Svět s prožíváním vlastní sexuality je živější, pestřejší a barevnější.

2.3 Význam rodiny v sexuální výchově jedince

Sociální pracovníci řeší s klienty řadu problémů, které souvisejí s lidskou sexualitou, jež je řízenou a nedílnou součástí každého lidského života. Zásadní význam má skutečnost, že klienti se zdravotním postižením se obracejí na sociálního pracovníka nebo jiné pomáhající profese s různými otázkami a problémy, které se týkají jejich intimního života. Až poté následují jejich nejbližší, rodina. (Drábek, 2013)

Většina lidí se shodne na tom, že sexuální výchova by měla být účinná a měla by klienta nejen poučovat, ale také ho povzbuzovat, pokud jde o vhodné postoje k sexualitě. Podobně to vnímám i já, a to i ve vztahu ke klientům. V oblasti sexuality je dobré a důležité postižené účinně a systematicky vzdělávat, podporovat jejich sexuální potřeby a věnovat tomuto problému dostatečnou a odbornou pozornost. Mnohdy tomu tak však v běžném životě není.

V podpoře partnerských vztahů a sexuálního života dospívajících lidí se zdravotním postižením mohou hrát zásadní roli jejich rodiče či nejbližší pečující osoby. Pro mnohé z rodičů je intimní život jejich potomků s postižením nepředstavitelný. Své dítě vedou k životu bez partnerství, rodičovství a mateřství. S tím samozřejmě souvisí nedostatečná sexuální výchova a péče o jejich soukromí, tzv. „skleníková výchova“. Mnoho rodičů není schopno akceptovat jejich sexuální projevy a vnímají je jako komplikaci. To má samozřejmě za následek, že se o sexualitě nehovoří a mohou jí tabuizovat. (Drábek, 2014)

Kozáková (2008) tvrdí, že pro mnohé rodiče postižených dětí je jejich intimní život nepředstavitelný. Většinou dospělí lidé s mentálním postižením uvádějí, že jejich rodiče nechápou, že i oni jsou dospělí a chtějí mít partnera.

Takové chování má dle mého názoru za následek vznik citové a sexuální frustrace. Rodiče postižených dětí často očekávají, že sexuální výchovu za ně vyřeší někdo jiný. Tím se myslí škola či sociální zařízení. Toto je ale jen mylná představa a role rodiny je zde nezastupitelná.

Jsou samozřejmě i tací rodiče, kteří se snaží být svým dětem v oblasti sexuality oporou. Avšak často jsou sami bezradní a neví, kam se v této citlivé sexuální oblasti obrátit o pomoc a radu. V současné době se celkový pohled na otázku sexuality osob s mentálním postižením v mnohém změnil. Dříve byly i nepatrné projevy sexuality potlačovány, sexuální výchova byla považována za nežádoucí, lidé se zdravotním postižením žili často v ústavech sociální péče, kde byli muži a ženy umístováni odděleně. (Kozáková, 2008)

I když se v průběhu času mnohé změnilo, musí lidé s postižením překonávat množství předsudků a bariér, pokud jde o jejich sexualitu. (Kozáková, 2008)

Mezi pracovníky sociální služby a rodiči postižených dětí by měla probíhat jasná a otevřená komunikace a tím samozřejmě kontrola vymezených kompetencí. Pracovníci si musejí stále uvědomovat, že sexualita je pro rodinu citlivým tématem a je tak žádoucí, aby respektovali případné kulturní normy a hodnoty, jež daná rodina uznává. (Drábek, 2014)

Matějček tvrdí „ *Nebojme se sexuální výchovy! Ale pamatujme, že začíná výchovou citovou a do ní také konec konců ústí.* “ (Matějček, 2000, s. 94)

V posledních dvaceti letech se v této oblasti mnohé změnilo, a to jak v odborných, tak laických kruzích. Ke zlepšení přispělo i zavedení chráněného bydlení, což jsem si mohla ověřit i v praxi.

2.4 Právo a sexualita

Právo na sexualitu má každý člověk, který je alespoň částečně schopen nést odpovědnost za své konání a problematice porozumět.

Sexualita je přirozenou součástí každého člověka bez ohledu na jeho stav a mentální zdraví. (Mitlöhner, 2009)

Tabuizovat, odsuzovat nebo snad znemožňovat sexualitu lidem ze zdravotním postižením, zvláště pak s mentálním postižením, je ze strany těch, kdo tak činí, protiprávní. Charta sexuálních a reprodukčních práv, která byla přijata ve Valencii, dopadá i na všechny lidi s mentálním postižením. Osoby s mentálním postižením nelze odsuzovat za jejich sexualitu a sexuální projevy, pokud nejsou pro společnost nebezpečné a nemají samy o sobě charakter trestného činu. V opačném případě je trestání mentálně postižených osob za projevy sexuality v rozporu s listinou základních lidských práv. (Mitlöhner, 2009)

Sexuální život s mentálním postižením se vyznačuje značnou individualitou. Ta samozřejmě souvisí s věkem, stupněm postižení a pohlavím jedince. Závisí i na specifických vlivech výchovného prostředí. Posouzení a hodnocení všech aspektů sexuality by tedy mělo brát v úvahu celý tento komplex okolností. Týká se to nejen problematiky plánování rodičovství. (Uzel, 2009)

Najít si partnera, uzavřít s ním manželství a založit rodinu patří mezi základní lidská práva. Podle mezinárodně platných dohod mají všichni jednotlivci a dvojice základní lidské právo svobodně se rozhodnout o počtu svých dětí. Mnohým osobám s mentálním postižením je toto právo odpíráno, avšak touha po vlastním dítěti bývá často romantická a může odrážet u lidí s mentálním postižením snahu osamostatnit se od rodičů a vychovatelů. Tím se snaží vymanit z jejich nadvlády. (Dobromysl, 2002)

Z mého pohledu patří do sexuálního života klientů nejen život partnerský, ale celkové uspokojování všech sexuálních potřeb s využitím dostupných prostředků a informací.

Vzhledem k výše zmíněné individualitě projevů u této skupiny spoluobčanů je nezbytné provádět sexuální výchovu. Snahou by neměla být restriktce, zákazy a omezování. Sexuální city, potřeby a tužby mentálně postižených by měly být respektovány, ale zároveň vhodným způsobem usměrňovány tak, aby nedocházelo

k jejich zdravotnímu poškození. V zájmu společnosti musíme uplatnit nejenom jejich zájmy, ale i společenská kritéria. (Uzel, 2009)

Hlavním cílem sexuální výchovy u osob s mentálním postižením je výchova antikoncepční. Výběr antikoncepční metody je individuální, a to podle stupně mentálního postižení. Kondom je těžko přijatelná metoda a dá se použít pouze u mužů s lehkým mentálním postižením. Největší uplatnění má ženská antikoncepce hormonální. Ženy s lehkým mentálním postižením mohou užívat hormonální tablety. Jsou v užívání pečlivé a dává jim to pocit důležitosti a samy si tak kontrolují svou plodnost. Nejvíce se však doporučuje nitroděložní tělíčko, injekční antikoncepce či podkožní implantát. (Uzel, 2009)

Všechny antikoncepční metody musí být užívány dobrovolně a musí být podávány za naprostého souhlasu uživatelky. To samozřejmě platí i o umělém přerušení těhotenství, které se řídí obecně platnými zákony. (Uzel, 2009)

Sexuální výchova je u lidí s postižením stejně důležitá jako u ostatních. Většinová společnost by měla být v této oblasti více otevřená a vnímavá k potřebám klientů.

2.5 Mentální postižení z hlediska právních norem

Stejně jako „morální a lidské“ právo je v této oblasti velice důležité i právo ve smyslu zákonů a norem, chart a deklarácí. Propojení práva a osob s mentálním postižením vyvolává celou řadu asociací. Na prvním místě se jedná o chápání práva jako systému záruk upravujícího postavení, ochranu v komplexu společensko-právních vztahů ke skupině osob s mentálním postižením.

Právní řády moderních demokracií se samozřejmě snaží postihovat oblasti, v nichž by rizikové skupiny lidí s mentálním postižením mohly utrpět újmu, a to ve snížené či odlišné rozumové vyspělosti. Právo za tímto účelem vstupuje jako systém záruk chránících zranitelnější účastníky právních vztahů. (Michalík, 2012)

Uvádím některé ze základních dokumentů, z nichž mohou vycházet protokoly o sexualitě. Je možné se opírat o všechna prohlášení, která naplňují základní lidská práva a svobody:

- Deklarace práv mentálně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 20. prosince 1971).
- Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (IPPF, 1995).
- Deklarace sexuálních práv (Valencie, Španělsko 20. 6. 1997).
- Všeobecná deklarace lidských práv (10. 12. 1948, Charta OSN).
- Evropská sociální charta (1961, Rada Evropy).
- Deklarace práv zdravotně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 1975).
- Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (28. října 1993, Valné shromáždění OSN).
- Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996). (Štěrbová, 2007)

Musíme si připomenout, že lidé s mentálním postižením jsou v uspokojování svých potřeb závislejší na okolí, avšak na druhé straně mají tendenci uspokojovat svoji potřebu neodkladně a bez zábran. Potřeba citové jistoty a bezpečí u mentálně postižených je velmi silná, a právě proto jsou velmi zranitelní a potřebují právní ochranu.(Vágnerová, 1999)

Právní systémy moderních demokracií se poměrně intenzivně zabývají právy osob s mentálním postižením a dbají na zabezpečení důstojného života těchto lidí i v této oblasti.

Trestní zákon v platném znění poskytuje rozsáhlou a dostatečnou ochranu v intimní sféře a tělesné integritě každého jedince, samozřejmě bez ohledu na jeho psychický a somatický stav. Mezi nejčastější trestné činy páchané na osobách s mentálním postižením patří:

- ✓ Znásilnění § 241 trestního zákoníku (uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředního násilí, zneužití bezbrannosti jiného).

