

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Protokol sexuality ve vybraných zařízeních sociálních  
služeb v Jihočeském kraji.**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Jan Talich  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižení děti, dospělé a seniory  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2012

## **Abstrakt**

Protokol sexuality upravuje práva a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a uživatelů. Cílem diplomové práce bylo potvrdit či vyvrátit existenci protokolů sexuality či dokumentů s totožným významem ve vybraných zařízeních sociálních služeb v Jihočeském kraji, analyzovat nalezené dokumenty a realizovat rozhovory s vybranými sociálními pracovníky.

Diplomová práce obsahuje teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části se autor věnuje vymezení lidské sexuality, normám a funkcím sexuality, dále člověku s postižením z hlediska jeho práv na sexualitu, charakteristikám jeho vývoje a v neposlední řadě také sociálním službám v kontextu naplnění práva člověka s postižením na prožití jeho sexuality.

Výzkum diplomové práce se skládá z předvýzkumu a samotného výzkumu. Předvýzkum byl realizován formou anketního šetření. Výzkum byl realizován, s ohledem na málo frekventované a neprobádané téma, kvalitativní formou za aplikace metod analýzy dokumentů a dotazování, respektive autor použil techniku obsahové analýzy dat a techniku hloubkových polostrukturovaných rozhovorů.

Na základě provedeného výzkumu byly v cílové skupině poskytovatelů sociálních služeb analyzovány 4 protokoly sexuality či dokumenty totožného významu. Analýza prokázala různorodé zastoupení ucelených témat v nalezených protokolech oproti modelovému protokolu sexuality, který je popsán v odborné literatuře. Dále autor poukazuje na značné rozdíly ve vnitřní struktuře ucelených témat v dokumentech samotných, které vedou ke zkreslenému podávání informací, zvláště v oblasti rodičovství lidí s mentálním a kombinovaným postižením. Na základě analýzy modelového dokumentu autor navrhuje pevnou strukturu jednotlivých témat protokolů pro objektivní a vyváženou formu dokumentu.

Zkušenosti sociálních pracovníků s protokolem sexuality lze shrnout do třech základních linií: nezastupitelná spolupráce vedení a pracovníků v přímé péči při tvorbě protokolu sexuality, pocit jistoty v práci se sexualitou uživatelů jako přínos protokolu pro zaměstnance a změna přístupu k uživatelům z hlediska organizace i zaměstnanců.

## **Abstract**

Sexuality protocol regulates rights and obligations of social services providers, their employees and users. The aim of the diploma thesis was to confirm or disprove an existence of sexuality protocols or documents with an identical meaning in chosen social service facilities in the South Bohemian Region, to analyze found documents and to realize interviews with selected social workers.

The diploma thesis contains a theoretical and research parts. In the theoretical part the author deals with a definition of a human sexuality, sexual norms and functions, as well as a person with a disability in terms of his rights for the sexuality, characteristics of their development and ultimately social services in the context of a fulfilment of human rights of the person with a disability to experience his sexuality.

The research of the diploma thesis consisted of a preliminary research and the research itself. The preliminary research was realized as a public inquiry investigation. The researched was designed with a regard to the infrequent and unexplored topic, a qualitative form with an application of methods of content analysis of documents and interviews, more precisely using a technique of depth semi-structured interviews.

Based on the performed research 4 sexuality protocols or documents of the identical meaning were analyzed in the target group of the social services providers. The analysis showed a diverse representation of coherent themes in the found protocols in comparison with a model sexuality protocol, which has been described in the professional literature. Further the author shows considerable differences in an internal structure of the coherent themes in the documents themselves which leads to a distorted reporting, particularly in a field of the parenthood for people with mental and multiple disabilities. Based on the analysis of the model document, the author proposes a fixed structure of the various protocol topics for an objective and balanced form of the protocols.

The experience of the social workers with the sexuality protocol can be summarized in three basic lines: an indispensable cooperation of the management and direct care workers in developing the sexuality protocol, a sense of the securing in the

work with a sexuality of the users as a benefit of the protocol for the employees and a change of an approach to the users in terms the organization and employees.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Velmi rád bych poděkoval doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za inspirativní názory, zkušenosti a za odborné vedení mé diplomové práce. Dále bych rád poděkoval své manželce, rodičům a přátelům za podporu a velkorysou pomoc během psaní práce i celého studia.