- ✓ Omezování osobní svobody § 231 trestního zákoníku (svoboda lidského jedince ve smyslu volného pohybu).
- ✓ Zbavení osobní svobody § 232 trestního zákoníku (v porovnání s předchozím je trestní čin závažnější a intenzivnější).
- ✓ Vydírání § 235 trestního zákoníku (sexuální motivace, při nichž nedochází k uplatnění násilí, pohrůžky bezprostředního násilí či zneužití bezbrannosti).
- ✓ Útisk § 237 trestního zákoníku (nejméně společensky nebezpečný, objektem je svoboda rozhodování).
- ✓ Pohlavní zneužívání § 242 trestního zákoníku (mravní vývoj mládeže a její nedotknutelnost v pohlavní sféře).
- ✓ Pohlavní zneužívání § 243 trestního zákoníku (svoboda v rozhodování pohlavních vztazích).
- ✓ Soulož mezi příbuznými § 245 trestního zákoníku (morální zásada nedovolující pohlavní styk mezi příbuznými).

(Mitlöhner, 2009)

Každý člověk i s mentálním postižením má právo o svém sexuálním a reprodukčním životě rozhodovat sám a musí jednat s patřičným ohledem na práva ostatních. Musíme zdůraznit, že společnost je povinna zabezpečit osobám s mentálním postižením důstojný život. (Hloušek, 2009)

Pochopení zákonů ze strany osob s mentálním postižením je mnohdy problematické, nicméně je třeba jim v této oblasti pomoci a systematicky je vzdělávat tak, aby jejich právní povědomí bylo co nejširší.

2.6 Rizika spojená se sexualitou osob s mentálním postižením

U osob s mentálním postižením, stejně jako u většinové společnosti, existuje celá řada rizik spojených s jejich sexualitou, kterým je třeba při sexuální výchově věnovat pozornost.

U mentálně postižených jedinců je společným rysem rozpor mezi fyzickou vyspělostí a psychickou úrovní. Tito lidé nejsou schopni se o sebe postarat a poučit se z minulých zkušeností. Mentální postižení přirozeně představuje jinou psychickou kvalitu. Odlišnost však nemusí nutně znamenat mínus. (Velemínský, 2002)

Bazalová (2004) upozorňuje na velké sexuální riziko a problémy s ním spojené u osob s lehkým mentálním postižením jako je prostituce, promiskuita, pohlavní nemoci, sexuální zneužívání.

V naší společnosti je bohužel známé zvýšené riziko sexuálního zneužívání lidí s postižením. Lidé s mentálním postižením jsou pro útočníky z mnoha důvodů snadnou obětí. Tito lidé jsou velmi důvěřiví k ostatním lidem, jsou velmi nezkušení v mezilidských vztazích a se svou sexualitou si zpravidla neví rady. Nerozliší „kdo je na mne hodný a kdo mne má rád“. Sexuální zneužití bývá často spojováno s domácím násilím. Nejčastějším pachatelem je osoba, kterou oběť zná a které důvěřuje. Například členové rodiny, známí, osobní pečovatelé, zajišťovatelé dopravy. (Novosad, 2002)

Jako sexuální zneužívání můžeme označovat širokou škálu aktivit od mazlení, kdy dotyčný svou oběť osahává na intimních částech těla, hraje si s nimi nebo je naopak zraňuje. Nutí oběť, aby před ním dělala určité sexuální praktiky, orální sex až po samé znásilnění. (Uzel, 2009)

U osob s mentálním postižením je rizik spojených se sexualitou dokonce více než u zdravé populace. Proto jsou s těmito riziky seznamování a systematicky v této oblasti vzdělávání.

I když přes veškerá výchovná a informační opatření dojde k sexuálnímu napadení, samotná zkušenost je pro oběť celoživotním zraňujícím zážitkem, který se stává hendikepou v mezilidských vztazích. Citlivý přístup a volba podpory je velmi důležitá, aby se podařilo tento zážitek dobře ventilovat, vyšetřit a terapeuticky ošetřit. Velmi důležité je kontrolovat, aby tento proces nepřinesl oběti další nepříjemný zážitek, bolest a sociální vyloučení. (Štěrbová, 2007)

Rizika nejsou jenom psychická, citová, ale i zdravotní.

Velkým sexuálním rizikem je epidemie AIDS neboli syndrom získaného selhání imunity. Tato nemoc je způsobena virem HIV. Napadený člověk se může dlouho cítit i vypadat zdravě. Nakažený se nikdy infekce nezbaví. Tato nemoc je nevyléčitelná. Virus napadá T4 lymfocyty, tedy buňky, které jsou součástí imunitního systému. V důsledku jeho ztráty se tělo nedokáže bránit bakteriím. Pro lidi s virem HIV/AIDS, se nemoci jako plicní kandidóza nebo kaposiho sarkom stávají smrtelnými. Epidemie HIV nastala v 70 a 80. letech, kdy byli nakaženi milióny lidí a počty stále přibývají. Lidé s mentálním postižením se mohou stát lehkou obětí sexuálního zneužití a tím se smrtelnou chorobou nakazit. Proti této nemoci je velmi účinný kondom, ale pro takto postižené lidi je tato forma ochrany velmi složitá. V tomto případě nezbývá nic jiného nežli sexuální výchova týkající se bezpečného sexu a podpory vhodného chování. Nejvíce jsou ohroženi lidé žijící ve skupinkách, lidé žijící samostatně a lidé žijící v chráněném bydlení. V tomto případě platí bezpečný sex = žádný sex. Užívá se výraz „bezpečnější sex“. (Dobromysl, 2012)

Bezpečný sex snižuje riziko zdravotních komplikací a v neposlední řadě i problémy s nechtěným otěhotněním.

Otázka eventuálního rodičovství u osob s mentálním postižením je velmi otevřená a musíme každou individuálně posuzovat. Není-li reálná způsobilost mentálně postižené dvojce (rodičů) postarat se o potomstvo, musíme ji srozumitelně a reálně poučit. Je vhodné předejít otěhotnění spolehlivou ochranou, někdy i kastrací. Matky s lehkým a středně těžkým mentálním postižením jsou sociálně nenápadné, pro samotnou výchovu dětí nekompetentní a tím pádem vysoce rizikové. (Lenoráková, Matznerová, Velemínský, 2002)

V této kapitole jsem popsala pojem sexuální výchova a jeho vývoj. Zabývala jsem se významem rodiny v sexuální výchově, některými právními normami, které se týkají mentálně postižených a riziky spojených se sexualitou mentálně postižených. V následující kapitole se zaměřím na specifika chráněného bydlení a kompetence pracovníků v sociálních službách v oblasti sexuální výchovy klientů.

3 Chráněné bydlení jako pobytová služba pro osoby s mentálním postižením

V následující kapitole vysvětlím pojem chráněné bydlení jako pobytovou službu pro lidi s mentálním postižením z hlediska zákona. Popíši toto pobytové zařízení, přístupy a kompetence pracovníků v sociálních službách v oblasti sexuální výchovy klientů.

Ve vztahu k cílům výzkumného šetření je nezbytné se tímto zabývat, protože se jedná o kontext a prostředí, v němž informanti výzkumu žijí a v němž jsou naplňovány jejich potřeby v oblasti sexuality.

3.1 Chráněné bydlení z hlediska zákona o sociálních službách

Před rokem 1989 byly služby pro lidi s mentálním postižením omezeny na ústavy sociální péče. Tyto ústavy byly umístěny ve starých zámeckých objektech a jiných starých chátrajících budovách obvykle mimo veřejnost. Lidé s mentálním postižením byli rozdělováni podle pohlaví a věku. Ústavy byly přeplňovány a převládala zde kolektivní péče nerespektující soukromí a osobnost daného jedince. Na začátku devadesátých let se situace začala výrazně zlepšovat, neboť vznikaly nové služby, které měly charakter chráněného prostředí, jako jsou chráněné dílny, stacionáře. Provozovatelem nebyl jenom stát, ale vznikaly i nestátní neziskové organizace. Tyto organizace se snažily o smysluplné vyplnění volného času lidí s mentálním postižením. Po roce 1995 začaly některé organizace rozvíjet podporované zaměstnání a postupně vznikalo i chráněné bydlení. (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2010)

Postoje naší společnosti k ústavům sociální péče procházejí v posledních letech velkým vývojem. Ještě v 80. letech minulého století se převažoval názor, že člověk s mentálním postižením patří do ústavní péče. Tyto předsudky se tradovaly a byly často zdrojem nedorozumění i uvnitř rodiny, kde byl mentálně postižený člověk. (Švarcová, 2000)

Ještě po roce 1989 nebyla velká část společnosti připravena akceptovat, pochopit a přijmout skutečnost, že tito lidé existují, mají svá práva, potřeby i povinnosti. Proces integrace není zcela dokončen ani v dnešní době, ale lze konstatovat výrazné zlepšení situace.

I proto Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

§ 51

Chráněné bydlení

„**(1)** Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a)** Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.
- b)** Poskytnutí ubytování.
- c)** Pomoc při zajištění chodu domácnosti.
- d)** Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.
- e)** Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.
- f)** Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- g)** Sociálně terapeutické činnosti.
- h)** Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(Zákony, 2006)

Obsah služby je vymezen § 51 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006. Chráněné bydlení poskytuje ubytování, které umožní začlenění lidem s mentálním postižením do společnosti.

3.2 Chráněné bydlení

Velkému zájmu se v současné společnosti těší především chráněné bydlení. Jde o typ bydlení, kdy organizace poskytují uživatelům s postižením byty nebo domy s asistencí. Podpora asistence záleží na schopnostech uživatelů a době, jakou již tráví samostatně v chráněném bydlení. Někdy to bývá 24h, jindy pouze určitou dobu. Ze začátku je učí, jak hospodařit s penězi, pomáhají jim s úklidem, nákupem, vařením, oblékáním. Zprvu asistenti informují uživatele služby o jejich povinnostech a snaží se jim pomoci vytvořit plán, jak zvládnout běžný úklid bytu či společné prostory domu, co je potřeba uhradit apod. Asistenti spolu s uživateli připravují seznam věcí na nákup či rozpis služeb, podle kterého se klienti v domácích pracích střídají. Postupně připravují uživatele na to, aby dělali věci samostatně. Klienti v chráněném bydlení mají tímto způsobem zabezpečeno více soukromí a důstojnější podmínky pro bydlení. Ke klientům se přistupuje individuálně a pracuje se v menších skupinkách. (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2010)

I člověk, který je mentálně postižený, může žít v běžném prostředí, má-li k tomu vytvořeny základní podmínky. Dnes mohou tito lidé využívat nové formy bydlení jako je chráněné bydlení, bydlení s asistenční či pečovatelskou službou nebo bydlení ve vlastním samostatném domě.

Chráněné bydlení poskytuje klientům obnovení či udržení návyků a dovedností souvisejících s péčí o vlastní osobu. Je zde kladen důraz na důstojnost, jedinečnost a samostatnost každého klienta. Je to i místo určené pro sexuální výchovu osob s mentálním postižením.

Život v chráněném bydlení je vhodný právě pro lidi s mentálním postižením, kteří potřebují terapeutickou podporu, ale jinak jejich stav nevyžaduje ústavní péči s plným zaopatřením. Tato služba je v České republice poměrně mladá a rozvíjí se od roku 1989. Chráněná bydlení se zřizují v prostorách areálu ústavu či blízkém městě a

okolí. Byty či domy se zřizují ve spolupráci s městy a krajskými úřady a za podpory EU. U klientů, kteří využívají tuto službu, podporujeme soběstačnost při jejich zajištění základních životních služeb. (Matoušek, 2003)

Myslím si, že chráněné bydlení je pro mnohé lidi s mentálním postižením tou správnou cestou, jak se začlenit do společnosti a do maximální míry se i osamostatnit. Nicméně je třeba správně provádět výběr osob umísťovaných do tohoto bydlení a dbát také na jejich optimální skladbu v jednotlivých bytech.

3.3 Kompetence pracovníků v sociálních službách v oblasti sexuální výchovy klientů

Je nutné si uvědomit, že základním předpokladem pro poskytování podpory v sexuální oblasti je připravenost a rozhodnutí organizace zřizující sociální službu, její dostatečné zajištění pracovníky s potřebnými kompetencemi a jasným přístupem profesionálů. Aby organizace mohla s problematikou bezpečně zacházet a neublížila tak klientovi, je nutné ji pečlivě nastavit a ošetřit. Management musí jasně vymezit a veřejně pojmenovat, jak organizace problematiku vnímá a jak k ní přistupuje. (Drábek, 2013)

Domnívám se, že čím více je vedení jakékoliv organizace otevřené a vnímavé pro poskytování sexuální výchovy klientům a čím více dokáže pro tuto věc získat i ostatní pracovníky v přímé péči, tím lépe vše funguje a tím více může být klient v této oblasti vzděláván.

Je samozřejmé, že otevřenou podporu může poskytovat jen ten pracovník, který se v této oblasti cítí zcela bezpečný a nedělá mu potíže o sexuálním jednání srozumitelně a jasně hovořit. Je zřejmé, že ne každý může v této oblasti pracovat. Pracovník potřebuje přiměřené sebevědomí a musí být člověkem se vším všudy. Měl by být schopen komplexně a citlivě přistupovat k druhému a být pro druhého přirozeným vzorem. O tématu má pracovník mluvit velmi otevřeně, ale citlivě. Musí si uvědomit, že jeho odbornost někde končí. Zcela zásadní je v této problematice nehodnotící přístup a respekt k hodnotám druhých. (Drábek, 2013)

Pracovníky bychom mohli rozdělit do čtyř kategorií:

V první kategorii se pohybují všichni pracovníci, kteří respektují člověka s postižením jako osobu se sexuálními potřebami a adekvátně reagují na její touhy a potřeby. (Např. „*Ano, vidím, že chcete masturbovat. To je v pořádku, ale jděte do svého pokoje, na záchod...*“) (Eisner, 2013, s. 53) Zmíněné chování či přístup je často vnímán jako zcela normální a mnoho pracovníků jedná v tomto duchu zcela automaticky. Tito pracovníci chápou práci se sexualitou jako součást své profese. Pracovníci v přímé péči vytvářejí atmosféru nebo „ducha“, který je nezbytný pro to, aby se uživatel služby cítil bezpečně a důvěrně a mohl mít případně v této oblasti i své zakázky. (Eisner, 2013)

Do druhé kategorie patří pracovníci, kteří dokážou řešit konkrétní zakázku uživatele služby. Pracovník by neměl být do této pozice nucen, přestože tlak situace může přicházet z mnoha stran. Může ho vytvářet sám klient, samotní kolegové, vedení organizace nebo rodiče klienta. Zde by mělo jít o pracovníkovu svobodnou volbu, zda se chce problematice věnovat a na jaké úrovni. Ideální je, pokud na této pozici v organizaci pracují dva pracovníci, a to muž a žena. Klient by pak měl na výběr řešit svoji zakázku s mužem či ženou. (Eisner, 2013)

Vzhledem k mentálnímu postižení a oslabení smyslového vnímání je vhodné zpracování informací prostřednictvím pomůcek. Ideálními pomůckami jsou obrázkové karty, filmy, časopisy, fotografie a jiné. Důležité je nechat klientovi čas na překonání studu a seznámení klienta s určitou pomůckou. Pokud nemáme k dispozici žádnou pomůcku, nejsnazší řešení je papír, na který lze cokoli klientovi nakreslit. Čím názornější pomůcka, tím lépe, např. navlékání kondomu na vibrátor. (Eisner, 2013)

Ve třetí kategorii je práce s uživatelem formou sezení, povídání či používání pomůcek, a to fyzickou přítomností při samotném aktu. Např. při používání antikoncepce, při problémech s hygienou, nácviku masturbace apod. Práce se týká malého zlomku klientů a charakter této zakázky je většinou „technický“. Např. uživateli se nedaří masturbovat, přestože byl poučen pomocí všech dostupných pomůcek, viděl obrázky, film a zkusil si pohyby na vibrátoru, a tak je nutné, aby se

se názorně podíval, jak danou věc dělat. Problémy většinou souvisejí se špatnou motorikou, takže hrozí nebezpečí poranění pohlavních orgánů. Většina klientů má fyzické nebo kombinované postižení, případně těžké mentální postižení. Je logické, že pro práci na této úrovni platí velmi přísná pravidla. Samozřejmostí je, že na uživatele při aktu nikdy nesaháme. Možnost pracovníka končí detailním nakontraktováním poskytnutí podpory při svlékání, nastavení do určité polohy nebo pomocí s vytvořením vhodného prostředí či aplikace masturbační pomůcky. Nikdy se nesmíme stát přímým podmětem pro uspokojení klienta! (Eisner, 2013)

Čtvrtou kategorií tvoří služba, která je u nás zatím v plenkách a je jasně vymezená a pojmenovaná. Jedná se o asistovanou soulož. (Drábek, 2013)

Lidé s postižením využívají služby asistenta v „nastavení pozice“ při milování, případně jim asistent pomáhá s kopulačními pohyby. Klienti této služby jsou lidé, kteří nejsou s to akt provést sami. Asistent může pomáhat dvěma partnerům nebo jednotlivci, který používá masturbační pomůcku. Služba asistenta je kontrolovatelná jako jiné typy asistence a je pouze v organizaci, jejíž zaměstnanci dodržují předešlé tři kategorie. (Eisner, 2013)

Česko má od začátku listopadu 2015 prvních pět sexuálních asistentek, které budou duševně či tělesně handicapovaným lidem pomáhat pracovat s jejich sexualitou. Budoucí sexuální asistentky prošly různými školeními pod vedením organizací, kteří propagují a provozují sexuální asistenci v Německu a ve Švýcarsku. Poté dostalo pět sexuálních asistentek certifikát od organizace Rozkoš bez rizika, která je hlavním nositelem. Tato služba začne být provozována od ledna 2016. Sexuální asistentky učí handicapované si uvědomit rozdíl mezi mužem a ženou, říkat ne, hovořit o svých pocitech a pohlavním styku. Učí je používat sexuální pomůcky nebo navazovat partnerské vztahy. Snaží se pomáhat párům se začátkem intimního života, dostávají informace o antikoncepci, poskytují poradenství příbuzným. A co je nejzásadnější, ženy se mohou handicapovaných dotýkat a mít s nimi bezpečný sex.

Klient podle etického kodexu zaplatí za službu maximálně 1 200 Kč. Postupem času by se měli zaškolit i muži, neboť poptávka je i ze strany ženského pohlaví. A co je nejdůležitější, MPSV uvádí, že sexuální asistence není v rozporu se zákonem, ale

musí být splněno několik zásadních podmínek. Jednou z nich je, že žádná organizace nebude dělat prostředníka mezi sexuální asistentkou a klientem. (Rozkoš, 2015)

Všechny čtyři výše uvedené kategorie specialistů jsou velmi důležité a navzájem se doplňují a podporují s cílem pomoci klientovi se maximálně v oblasti sexuální výchovy orientovat, vzdělávat se a získávat ty správné odpovědi a podněty na svoje otázky. Je jen otázkou času, aby i čtvrtá kategorie vešla v podvědomí klientů a byla pro ně přínosná.

Shrnutí teoretické části

V teoretické části bakalářské práce jsem vymezila definici pojmu mentální postižení a vymezila jeho typy. Zabývala jsem se příčinami, projevy a potřebami osob s mentálním postižením, a to především ve vazbě na výzkumnou část bakalářské práce. Definovala jsem pojem sexuální výchova tak, jak ho používám ve své práci. Popsala jsem vývoj sexuální výchovy, úlohu rodiny a pracovníků v chráněném bydlení v sexuální výchově a s ní spojená práva a rizika se sexualitou u osob s mentálním postižením. Pokusila jsem se v maximální míře charakterizovat a osvětlit problematiku sexuální výchovy mentálně postižených v širším pohledu a také především ve vazbě na chráněné bydlení, které je jedním z fenoménů poslední doby při začleňování klientů s lehkým mentálním postižením mezi většinovou společnost. Také jsem popsala kompetence pracovníků v sociálních službách ve vztahu k sexuální výchově, protože od samého počátku zadání bakalářské práce se domnívám, že především tito lidé mají klíčovou roli v oblasti sexuální výchovy osob s mentálním postižením. V případě chráněného bydlení je role pracovníků dle mého názoru naprosto nezastupitelná. Do sexuálního života klientů patří nejen život partnerský, ale i celkové uspokojování všech sexuálních potřeb s využitím dostupných prostředků a informací. Teoretickou částí práce jsem se snažila vytvořit vhodnou základnu, abych byla následně schopná reálně zhodnotit úroveň vnímání sexuální výchovy ze strany klientů umístěných v chráněném bydlení.