## Obsah

<b>1 Současný stav protokolu sexuality v sociálních službách.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Lidská sexualita .....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Základní pojmy v sexualitě .....	12
1.1.2 Normy sexuality v současné společnosti.....	15
1.1.3 Normy sexuality v České republice .....	16
1.1.4 Funkce sexuality .....	17
1.1.5 Psychosexuální vývoj.....	18
1.1.5.1 Vývojová stádia psychosexuálního vývoje .....	19
1.1.5.2 Vývoj sociosexuálních vztahů.....	27
<b>1.2 Sexualita lidí s mentálním a kombinovaným postižením .....</b>	<b>30</b>
1.2.1 Právo člověka s postižením na sexualitu.....	30
1.2.2 Obecná charakteristika mentálního postižení .....	33
1.2.3 Obecná charakteristika kombinovaného postižení.....	35
1.2.4 Člověk s postižením a specifické faktory ovlivňující jeho sexualitu.....	36
1.2.5 Člověk s postižením jako oběť i pachatel sexuálního zneužívání .....	37
1.2.6 Charakteristiky sociosexuálního vývoje lidí s postižením .....	39
1.2.7 Postoj rodiny k sexualitě člověka s postižením .....	41
1.2.8 Předsudky a mýty.....	42
1.2.9 Sexuální výchova lidí s postižením.....	43
<b>1.3 Sociální služby .....</b>	<b>46</b>
1.3.1 Poslání a cíle sociálních služeb.....	46
1.3.2 Forma a druh sociálních služeb pro osoby s postižením.....	47
1.3.3 Kvalita sociálních služeb.....	48
1.3.4 Zplnomocnění .....	49
1.3.5 Souhlas se sexuálním chováním .....	50

1.3.6	Zavádění protokolu sexuality v zařízení .....	51
1.3.7	Témata protokolu sexuality .....	53
<b>2</b>	<b>Cíl práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>55</b>
2.1	Cíle.....	55
2.2	Výzkumné otázky.....	55
<b>3</b>	<b>Metodika .....</b>	<b>56</b>
3.1	Předvýzkum.....	56
3.2	Výzkum.....	56
3.3	Zkoumaný soubor.....	57
3.4	Realizace výzkumu.....	58
<b>4</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>60</b>
4.1	Vyhodnocení průzkumného šetření .....	60
4.2	Obsahová analýza dokumentů.....	62
4.2.1	Formální stránka dokumentů.....	62
4.2.2	Analýza dokumentů z hlediska aktérů a jejich prezentace v textu.....	63
4.2.3	Analýza tematických bloků uvedených v dokumentech.....	72
4.3	Analýza polostrukturovaných rozhovorů.....	89
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>101</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>113</b>
<b>7</b>	<b>Klíčová slova .....</b>	<b>115</b>
<b>8</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>116</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>125</b>
9.1	Seznam příloh.....	125



## Úvod

Sexualita je neobyčejnou tvůrčí silou. Ve své šíři (pohlazení, líbání, těhotenství, rodičovství, vztah, masturbace, pohlavní styk, milostné fantazie atd.) provází člověka celým životem, dává mu motivaci k činům i k práci na sobě. Skrze partnerství či rodičovství poznává člověk sebe i druhé, mění se a často vystupuje ze svého egocentrismu a překonává sebe sama.

Lidé s postižením, komplexní a multidimenzionální bytosti, vstupují do sociální služby spolu se svou sexualitou, kterou mají právo plnohodnotně prožít. Při podpoře člověka s postižením v jeho zapojení se do společnosti, se tak poskytovatelé sociálních služeb musí se sexualitou uživatelů nevyhnutelně setkávat. Tyto okamžiky zažívám, jako začínající sociální pracovník, osobně v každodenní praxi a stále více je také nalézám i ve veřejných médiích.