Metodická část

4 Metodologické zakotvení výzkumných aktivit

V bakalářské práci se zaměřím na cílovou skupinu klientů s lehkým mentálním postižením, kde se budu prioritně zajímat a zkoumat téma důležitosti sexuální výchovy u osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Každý z klientů je něčím (především chováním a návyky) charakteristický a samozřejmě má různé osobnostní rysy. Dalo by se říci, že každý je něčím výjimečný. U velké části z nich se však také projevují určité společné znaky. Míra společných znaků je individuální podle druhu a hloubky postižení. (Švarcová, 2003)

V dalším textu popíši hlavní cíl a dílčí cíle mého výzkumného šetření, uvedu transformační tabulku a vybranou strategii výzkumu včetně techniky sběru informací. Budu charakterizovat výzkumný soubor a popíši možná rizika výzkumu.

4.1 Hlavní cíl a dílčí cíle

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zdůraznit důležitost sexuální výchovy u osob s mentálním postižením v chráněném bydlení.

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit, jak problematiku sexuální výchovy vnímají sami klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení.

Tento hlavní výzkumný cíl jsem rozdělila na tyto tři důležité oblasti. 1. Vnímání sexuální výchovy ze strany klientů a srozumitelnost sexuální výchovy. 2. Užívání a aplikace sexuální výchovy v praxi. 3. Přání a potřeby klientů na rozšíření sexuální výchovy. Každá z těchto důležitých oblastí je promítnuta do jednoho dílčího cíle.

Dílčí cíle:

DC 1 : Zjistit, jak klienti tuto výchovu vnímají a jak je pro ně srozumitelná.

Zde chci zjistit, co si klienti představují pod pojmy sex a sexuální výchova, jak informace v této oblasti získali a zda je to pro ně srozumitelné. Míru jejich porozumění zjistím dotazem na sexuální rizika, protože právě eliminace těchto rizik na minimum by měla být jedním z hlavních výstupů výchovy v této oblasti.

DC 2 : Zjistit, jak klienti výchovu v této oblasti užívají či aplikují v praxi.

V tomto dílčím cíli se zaměřím na praktickou aplikaci informací ze strany klientů v jejich sexuálním životě a na to, jak by případné nejasnosti či dotazy v oblasti sexuální výchovy získali.

DC 3 : Zjistit, jaké jsou přání a potřeby klientů na rozšíření výchovy.

V závěrečném dílčím cíli se zaměřím na dostatečnost poskytované sexuální výchovy a na dostupnost získání nových či doplňujících informací.

Tabulka č. 1 – Transformační tabulka cílů

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Výzkumná technika	Indikátory	Výzkumné otázky
HC: Zjistit, jak vnímají problematiku sexuální výchovy sami klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení	DC 1: Zjistit, jak klienti tuto výchovu vnímají a jak je pro ně srozumitelná	Polostrukturované rozhovory	Nabídka výchovy	Co vám říkají pojmy jako sex a sexuální výchova ? Hovoří s vámi někdo o tématech jako je sexualita?
			Míra porozumění problematice	Kde jste viděl obrázky nebo videonahrávky se sexuální tematikou? Může mít sexuální život nějaká rizika?
	DC 2: Zjistit, jak klienti výchovu v této oblasti užívají či aplikují v praxi		Aplikace v praxi	Využil jste někdy něco z toho, co jste se dozvěděl na téma sexualita ve svém životě a co to bylo? Jaký je váš současný sexuální život? S kým byste se šel poradit, kdybyste si v oblasti sexuální problematiky nevěděl rady?

	DC 3: Zjistit, jaké jsou přání a potřeby klientů na rozšíření výchovy		Potřeby klientů	Co dalšího byste potřeboval k danému tématu vědět a kdo by vám s tím mohl pomoci? Jak byste postupoval, kdybyste v této oblasti chtěl další informace?
--	---	--	-----------------	---

4.2 Kvalitativní výzkumná strategie a technika polostrukturovaného rozhovoru

Pro své výzkumné šetření jsem si vybrala **kvalitativní výzkum**. Dle Gavora (2010) se kvalitativní výzkumníci soustředí na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jejich myslí. Proto je nejlepším nástrojem zkoumání vlastní úsudek a zkušenosti výzkumníka. Hendl (2012) zase tvrdí, že síla kvalitativních metod spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádány a popisují každodenní život. Šaffříček a Šed'ová (2007) zase uvádějí, že techniky sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a zmapovat, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu.

Kvalitativní výzkum jsem zvolila z důvodu, že se zaměřuji na jednotlivce a malou cílovou zkoumanou skupinu. Potřebovala jsme zjistit, jak klienti chápou a interpretují zkoumanou problematiku a svět s ní spojený. Neměla jsem již předem v plánu vycházet ze statistik a technik spojených se statistikou, a to hlavně vzhledem k citlivosti a povaze tématu, kdy jsem chtěla zkoumat, jak je prováděna a používána v praxi sexuální výchova u mentálně postižených v chráněném bydlení.

Předpokládala jsem, že během výzkumu budu muset pružně reagovat na specifika jednotlivých klientů, být vůči nim otevřená a maximálně jim porozumět. Hlavní výhody kvalitativního výzkumu jsem spatřovala v získání podrobností a množství informací za krátký čas, možnosti přímo reagovat na danou situaci a také v možnosti využít jejich přirozeného prostředí přímo k výzkumu. Proto mi kvalitativní výzkum přišel nejvhodnější.

Jako nejvhodnější metodu pro sběr dat jsem zvolila **polostrukturované rozhovory**. Jakožto výzkumník jsem si předem připravila pouze základní osnovu rozhovoru, tj. otázky k jednotlivým dílčím cílům. Pořadí otázek u jednotlivých DC není neměnné, což mi zajistilo maximální flexibilitu během rozhovorů s klienty. Klientům pak tato technika umožnila větší prostor pro vyjádření subjektivních názorů, zároveň mi umožnila vyjasnit si vzniklá nedorozumění v průběhu rozhovoru a byl mi ponechán prostor jít více do hloubky, odkrývat nová a nepředpokládaná témata. Předpokládala jsem také lepší navázání kontaktu s klienty a v neposlední řadě upoutání a následné udržení jejich pozornosti u tématu rozhovoru. Chtěla jsem také využít toho, že během poměrně krátké doby získám touto technikou maximální rozsah informací, které potřebuji ke svému výzkumu a zamezím tak odchylování od tématu a zajistím maximální porozumění klientů mým otázkám. Samozřejmě jsem dopředu zohlednila specifika klientů a jejich poměrně malý počet. Vhodnost realizace polostrukturovaných rozhovorů mi potvrdila i vedoucí mé bakalářské práce a psycholog Domova sociálních služeb ve Slatiňanech, který je též konzultantem mé bakalářské práce.

Je to velmi vhodná technika, protože poskytuje volnost během rozhovoru a zároveň poskytuje možnost kontroly obsahu. Rozhovor vyžaduje vytváření osnovy. Během rozhovoru jsou pak kladeny doplňující otázky potřebné k ujasnění věci nebo doplnění podrobností. Celý rozhovor můžeme přizpůsobovat, měnit pořadí otázek tak, aby rozhovor působil co nejpřirozeněji a vyhovoval oběma komunikačním partnerům. (Hendl, 2012)

4.3 Výběr souboru informantů

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala klienty s lehkým mentálním postižením, kteří spadají pod Domov sociálních služeb ve Slatiňanech (dále jen Dss Slatiňany) u Chrudimi. Žijí v chráněném bydlení nedaleko mého bydliště. Někteří bydlí v bytovém domě „Na Špici“ v Chrudimi, a to v bytě 4kk, kde má každý klient svůj vlastní účelně a vkusně zařízený pokoj. V pokoji mají lůžko na spaní, noční stolek, šatní skříň, stůl a židli. Každý pokoj je vybaven televizí a přípojkou na internet. Dále mají společnou kuchyň a sociální zařízení. Další žijí v tzv. „Slunečním domě“ ve Slatiňanech. Jedná se o třípodlažní objekt se čtyřmi garsoniérami. Každá garsoniéra má vlastní vchod, kuchyň a sociální zařízení. V bytě bydlí po dvou a také zde každý z nich má svůj kompletně zařízený pokoj.

Původně jsem se mylně domnívala, že si budu moci vybrat z více klientů a zvažovala jsem, jaká kritéria volit pro jejich výběr. Po konzultaci s psychologem Dss Slatiňany jsme vybrali osm klientů ve věku 20 – 40 let, kteří žijí v jednom bytě a jednom domě. Jednalo se o skupiny, které byly díky delšímu společnému soužití v chráněném bydlení dostatečně stabilizovány a připraveni k uskutečnění rozhovorů a zároveň byli ochotni a schopni se se mnou na dané téma bavit. Při jejich výběru byl proto kladen důraz na komunikační schopnosti klientů a ochotu spolupracovat. Společným prvkem vzorku informantů bylo lehké mentální postižení. Každý klient byl předem osloven a upozorněn pracovníkem na to, že s nimi bude realizován rozhovor na téma sexuální výchova. Na předem domluvené schůzce byli klienti informováni o průběhu rozhovoru a ujištěni, že všechny informace budou zpracovány anonymně. Klienti s průběhem a podmínkami rozhovoru souhlasili.

Klienti těchto zařízení se mohou zcela samostatně pohybovat po městě a zařizovat si sami nebo s pomocí pracovníků vše, co potřebují k běžnému životu. Všichni chodí do zaměstnání a navštěvují různé sportovní a kulturní akce. Klienti se musí v maximální míře sami o sebe postarat. Pracovníci v přímé péči a jejich klíčoví pracovníci jim pomáhají a podporují je a snaží se rozvíjet jejich pracovní návyky.

U klientů v chráněném bydlení je v maximální míře respektováno soukromí a klient přebírá osobní zodpovědnost za své činy a chování. Cílem služby je maximální podpora klienta, aby si získal a upevnil dovednosti, samostatně se rozvíjel a v neposlední řadě bezpečně a kvalitně bydlel. Také se snaží, aby klienti trávili smysluplně svůj volný čas a využívali všechny potřebné služby, jež se jim nabízejí a jež se nacházejí v regionu. Sexuální výchova probíhá nejen přímo v chráněném bydlení, ale klienti docházejí také na společná sezení a přednášky do Dss Slatiňany. Individuálně dle svých potřeb mohou také využít služeb psychologa v Dss či je může psycholog navštívit přímo v chráněném bydlení.

4.4 Průběh výzkumných aktivit

Před samotným výzkumem jsem provedla takzvaný **předvýzkum**, což byl testovací rozhovor s klientem přímo v chráněném bydlení. Cílem bylo, abych zjistila v praxi, zda klienti budou schopni odpovídat na otázky a zda jim otázky budou dostatečně srozumitelné. Otázky byly zachovány, někdy kladeny v jiném pořadí a byly více či méně rozvedeny. Cílem předvýzkumu bylo také, abych si i já rozhovor tzv. nanečisto vyzkoušela.

Průběh rozhovorů. Rozhovory probíhaly na pokojích klientů. Nejdůležitější na tom bylo, že rozhovory byly uskutečněny ve známém prostředí klientů, což v klientech vyvovalo pocit uvolnění a bezpečí. Před zahájením rozhovoru byl klient obeznámen a souhlasil s nahráváním rozhovoru na diktafon. Na začátku každého rozhovoru byla snaha o navázání přátelského rozhovoru a uvolněné atmosféry. Cílem bylo se u každého klienta co nejvíce přiblížit přirozené konverzaci. To způsobilo, že byly některé otázky kladeny v jiném pořadí a více či méně rozvedeny. Samotný průběh rozhovorů mne potvrdil můj předpoklad, že bude nejlepší použít polostrukturované rozhovory. Některé rozhovory zahrnují neslušné výrazy, ale z hlediska autenticity byly zachovány.

Výzkum související s bakalářskou prací jsem zahájila v lednu 2015 shromažďováním a studiem odborné literatury k danému tématu. Po dobu celé práce jsem získané informace upravovala a doplňovala dle potřeby tak, že jsem získala dostatečnou

teoretickou základnu pro tuto práci. Následně jsem v 7/2015 začala sepsovat teoretickou část bakalářské práce a tu také průběžně modifikovala dle konzultací s psychologem Dss a především s vedoucí mojí práce. 9/2015 jsem začala formulovat DC a tvořit otázky k DC, které doznaly stávající podoby 11/2016 a mohl proběhnout testovací rozhovor. Od 12/2015 do 1/2016 jsem realizovala polostrukturované rozhovory s klienty. Od 1-3/2016 jsem pracovala na přepisu rozhovorů, výzkumné části a vše průběžně konzultovala s vedoucí bakalářské práce.

4.5 Rizika výzkumu

Velké riziko výzkumu bylo obsaženo již v samotné charakteristice informantů, kterými byla skupina klientů s lehkým mentálním postižením žijících v chráněném bydlení. Formu a průběh rozhovorů bylo třeba přizpůsobit této skutečnosti. Ani díky pečlivé přípravě jsem si však nemohla být jistá hladkým průběhem polostrukturovaných rozhovorů.

Další rizika svého výzkumného šetření jsem spatřovala především ve skutečnosti, že klienti v chráněném bydlení fungují do určité míry jako uzavřená skupina či téměř jako rodina, a to včetně pracovníků v přímé péči. Pro většinu klientů jsem z počátku byla úplně cizí člověk a museli postupně překonat svoji nedůvěru, ostych, ba někdy až stud vůči mojí „cizí“ osobě. Výhodou bylo, že jsem v chráněném bydlení byla i na praxi, a tak mě alespoň trochu znali z minulosti. Na rozhovory s jednotlivými klienty jsem měla poměrně dost času, a to bylo naopak výhodou, protože mnozí klienti se díky tomu rozhovořili. Bylo také zřejmé, že někteří klienti, kteří byli na rozhovorech později, již patrně získali dílčí informace o tom, co „se bude dít“ a díky tomu u mě mnozí budili dojem lepších znalostí či „připravenosti“. To však mohlo být i nevýhodou, protože mohli sdílet či přejímat názory klientů, s nimiž jsem již hovořila. Jako jednoznačné riziko jsem zpočátku vnímala značnou citlivost tématu rozhovoru, kde jsem v daleko větší míře, než se následně prokázalo, předpokládala stud a zábrany klientů o tématu hovořit.

Výzkumná část

5 Interpretace zjištěných informací

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo: Zjistit, jak vnímají problematiku sexuální výchovy klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení. Pro tento výzkum jsem zvolila formu polostrukturovaných rozhovorů s osmi klienty, které označuji R1-R8. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány. Jeden rozhovor je přílohou tohoto textu a ostatní jsou uloženy v mém osobním archivu. Délka jednoho rozhovoru byla cca 45 minut. Rozhovory probíhaly v chráněném bydlení, tedy „u nich doma“. Z jednotlivých rozhovorů jsem se následně snažila sumarizovat výstupy tak, abych naplnila DC svojí práce a zároveň, aby alespoň některé moje výstupy mohly být použity v praxi při sexuální výchově v domově, především potom v podmínkách chráněného bydlení.

V rámci interpretací jsem využila metodu otevřeného kódování. *“Odhaluje v datech určitá témata. Tato fáze vede k seznamu témat, jenž pomáhá výzkumníkovi vidět témata v celku a stimuluje ho při hledání dalších témat. Výzkumník tento seznam postupně třídí a organizuje, kombinuje a doplňuje v další analýze.”* (Hendl, 2012, s. 247)

Interpretace zjištěných skutečností provádím v následujících podkapitolách postupně, vždy v návaznosti na jednotlivé dílčí cíle. Texty psané kurzívou v uvozovkách jsou doslovnými citacemi informantů.

5.1 DC 1: Zjistit, jak klienti tuto výchovu vnímají a jak je pro ně srozumitelná.

V tomto dílčím cíli jsem chtěla zjistit, co si klienti představují pod pojmy sex a sexuální výchova, jak informace v této oblasti získali a zda je toto téma pro ně

srozumitelné. Úroveň chápání a porozumění výchovy pro klienty jsem zjišťovala pomocí sady čtyř základních otázek, které měly dle specifik rozhovorů s jednotlivými klienty ještě různé podotázky, které jsem volila dle vývoje rozhovoru, aktuální atmosféry a vzájemného porozumění s klientem za účelem maximálního (ale citlivého) získání informací, jak vnímají sexuální výchovu jako celek.

Základní sada otázek byla: Co vám říkají pojmy jako sex a sexuální výchova? Hovoří s vámi někdo o tématech jako je sexualita? Kde jste viděl obrázky nebo videonahrávky se sexuální tematikou? Může mít sexuální život nějaká rizika?

Většina klientů na otázku „Co vám říkají pojmy jako sex a sexuální výchova?“ reagovala primárně na pojem sex, a to poměrně podobnými projevy jako například K1 „*Jo vím, to je když to dva spolu dělaj*“ Na toto reagovali všichni téměř okamžitě a také poměrně spontánně a bylo dobře vidět, že zde hodně přesně vědí „o co tady jde“. Horší to už bylo s odpověďmi na sexuální výchovu, kde mnozí z počátku poměrně tápali a dočkala jsem se mnohdy odpovědi typu K1 „*Nevím.*“, K2 „*Chyběl jsem ve škole.*“ nebo vyhybavého K6 „*Jednou nám něco říkali.*“. Doplnujícími otázkami jsem se dozvěděla, že mají širší povědomí o sexuální výchově a že například vědí, jaký je rozdíl mezi pohlavími, že viděli instruktážní film a vědí, jak používat kondom. Poměrně slušné informace měli o nutnosti dobrovolnosti sexu K3 „*Hlavně že nemusíme, když nechceme.*“, hygieně a nutnosti intimity.

Většina klientů dokázala ihned konkrétně odpovědět na otázku „Hovoří s vámi někdo o tématech jako je sexualita?“ a zbytek klientů si po doplňující otázce vzpomněl také. Jmenovali konkrétní osoby, s nimiž na téma sexuality hovořili jako například: K1 „*Jednou nám paní Andrejka (psycholožka) povídala o těch věcech*“, K4 „*To jo, občas psycholog anebo s klukama*“. Jen jeden klient odmítal na toto téma hovořit, a to z důvodu víry v boha K8 „*Je to hřích, nechci nic slyšet*“, což bylo nutno respektovat a přejít na jinou otázku.

Na otázku „Kde jste viděl obrázky nebo videonahrávky se sexuální tematikou?“ jsem dostala také poměrně rychlé a konkrétní odpovědi typu K2 „*Viděli jsme to v televizi*“, K4 „*Mám časopisy, občas se dívám na počítač*“. Zde bylo patrné, že se o toto téma zajímají sami od sebe a chtějí se dozvědět i něco nového a také, že

informace o materiálech mezi sebou navzájem sdílejí. Větší snahu o „sebevzdělání“ projevovali muži.

Na poslední otázku DC 1. klienti odpovídali velmi srozumitelně a otevřeně. Klienti velmi dobře vědí, že rizika existují, orientují se v základních pojmech i v partnerských vztazích. V popředí podvědomí mají téměř všichni možnost hrozby sexuálního zneužívání, znásilnění, pohlavní nemoci či rizika otěhotnění. Na otázku „Může mít sexuální život nějaká rizika?“ zněla odpověď K7 *„Může mě někdo znásilnit, můžu být nemocná.“* Jiný klient odpověděl K4 *„Pohlavní nemoc HIV jinak řečeno AIDS.“* Na doplňující otázku, kdy můžete chytit AIDS, odpověděl. K4 *„No, když je nechráněný sex, když nepoužiju kondom“.*

Z odpovědí na výzkumné otázky DC1 byl téměř u všech klientů evidentní strach a nedůvěra k cizím, a tím pádem i zlým a nebezpečným lidem. Nebylo to spojeno jen s riziky, což je zajímavé. Myslím si, že je to především tím, že jsou na toto riziko průběžně upozorňováni, a to nejen v souvislosti se sexuální výchovou. U mnohých to může být a u některých i je reálná negativní životní zkušenost sexuálního, ale i nesexuálního charakteru. Klienti se v problematice související s DC1 orientovali poměrně dobře. Některé jejich znalosti byly podrobnější a dobře zažité – dokázali reagovat správně, samostatně a téměř ihned. Jiné měly uloženy „hlouběji“ v paměti, ale většinou po položení doplňující otázky se jim některé fragmenty správné odpovědi vybavily a díky tomu ve finále reagovali přiměřeně. Hodně je zajímavá přímo problematika související s reálným sexem a vztahy, ale neupozaďují ani rizika nemocí či především vnějšího lidského faktoru. Většina z klientů věděla, že s nimi o problematice bylo hovořeno a věděli, s kým o tom hovořili nebo kde informace slyšeli. Pamatovali si také, kde a jak se k nim informace dostaly. Jako informační kanály na doplnění a rozšíření již získaných informací využívají nejčastěji internet, televizi, časopisy, ale i osobní kontakty mezi klienty. Většina z nich nemá problém se informovat ani u personálu domova. Prvotní informace k této problematice však získali od pracovníků Dss, především potom od psychologů, pracovníků v přímé péči a na přednáškách k tomuto tématu.