Podpora lidí s postižením v jejich sexualitě je, na rozdíl od podpory při hygieně, komunikaci, oblékání atd., pro sociální pracovníky poněkud neobvyklejší úkol. Snad právě proto, že sexualita uživatelů má velmi křehké a často nejasné hranice, jejichž překročení může mít nedozírné následky jak pro uživatele, tak pro pracovníka. Dalším důvodem je jistě dlouholeté tabuizování této oblasti, ignorování sexuálních potřeb uživatelů a jejich potlačování. V posledním desetiletí se však toto téma v České republice pomalu otevírá.

Hloubka a nejistota této sféry lidského bytí, s níž se setkávám v každodenním pracovním životě, mě přivedla k tématu mé diplomové práce. Zaměřil jsem se tedy u vybraných poskytovatelů sociálních služeb na protokoly sexuality. Dokumenty, které by měly být součástí vnitřních směrnic organizace a měly by obsahovat práva a povinnosti uživatelů, pracovníků a poskytovatelů v oblasti sexuality uživatelů (1). Položil jsem si otázky: „Zdali se v Jihočeském kraji vyskytují protokoly sexuality či dokumenty s totožným významem, a pakliže ano v jaké podobě? Co obsahují a jak jsou zpracovány? Jaké zkušenosti mají sociální pracovníci/pracovnice s používáním protokolu sexuality?“

V teoretické části se věnuji vymezení lidské sexuality, člověku s postižením a v neposlední řadě také sociálním službám.

V praktické části diplomové práce je umístěn předvýzkum a výzkum, který byl koncipován, s ohledem na málo frekventované a neprobádané téma, kvalitativní formou za aplikace metod obsahové analýzy dokumentů a dotazování.

## 1 Současný stav protokolu sexuality v sociálních službách

Protokol sexuality (či protokol o sexualitě a vztazích) je interní dokument, který ve svém základním významu upravuje práva a povinnosti uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb (1). Umožňuje tak orientovat se lidem s mentálním či kombinovaným postižením (dále jen lidem s postižením), jejich rodičům a zákonným zástupcům v normách sexuality v daném zařízení sociálních služeb a tím vytvářet podmínky pro odpovědné a informované rozhodování jednotlivých uživatelů sociální služby v rámci své sexuality (2).

Zároveň protokol sexuality slouží pracovníkům k jasnému vymezení jejich kompetencí, práv a možných postupů a uživatelům k jasnému poznání jejich prostoru, ve kterém se mohou bezpečně a bez nejistoty z možných postihů pohybovat (1).

Bazalová (3) definuje obecné oblasti, které je nutné zmapovat při práci se sexualitou lidí s postižením:

- lidská sexualita,
- člověk s mentálním či kombinovaným postižením,
- zvláštnosti prostředí, ve kterém člověk s postižením žije (rodina, opatrovníci či zákonní zástupci člověka s postižením, zařízení sociálních služeb).

### 1.1 Lidská sexualita

*„Sexualita je podstatnou součástí lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý z nás je sexuální bytost a každý z nás má právo na prožití vlastní sexuality (4).“*

Předchozí citace je v souladu se skutečností, že lidé s postižením nemají speciální potřeby, jak se někdy v literatuře objevuje, ale mají stejné potřeby jako intaktní

populace, potřebují však speciální podporu, která jim umožní tyto potřeby naplnit (5). Nikdo tedy nemá právo člověku s postižením v prožívání této sféry lidského bytí bránit (6). Každý pracovník, zejména ten, který pracuje se sexualitou uživatelů, by tak měl mít o sexualitě dostatek informací a zařízení sociálních služeb by mělo vyslat jasný signál, jakým způsobem sexualitu v zařízení vnímá (1).

Informace o sexualitě, tedy jakési poselství kultury a společnosti, považuje Bianchi (7) za základní zdroj subjektivního očekávání od své vlastní sexuality, respektive spokojenosti s ní, a tedy se jedná i o zdroj motivace vlastního sexuálního chování, kterým se jedinec snaží právě tato očekávání naplnit. V případě, že společnost vnímá sexualitu člověka s postižením skrze předsudky a stereotypy (např.: člověk s postižením je po celý život malé dítě a žádnou sexualitu nemá), tak její očekávání a tedy i vyslané poselství nedává možnost člověku s postižením plnohodnotně svou sexualitu rozvinout (8).