Shrnutí DC 1

Zjistila jsem, že klienti v oblasti vnímání sexuální výchovy mají zcela konkrétní znalosti. Tyto znalosti jsou individuální u každého klienta, nicméně každý z informantů dokázal během rozhovoru poměrně adekvátně na otázky reagovat rovnou či po položení doplňujících otázek. Bylo patrné, že je zajímá více „praktická“ aplikace v reálném životě, ale že se nebrání ani dalšímu vzdělávání v této oblasti. Jsou si vědomi, že výchova probíhala pomocí besed, promítání i praktických ukázek s didaktickými pomůckami.

Prostřednictvím dílčího cíle jedna jsem zjistila a zmapovala, co si klienti představují pod pojmy sex a sexuální výchova, a zda si pamatují jak tyto informace nabyli. Dále jsem zjistila, že si umějí další informace získat sami či komunikovat s pracovníky Dss Slatiňany.

5.2 DC 2: Zjistit, jak klienti výchovu v této oblasti užívají či aplikují v praxi.

V tomto dílčím cíli jsem se zaměřila na praktickou stránku, tedy na to, jak klienti aplikují informace v jejich sexuálním a partnerském životě. Zjišťovala jsem také, jaké případné nejasnosti či dotazy v oblasti sexuální výchovy mají a jak by postupovali v případě, že by si v této problematice nevěděli rady. Způsob a míru aplikace získaných a osvojených informací v praxi jsem zjišťovala pomocí sady následujících otázek: Využil jste někdy něco z toho, co jste se dozvěděl na téma sexualita ve svém životě a co to bylo? Jaký je váš současný sexuální život? S kým by jste se šel poradit, kdyby jste si v oblasti sexuální problematiky nevěděli rady?

Všichni klienti na otázku „Využil jste někdy něco z toho, co jste se dozvěděl na téma sexualita ve svém životě a co to bylo?“ dokázali jednoznačně a poměrně samostatně definovat některé znalosti, které již v minulosti aplikovali přímo v praxi anebo je dodržují. K7 „*Jó jsem operovaná, protože nechci mít děti.*“, K5 „*Když nechci, nemusím to dělat.*“, K5 „*Kluci maj mít „šprcku.*“ Během rozhovorů bylo patrné, že

klienti mnohé teoretické informace v praktickém životě aktivně využívají a že přemýšlejí nad možnými dopady neodpovědného či nesprávného chování.

Klienti ve svých odpovědích na otázku „Jaký je Váš současný sexuální život?“ byli poměrně hodně otevření a sdílní, protože již došlo k vytvoření vzájemné důvěry a bylo i vidět, že mnohé z nich rozhovor zajímá a baví. Tato otázka by se mohla na první pohled zdát hodně „na tělo“ a její znění jsem konzultovala s psychologem domova, který se podobně jako já domníval, že klienti s touto otázkou nebudou mít problém, že pro ně bude dobře uchopitelná a já naopak získám potřebné informace. Většina z nich má stálého partnera a reagovali K7 „*Mám kluka, bydlíme tady spolu.*“, K4 „*Ted' mám jednu holku. S další se chystám chodit.*“, K4 „*Ted' žádnou holku nemám, ale budu mít.*“ Někteří z klientů se vyslovili ve smyslu jednoznačné monogamie a dlouhodobosti vztahu, ale mnozí naznačovali, že monogamie není to nejdůležitější. Otázkou ovšem zůstává pravdivost a relevantnost jejich odpovědí, (podobně tomu však je u většiny podobných průzkumů). Během své praxe jsem však měla možnost vysledovat, že mnozí z nich mají reálný vztah anebo i jen sex. To dokazují výroky typu: K5 „*Jsem na něj našťavaná a jdu za jiným, který to chce se mnou dělat.*“, K1 „*Mám holku. Když nechce, tak mám jinou anebo jsem sám.*“

I s další odpovědí na otázku „S kým byste se šel poradit, kdybyste si v oblasti sexuální problematiky nevěděl rady?“ neměla většina klientů téměř žádný problém jasně definovat, jak by v dané situaci postupovali. Bylo patrné, že si již v minulosti dokázali poradit a informace sehnat. V odpovědích zcela jasně vítězila varianta doptání se u lidí z řad pracovníků v přímé péči či psychologa a bylo zde velmi patrné, že těmto lidem velice důvěřují, a to nejenom v této problematice. K5 „*Jdu tady za Alenou.*“, K2 „*Jardovi, ten mi vždycky poradí.*“. Mnozí by věc „konzultovali“ se svými kamarády, naopak někteří jedinci tuto možnost sami odmítli: K8 „*Za kamarádama ne, ty by se mě smáli.*“, K8 „*Jdu se vyzpovídat kněz mi poradí.*“

V odpovědích na otázky z DC2 bylo již na většině klientů patrné, že byli více otevření a sdílní. Na většinu otázek reagovali samostatně. Dle mého názoru lze velmi pozitivně hodnotit jejich povědomí a praktické aplikování informací a poznatků

v jejich sexuálním životě. I v DC2 se objevily obavy z cizích lidí K3 „*Používám kondom a dávám si pozor na zlé a cizí lidi.*“, ale také nemoci. Někteří opakovaně vyslovili i nutnost dobrovolnosti pohlavního styku K7 „*A taky, že můžu říct, co mám ráda a co už dělat nechci. Že mě to bolí. A nechci to už dělat.*“ Klienti vědí, s kým se mají jít v případě nejasností v oblasti sexuální tematiky poradit. Velmi pozitivně v DC2 hodnotím důvěru klientů k pracovníkům v přímé péči či k psychologovi, neboť toto by byla jejich nejčastější volba, kam se obrátit pro radu. Navíc bylo zcela zřejmé, že mnozí z nich již takto v minulosti postupovali K8 „*Tady tety (myslí pracovnice v přímé péči), byl jsem za nima.*“, K6 „*Za Jardou (pracovník v přímé péči) anebo psychologem, ty mám rád.*“ Dobré může být, že se klienti o této problematice baví i mezi sebou. K6 „*S klukama. Ty mi už radili.*“

Pro člověka neznalého situace chráněného bydlení by se sdílení informací mezi klienty mohlo zdát až absurdní, nicméně z rozhovorů i mojí praxe v chráněném bydlení mohu konstatovat, že právě v této oblasti mě osobně přijde jejich „spolupráce“ velice reálná a pravděpodobně i prospěšná. Klienti vědí díky sexuální výchově mnoho užitečných informací pro svůj život, dovedou je aplikovat v praxi a také vědí, co je a není správné. Vědí, že mají být zodpovědní a díky správné výchově a správné komunikaci mezi klienty a zaměstnanci domova lze minimalizovat nezodpovědné či dokonce protiprávní jednání klientů na minimum. Důležité je, že klienti nepožadovali, aby za ně někdo převzal odpovědnost za jejich chování v oblasti spojené se sexuální výchovou a míra jejich samostatnosti a informovanosti v této oblasti byla na poměrně slušné úrovni. Své znalosti dokáží aplikovat v praxi.

Shrnutí DC 2

Ze strany klientů je mnohé ze sexuální výchovy praktikováno v jejich reálném sexuálním a partnerském životě. Samozřejmě mají v této oblasti také určité nejasnosti a dotazy, ale většinou vědí, jak postupovat v případě svých dotazů tak, aby získali chybějící informace. Klienti jsou sexuálně aktivní, někteří z nich uvádí, že mají stálého partnera. Na většinu otázek reagovali poměrně samostatně. Dobře také věděli, na koho z personálu Dss se mohou obrátit v případě nejasností, problémů či dotazů.

5.3 DC3: Zjistit, jaká jsou přání a potřeby klientů na rozšíření výchovy.

V závěrečném dílčím cíli jsem se zaměřila na dostatečnost poskytované sexuální výchovy a na dostupnost získání nových či doplňujících informací. V tomto dílčím cíli jsem použila sadu „pouze“ dvou otázek, a to: Co dalšího byste potřeboval k danému tématu vědět a kdo by vám s tím mohl pomoci? Jak byste postupoval, kdybyste v této oblasti chtěl další informace?

Klienti při odpovědích na otázky v DC 3 již nebyli tak sdílní jako u otázek v DC2. Někteří se i více styděli a domnívám se, že u mnohých již hrála poměrně významnou úlohu i délka řízeného rozhovoru, protože působili unaveně a nesoustředěně. Zde jsem si vyzkoušela v praxi, že u mentálně postižených klientů je poměrně těžké udržet delší dobu pozornost a vnímavost. Během polostrukturovaných rozhovorů, které trvaly „jenom“ 45 minut, bylo s přibývajícím časem patrné, jak jsou klienti stále více roztěkaní a tím pádem méně vstřícní ke spolupráci.

Klienti na otázku „Co dalšího byste potřeboval k danému tématu vědět a kdo by vám s tím mohl pomoci?“ neměli většinou zpočátku konkrétní představu, co ještě by chtěli vědět a také, koho by se zeptali. Mnozí zpočátku uváděli, že vše vědí a nechťejí se na toto ptát. K1 „*Nevím, všechno vím.*“ K7 „*Stydím se, nerad se ptám.*“ K3 „*Zrovna mě nic nenapadá. No kdybych si chtěl někoho sem pozvat na celou noc.*“ Doplňujícími otázkami jsem se následně dozvěděla, že by se především ptali pracovníků v přímé péči a že jejich otázky by směřovaly k nákupu prezervativů či počtu partnerek, které může mít klient najednou. K2 „*No, šel jsem se zeptat Jarďy, kde mám koupit ty no „šprcky“.*“, K1 „*Jdu za Trňákovou nebo za Hurtovou, třeba i za Kubínem. Nevadí mi se zeptat.*“ K8 „*Šel bych se vyzpovídat. Zeptal bych se kněze, aby to nebyl hřích.*“

Na otázku „Jak byste postupoval, kdybyste v této oblasti chtěl další informace?“ uváděli kromě dotazování pracovníků v přímé péči i možnost dotazání spolubydlících. Jako potencionální zdroj dalších informací mnozí uváděli internet a televizi. K2 „*Koukám na televizi.*“, K4 „*Najdu si to na internetu.*“, K5 „*Zeptám se*

někoho, to mi nevadí. Jo a kluci toho ví taky dost.“ K8 „Šel bych se vyzpovídat. Zeptal bych se kněze, aby to nebyl hřích.“ K3 „Asi pudu za Jardou. Nebo si to najdu na internet.“

Při odpovědích klientů na otázky v DC3 mnohdy již nepomáhaly k rozvíjení rozhovoru ani doplňující otázky a klienti se velmi často ve svých odpovědích opakovali. Nicméně i přes tuto skutečnost bylo patrné, že pro ně nejsou všechna témata sexuální výchovy zcela jasná a že mají teoretické i praktické otázky, na něž chtějí a potřebují znát odpovědi. Bylo také patrné, že vědí, jak se k informacím samostatně či zprostředkovaně dopracovat a že jejich odpovědi byly mnohdy založeny na předchozích zkušenostech z takového dotazování či získávání informací. Vzhledem k délce rozhovoru měli již klienti problém s udržení pozornosti. Myslím si, že i pro jedince z většinové společnosti je těžké, pokud jde o toto téma, otevřeně definovat, co ještě by chtěl vědět a jak by si v dané situaci poradil. Mohl zde hrát jistou roli i stud z nevědění a pozice „vím všechno“ byla jen jakousi maskou či pózou a nejjednodušším řešením, jak celou věc elegantně vyřešit. Samozřejmě zde sehrála poměrně výraznou úlohu rychlost jejich myšlení a reakcí.

Shrnutí DC 3

Klienti mají v oblasti sexuální výchovy potřeby a přání získávat další a nové informace, protože ne vše je jim jasné a nebo dostatečně zažité. Vědí, jak postupovat, aby informace získali. Tato část výzkumu byla nejproblematičtější, protože mnozí klienti již byli netrpěliví a unavení. Tím pádem již nebyli tolik sdílní a otevření. Svou nemalou úlohu v této závěrečné části sehrál u některých rozhovorů stud i vlastní délka nutnosti klientů soustředit se na dané téma.

Shrnutí výzkumné části

Prostřednictvím dílčího cíle jedna jsem chtěla zjistit a zmapovat, co si klienti představují pod pojmy sex a sexuální výchova, jak informace v této oblasti získali a zda je toto téma pro ně srozumitelné. Úroveň jejich chápání a porozumění problematice jsem zjišťovala pomocí sady čtyř základních otázek, které měly dle

specifik rozhovorů s jednotlivými klienty ještě různé podotázky, které jsem volila dle vývoje rozhovoru, aktuální atmosféry a vzájemného porozumění s klientem za účelem maximálního (ale citlivého) získání jeho znalostí v této oblasti. Zjistila jsem, že klienti v této oblasti mají zcela konkrétní znalosti, co je pojem sex a že mají poměrně dosti znalostí ze sexuální výchovy, která probíhá v Domově sociálních služeb Slatiňany. Bylo patrné, že je zajímá více „praktická“ aplikace v reálném životě, ale že se nebrání ani dalšímu vzdělávání v této oblasti. Jsou si vědomi, že výchova probíhala pomocí besed, promítání i praktických ukázek s didaktickými pomůckami. Osvojili si dobře také některé znalosti v oblasti rizik sexuálního života, které jsou též schopni reprodukovat.

V dílčím cíli dva jsem se zaměřila na praktickou aplikaci informací ze strany klientů v jejich sexuálním a partnerském životě. Zjišťovala jsem také, jaké případné nejasnosti či dotazy v oblasti sexuální výchovy mají a jak by postupovali v případě, že by si v této problematice nevěděli rady. Klienti jsou sexuálně aktivní, někteří z nich uvádí, že mají stálého partnera a teoretické zkušenosti nabyté v domově i jinde jsou poměrně dobře schopni aplikovat i v praxi. V této části řízeného rozhovoru byli nejvíce uvolnění a sdílní. Na většinu otázek reagovali samostatně. Dobře také věděli, na koho se mohou obrátit v případě nejasností, problémů či dotazů. Vědí si prostě rady podobně jako tomu je u většinové společnosti.

V závěrečném třetím dílčím cíli jsem se zaměřila na přání a potřeby rozšíření výchovy ze strany klientů a na dostatečnost poskytované sexuální výchovy včetně dostupnosti získání nových či doplňujících informací ze strany klientů. Tato část byla nejproblematictější, protože mnozí klienti již byli netrpěliví a unavení. Tím pádem již nebyli tolik sdílní a otevření. Nicméně i zde jsem zjistila, že klienti v této oblasti rozhodně mají potřebu získávání dalších informací. Ne vše je jim jasné a ne vše mají dostatečně zažité.

U všech dílčích cílů DC1, DC2 a DC3 klienti věděli, jak se mohou dostat k případným doplňujícím informacím. Velmi pozitivní je, že klienti vědí, s kým se mají jít v případě nejasností v oblasti sexuální tematiky poradit. Dle mého názoru je právě zde velmi důležitá jejich silná důvěra a citová vazba především na pracovníky

v přímé péči či psychologa, neboť toto by byla jejich nejčastější volba, kam se obrátit pro radu. Teprve na druhém místě byli kamarádi či informace z internetu, časopisů a televize. Myslím si, že toto je jedna z oblastí, kde je zcela patrné pozitivní působení chráněného bydlení na klienty, kde se vytváří atmosféra vzájemného porozumění a důvěry. Každá takováto „jednotka“ může klientům do značné míry úspěšně nahrazovat rodinné prostředí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Sexuální výchova osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení má zdůraznit důležitost tohoto tématu pro osoby s mentálním postižením, pro jejich život i lepší začlenění do společnosti.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zdůraznit důležitost sexuální výchovy u osob s mentálním postižením umístěných v chráněném bydlení. Hlavním výzkumným cílem pak bylo zjistit, jak vnímají problematiku sexuální výchovy sami klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení Domova sociálních služeb Slatiňany. Stanovených cílů se mi podařilo dosáhnout pomocí dílčích cílů DC1 až DC3 s využitím sad výzkumných otázek pro jednotlivé dílčí cíle a s využitím doplňujících otázek, které byly použity v polostrukturovaných rozhovorech s klienty.

Údaje jsem získala s využitím strategie kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat od klientů žijících v chráněném bydlení jsem použila metodu polostrukturovaných rozhovorů. Jsem toho názoru, že mnou zvolené použití kvalitativně výzkumné strategie se i prakticky osvědčilo, neboť jsem chtěla u jednotlivých klientů zjistit a porovnat jejich vnímání a znalosti v oblasti sexuální výchovy, a to nejen na teoretické, ale i praktické bázi užívání znalostí. Také jsem mapovala přání a potřeby klientů na případné rozšíření či doplnění výchovy v sexuální problematice. Jsem přesvědčená, že při užití kvantitativní výzkumné strategie bych měla velké problémy nejen se získáním dostatečně velkého vzorku respondentů, ale také s tím, že by v drtivé většině neporozuměli ani jednoduchým formulacím v dotazníkovém šetření. V kvalitativní výzkumné strategii však spatřuji i určité nevýhody. Hlavní nevýhodou byla časová náročnost vedení rozhovorů, kdy ke konci již klienti byli nesoustředění a unavení. Někteří se také trochu styděli.

Primárním cílem práce bylo zjistit, jak vnímají problematiku sexuální výchovy sami klienti s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení Domova sociálních služeb Slatiňany. Dále jsem zjišťovala, o co by ještě samotní klienti v oblasti rozšíření sexuální výchovy měli zájem rozšířit své znalosti, tudíž jaké informace tedy

postrádají. Pokusila jsem se co nejlépe a výstižně popsat mnou vytvořené jednotlivé závěry vycházející z výzkumu.

Klienti se v problematice sexuální výchovy orientovali poměrně dobře. Některé jejich znalosti byly podrobnější a dobře zažitě – dokázali reagovat správně, samostatně a téměř ihned. Jiné měly uloženy „hlouběji“ v paměti, ale po položení doplňující otázky se jim většinou některé fragmenty správné odpovědi vybavily a díky tomu ve finále reagovali přiměřeně. Hodně je zajímá přímo problematika související s reálným sexem a vztahy, ale neupozadují ani rizika nemocí či především vnějšího lidského faktoru. U téměř všech klientů vyvstával poměrně výrazně do popředí strach a nedůvěra k cizím a tím pádem mnohdy i zlým a nebezpečným lidem. Nebylo to spojeno jen s riziky, což je zajímavé. Myslím si, že je to především tím, že jsou na toto riziko průběžně upozorňováni, a to nejen v souvislosti s sexuální výchovou. U mnohých je příčina v reálné negativní životní zkušenosti sexuálního, ale i nesexuálního charakteru. To je podle mého názoru dobře osvojená znalost, protože právě tito klienti jsou velmi lehce zmanipulovatelní a zneužitelní, a to nejen v této oblasti.