### ***1.1.1 Základní pojmy v sexualitě***

#### *Sexuální identifikace*

Jedná se o základní sexuální identifikaci k jednomu ze dvou pohlaví, a to již v době prenatální a dále po porodu dítěte a definitivně se dotváří do 18. měsíce života (9). Stále se však vede mezi odborníky spor o podílu jednotlivých vlivů, zdá se však, že biologicko-evoluční determinanty hrají při utváření a vývoji sexuality zásadní podíl (10). Integrovanou sexuální identitou vzniká základ pro přijetí budoucí sexuální role (9).

#### *Sexuální role*

Jedná se o převzetí sociokulturních představ o chování jedinců dle svého pohlaví (11). Sexuální identita a role jsou dva na sobě ne zcela vázané faktory, je například možné, aby dívka přijala svou identitu ženy, ale nepřijímá sociální roli s ní spojenou (12).

### *Sexuální preference*

Proces tvorby sexuálních preferencí není stále objasněn, je však pravděpodobné, že mechanismus, který člověka determinuje k preferenci sexuálních objektů a způsobu, jakým dojde k sexuálnímu uspokojení, je spíše vrozeného charakteru (10). Kulturně sociální vlivy, které se podílejí na reprodukčně účelné orientaci, nejsou z evolučního hlediska tak spolehlivé, jako právě tyto biologické mechanismy (13). Sexuální preference se tak stávají po třetím roku života v podstatě nezměnitelnou součástí lidské sexuality, kterou nezmění terapeutické sezení ani poškození mozku (9).

Odlišné tvrzení uvádí Melvin Anshell (14), který na základě psychoanalytických výzkumů o homosexuálech tvrdí: „ Jsou to produkty předčasných pohlavních zkušeností nebo byli svedeni v raném dětství“. Autor v publikaci, která byla v České republice vydána Hnutím pro život jako protest proti povinné sexuální výchově na základních školách, odkazuje na Gerarda J.M. van den Aardwega popisujícího terapii homosexuality, jejíž hlavní příčinou je dle autora neurotická sebelítost v dětství.

Publikace Mevlina Anchella je, kromě předchozích tvrzení, také v rozporu s dokumentem Americké psychiatrické asociace z roku 2000, který na základě nedostatečné prokazatelnosti studií explicitně nedoporučuje „léčit“ homosexualitu, tedy se jedná o stejný závěr, ke kterému došel i česko-kanadský sexuolog Kurt Freund v 60. letech minulého století (15).

### *Sexuální chování*

Sexuální chování lidí je párového charakteru, a tedy se především zaměřuje na výběr vhodného partnera a vznik vztahu (16). Sexuální aktivity mezi dvěma lidmi mohou být koitálního či nekoitálního charakteru a nelze říci, že právě koitální spojení je výlučné a nezastupitelné v dosažení sexuálních prožitků a plnohodnotného uspokojení (17).

Lidé jsou nevědomě naprogramováni evolucí k nejefektivnějšímu sexuálnímu chování a výběru partnera. Tento proces je z velké části nevědomý, ale právě lidský mozek nám umožňuje rozhodnout se, pochopit všechny vlivy, uvědomit si, co chci a

proč to chci, a není pak možné např. mužskou nevěru považovat za neovlivnitelný důsledek evolučního působení (10).

Kromě párové sexuality, kulturně, sociálně a biologicky podmíněné charakteristiky, se v sexualitě člověka vyskytuje autoerotika, kdy je člověk schopen se vzrušit svými fantaziemi a dojít tak k sexuálnímu uspokojení (13). S mýtem o škodlivosti onanie se dle Zvěřiny a Budinovského (17) potýká sexuologie i v současnosti.

Zvěřina (13) uvádí pět základních charakteristik, které vedou k normálnímu sexuálnímu chování:

- pevná sexuální identifikace a sexuální role,
- erotická preference jedince opačného pohlaví s několikaprocentní výjimkou,
- sexuální zralost preferovaného objektu,
- souhlas, kooperace partnera a absence agrese,
- vytvoření páru, vzájemnost.

#### *Mapa lásky (Love of map)*

Jedná se o dosud vágně vymezený pojem, který zachycuje jedinečnost člověka z hlediska utváření jeho sexuality. „Mapa lásky“ je budována skrze sociální podněty od narození (setkávání se s láskou, vztah rodičů, kontakt s vrstevníky) a svoji roli zde hraje pohlavní identita a osobnost jedince, normy a hodnoty společnosti (8).

Velmi pravděpodobný vznik nezdravé „Mapy lásky“ uvádí Bazalová (3) na příkladu prostředí nekoedukovaného ústavu sociální péče (nyní domov pro osoby se zdravotním postižením), kde muži s mentálním postižením nemají, krom veskrze ženského personálu, kontakt s lidmi opačného pohlaví.

#### *Význam sexu*

Význam sexu člověka v jeho životě je úzce spjat s jeho sexuální spokojeností, která v podstatě z tohoto subjektivně připsaného významu vychází a je určujícím směrem,

kterým se člověk za svou sexualitou vydává (7). Lze nalézt čtyři kategorie významu sexu v životě člověka (7):

- sex nevyhnutelně spojený s partnerstvím, intimitou a láskou,
- sex v podobě osobního potěšení a vlastního uspokojení,
- sex jako nástroj spíše pro uspokojení partnera než sebe sama,
- sex jako vylepšení obrazu o sobě.

### ***1.1.2 Normy sexuality v současné společnosti***

Pojem normality v lidské sexualitě je postaven na hodnotících soudech, a tudíž se vymyká objektivnímu a přesnému definování (18).

V průběhu vývoje lidské společnosti se za normu v sexualitě člověka považovala téměř každá forma sexuálního chování, kterou dnes známe (16). Každá společnost svým způsobem omezuje sexuální chování a tato opatření přispívají k udržení její stability (19). Normy se odvíjejí od kulturně-náboženských dohod, které se k biologickým dispozicím daných evolucí přibližují či se od nich oddalují.

Vzhledem k různým faktorům (biologickým, sociálním, psychologickým a duchovním) lze tak rozeznat ve společnosti čtyři diskursivní proudy posuzující vhodnost či nebezpečnost sexuálního chování s chronologickým pořadím vzniku (7):

- *Křesťanská tradice posílena Viktoriánskou morálkou* obsahující přísné normy v podobě monogamie a pohlavního styku až v manželství, kdy je sexualita vnímána především z hlediska rozmnožování.
- *Vědecký, medicínský a sexuologický proud* rozšiřuje oblast sexuality o rozměr rozkoše a zároveň se snaží o vědecké pojetí sexuality s cílem sexualitu uchopit a dokázat nalézt její mechanismy, které by umožnily na individuální úrovni sexualitu ovládat, respektive odolávat sexuálnímu pudu.

- *Občanský liberální proud* je charakteristická rozvojem sexuálních svobod a překračování norem. Tento proud přináší s sebou přijetí homosexuální orientace, rozvoj feministických hnutí a prosazování sexuální výchovy na školách.
- *HIV/AIDS rizikový proud* reaguje na uvolnění sexuálního chování, při kterém se dostává do popředí šíření sexuálně přenosných nemocí, čímž jsou zvýrazněny sociální a kulturní kontexty sexuality a její bezpečnost.

Vzhledem k tomu, že se i v malých sociálních skupinách (např. rodinách) tyto proudy vyskytují souběžně a navíc jednotliví členové vnímají sexualitu rozdílně (jako tabu, hřích i osobní odpovědnost), se často mladý člověk dostává do obtížné situace, jak má vlastně přistupovat ke své sexualitě (7). Tyto skutečnosti jsou zvýrazněny v situaci lidí s mentálním postižením, kdy je tabu ohledně jejich sexuality daleko neprostupnější (1).