V druhé části rozhovorů zaměřených na praktické aplikování informací a poznatků ze strany klientů v jejich sexuálním životě bylo u většiny klientů patrné, že byli více otevření a sdílní. Na většinu otázek reagovali samostatně. Dle mého názoru lze velmi pozitivně hodnotit jejich povědomí a praktické aplikování informací a poznatků v jejich sexuálním životě. Jednalo se opětovně o strach z cizích lidí, ale i dalších rizik jako jsou nemoci atp. Zajímavé bylo, že mluvili hodně o dobrovolnosti sexu a věděli, s kým se mají jít v případě nejasností v oblasti sexuální tematiky poradit. Velmi pozitivně hodnotím nejenom jejich znalosti (včetně jejich aplikování v praxi), ale také důvěru klientů k pracovníkům v přímé péči a psychologovi. Dobré může být i moje zjištění, že se klienti baví o této problematice i mezi sebou. Pro člověka neznalého situace v chráněném bydlení by se sdílení informací mezi klienty mohlo zdát až absurdní, nicméně z rozhovorů i mojí praxe v chráněném bydlení mohu konstatovat, že právě v této oblasti mně osobně přijde jejich „spolupráce“ velice reálná. Dobrým zjištěním je, dle mého názoru, že klienti žijí jako většinová populace normálním sexuálním životem včetně všech pozitiv i problémů.

V závěrečné části rozhovorů s klienty jsem měla největší problémy, protože při odpovědích klientů na otázky mnohdy již nepomáhaly k rozvíjení rozhovoru ani doplňující otázky a klienti se velmi často ve svých odpovědích opakovali. Při délce rozhovoru už bylo velice problematické udržet jejich pozornost a zájem o rozhovor se mnou. Bylo však i přesto patrné, že pro ně nejsou všechna témata sexuální výchovy zcela jasná a že mají teoretické i praktické otázky, na něž chtějí odpovědi. Je dobře, že vědí a mají i reálné možnosti, jak se k novým informacím samostatně či zprostředkovaně dostat a že jejich odpovědi byly mnohdy založeny na předchozích zkušenostech z takového dotazování či získávání informací.

Během výzkumu jsem si v praxi ověřila, že samotní klienti s mentálním postižením žijící v chráněném bydlení jsou schopni osvojit si znalosti a dovednosti v sexuální výchově bez problémů z více zdrojů. To jest psycholog, pracovníci v přímé péči, přednášky na toto téma pořádané 2x ročně i “samostudium”, čímž se rozumí internet, tiskoviny, knihy, televize i jejich vzájemné verbální sdílení informací.

Ačkoliv je mnohdy sexuální výchova pro lidi s postižením, stejně jako práce s jejich sexualitou, považována za zbytečnou, mohu konstatovat, že já tento názor na základě svého výzkumu nesdílím, protože právě tato výchova umožní mnoha klientům plnohodnotný život díky sexuálnímu i vztahovému naplnění jejich života. Informace potřebují plnohodnotné, ale jejich zavádění do praxe musí být specifické a cílené.

U klientů je v oblasti sexuální výchovy důležité časté a pokud možno i názorné opakování, jednoduchost a srozumitelnost podávaných informací a v neposlední řadě i jejich lehká uchopitelnost pro praktické využití. Během výzkumu jsem někdy měla pocit, že jsou klienti domluveni, neboť odpovídali hodně podobně. Dospěla jsem však k závěru, že tomu tak ve skutečnosti není. Myslím si, že je to výsledek výchovy v této oblasti a také častého opakování sexuální problematiky s klienty.

Člověk s mentálním postižením má právo na sexuální prožitky stejně jako kdokoli jiný. Stejně tak má právo i na sexuální osvětu jakožto na informace, které mu pomáhají objevovat a bezpečně prožívat svou sexualitu a orientovat se v ní.
(Eisner, 2013, s. 93)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Transformační tabulka cílů

Zdroje

Seznam literatury:

BAZALOVÁ, Barbora. *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004, 80 s. ISBN 80-903519-0-5

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. 1. vyd. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013, 98 s. ISBN 978-80-260-5281-4

DRÁBEK, Tomáš. *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy. Lidská sexualita a lidské vztahy*. 1. vyd. V Brně: CPRESS, 2014, 200 s. ISBN 978-80-264-0290-9

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6

HRUŠKOVÁ, Hedvika, OL MATOUŠEK Oldřich a LANDISCHOVÁ Erika. *Sociální práce v praxi: Sociální práce s lidmi s mentálním postižením*. Praha: portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, VELEMÍNSKÝ, Miloš, VOLFOVÁ, Iva. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. vyd. Praha: Triton, 2008. 76 s. ISBN 978-80-7387-129-1

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4

NOVOSAD, L. (2002). Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení. In. *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím – zdravotně výchovná publikace*. (sborník). SZDP ČR. Praha, 2002

MATEJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2000, 143 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-494-X

MATOUŠEK, Oldřich., HRUŠKOVÁ, Hedvika., LANDISCHOVÁ, Erika. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003.; 287 s. ISBN 80-7178-549-0

MICHALÍK, Jan. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu: právní úprava postavení osob s mentálním postižením*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3

ŠVAŘIČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 101 s. ISBN 978-80-244-1689-2

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 178 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-506-7

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X

UZEL, Radim. 2004. *Sexualita mentálně postižených: Antikoncepce u mentálně postižených osob*. (Sborník) Praha: orfeus. ISBN 80-903519-0-5

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-7178-214-9

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

VALENTA, Milan., MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kolektiv. 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu: Edukace sociální služby a intervenční strategie pro osoby s mentálním postižením*. 1. Praha: grada. ISBN 978-80-247-38291

VENGLÁŘOVÁ, Martina, Petr EISNER a a kol. 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5

KVAPÍK, Josef., ČERNÁ, Marie. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicem, 1990. ISNB 80-201-0019-9

WEIKERT, Annegret. *Výchova dítěte: osvědčené rady a řešení pro rodiče dětí každého věku*. České vyd. 1. Praha: Vašut, 2007, 323 s. Velký praktický rádce. ISBN 978-80-7236-527-2

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8

Časopisy:

CHRÁSTKOVÁ, Eva., KOJECKÁ, Renata. Komunikace u osob s mentálním postižením. *Sestra*. 2011, č. 10/2011, s. 23 – 24. ISSN 1210-0404

Internet:

DODBROMYSL.cz, „*AIDS a mentální retardace*“ [online] 2012 [cit. 2015.07.21] Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=603>

DOBROMYSL.cz, „*Sexualita lidí s MP*“ [online] 2002 [cit. 2015.07.20] Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>

ROZKOŠ BEZ RIZIKA, „*Ohlasy na konferenci k sexuální asistenci*“ [online] 4.11.2015 [cit. 2016.01.16] Dostupné z: <http://rozkosbezrizika.cz/o-nas/r-r-v-mediich/ohlasy-na-konferenci-k-sexualni-asistenci-cesko-ma-prvni-sexualni-asistentky-s-pohlavnim-zivotem-pomuzou-postizenym>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ, „*Sexuální výchova versus sexuální osvěta*“ [online] 2010 [cit. 2016.01.16] Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualni-vychova.html>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ, „*Sexuální výchova*“ [online] 2010 [cit. 2016.01.16] Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualni-vychova.html>

ZÁKONY PRO LIDI, „*Chráněné bydlení*“ [online] 14.3.2006 [cit. 2015.07.20] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam příloh

Příloha č. 1- 1.Klient

Příloha č. 1

1.Klient

Co vám říká pojem sex?

Jo vím, to je když to dva spolu dělaj. (smích) Teda myslím kluk s holkou. A co je sexuální výchova? (chvíle mlčení) Nevím

V domově vám o tom asi vyprávěli, zkuste si vzpomenout. *Jó, to jo už si trochu vzpomínám. A co vám povídali. Ukazovali nám, jak se navlíká ten, prezervativ. A že ho mám pak i vždycky používat. A taky nám promítali film, ale ten mě nebavil. A ještě něco zajímavého jste se dozvěděl, nebo co se vám na tom líbilo? Jo říkali nám, že když se koupeme tak si ho máme mejt taky.*

Hovoří s vámi někdo o tématech jako je sexualita? *Myslím si, že jo. A kdo Vám to říkal? Jednou nám paní Andrejka povídala o těch věcech. A o čem jste si povídali? Když chtějí oba tak to můžou dělat. Musej se mít rádi a mě musí hlavně stát.*

Kde jste viděl obrázky nebo videonahrávky se sexuální tematikou? *Viděl jsem je v televizi, jak to tam dělaj. I v časopise. Líbali se a mazlili se mezi sebou. Měli se rádi.*

Může mít sexuální život nějaká rizika? *Jo, asi může. Může vám hrozit nějaké nebezpečí, co se týče sexuálního zneužívání? Může, už se mi to stalo, když jsem bydlel na oddělení. Kluci to po mě chtěli a já jsem nechtěl. (to bylo asi před 9lety) Může vám někdo ublížit? Ne, nikdo. To si nemyslim A může se stát ještě něco jiného špatného? Říkali, že mužem bejt i nemocný. A jak nemocný? Mám mít ten, prezervativ. Jinak budu muset k doktorovi. Jo a taky že máme bejt opatrný.*

Využil jste někdy něco z toho, co jste se dozvěděl ve svém životě a co to bylo? *Jo, to co navlíkám si tam na to. Tam dole. (smích) Myslíte kondom? Jo, myslím. A co ještě jste se dozvěděl? A taky, že když to dělat nechci, takže nemusím. A když to dělat moje holka nechce, tak to dělat taky nemůžem.*

Jaký je Váš současný sexuální život? *Mám holku. Když nechce, tak mám jinou anebo jsem sám. Máte víc partnerek na jednou? Mám, ale neříkám jim to. Oni by byly na mě potom naštvány.*

S kým by jste se šel poradit, kdyby jste si v oblasti sexuální problematiky nevěděl rady ?
Jdu za Trňákovou nebo za Hurtovou, třeba i za Kubínem. Nevadí mi se jít zeptat. Co dalšího byste potřeboval k danému tématu vědět a kdo by vám s tím mohl pomoci? Nevím, všechno vím. Všechno neví nikdo, zkuste se zamyslet. Tuhle jsem se ptal Jardy (pracovník v přímé péči) jak je nejlepší. Co myslíte jak je? No, to co nandávám si tam na toho. Ten správně. Myslíte prezervativ? Jó, jasně. Jak byste postupoval, kdyby jste v této oblasti chtěl další informace. Šel bych se zeptat, nevadí mi to. Anebo bych se díval na internet.