Z hlediska různorodosti diskursů sexuality ve společnosti tak přijímá sexuologie tato kritéria normality sexuality (16).

- proti přírodním zákonům,
- proti dobrým mravům,
- proti platnému právnímu řádu.

### ***1.1.3 Normy sexuality v České republice***

Sexuolog Radim Uzel (19) tvrdí, že o postoji naší kultury k sexualitě si lze vytvořit částečný úsudek z přístupu k sexuální výchově dětí, kdy jsou děti v mnohých případech považovány za citově nezralé a nepřipravené, jinými slovy čisté, než aby se mohli o sexualitě, něčem špinavém, dozvědět. V podobném duchu argumentují i autorky Jarkovská a Lišková (20), které vnímají v české společnosti návrat k prudérii, a to zejména v souvislosti se stažením příručky pro učitele *Sexuální výchova – vybraná*



témata. Autorky uvádí, že jde o krok zpátky ve vývoji české společnosti vyznačující se sexuálně-liberálními jistotami (např. brzká dekriminalizace homosexuality atd.).

Naproti tomu ředitelka Centra etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů Marcela Rozehnalová (21) vnímá liberální prostředí s důrazem na požitek jednotlivce jako příčinu odklonu od tradičních hodnot (sexuální zdrženlivost před vstupem do manželství, věrnost), a tedy příčinu současné krize rodiny, zvýšené promiskuity, šíření pohlavních nemocí a emočních zranění mladých lidí, kteří uvěřili tlaku médií, potažmo i liberální sexuální výchově, jež hlásá sexuální nevázanost nebo s ní u mladých lidí již předem počítá jako s přirozenou a nezměnitelnou skutečností.

Je tedy otázkou, jak velká část společnosti v České republice se ztotožňuje s „obecně uznávanými normami“ prezentovanými Vykydalovou (4), které se shodují s kritérii normality Světové deklarace sexuálních práv z roku 1999 (příloha č. 1):

- sexualita se týká sexuální identity jedince a sexuálních vztahů,
- všechny úrovně prožívání sexuality jsou rovnocenné,
- sexualita je možná i mimo rámec manželství,
- sexualita mezi lidmi stejného pohlaví je stejně hodnotná jako sexualita mezi mužem a ženou, homosexualita není posuzována jako deviace.

#### ***1.1.4 Funkce sexuality***

Hlavní úlohou sexuality v lidském životě, i v životě všech živočichů na této planetě, je prokrece neboli *rozmnožování* (16). Evoluce totiž sleduje dva významné cíle: rozmnožování a přežití. K těmto účelům je i člověk tisíce let co nejkvalitněji uzpůsobován (10). Evoluce se tak snaží skrze sexualitu přivést k sobě dva jedince s nejvíce perspektivní reprodukční budoucností (13). Faktem je, že lidé oslabují po tisíciletí tvořené signály sexuální přitažlivosti, jako je například specifická vůně

lidského těla, která se vytrácí kvůli vyholování ochlupení či je změněna užíváním hormonální antikoncepce (10).

Uzel a Mitlöchner (16) připisují sexualitě člověka, výhradně a pouze u lidí, i funkci rekreační, kdy lidé užívají sexualitu ke svému potěšení z rozkoše, která je s ní spojená. Moalem (10) však uvádí i mnoho zvířecích druhů, kteří využívají sexualitu podobným způsobem, zvláště v případě homosexuálního chování zvířat, jež slouží jako prostředek k uvolnění a k budování sociálních vztahů.

Šilerová (22) mezi obvyklé funkce sexuality dále řadí komunikaci a obnovování vztahů. Sexualitě mladých lidí pak autorka připisuje tyto funkce:

- růst sebeúcty a sebejistoty,
- budování osobní identity (nejen sexuální), podpora schopnosti založit a rozvíjet intimní vztahy,
- pomáhá vytvářet systém individuálních morálních a etických hodnot - mladí lidé se rozhodují sami bez „pomoci“ nebo rady rodičů,
- pomáhá vybudovat emocionální nezávislost na rodičích,
- získávání sociálního statusu ve skupinách,
- vyjádření nepřátelství a agrese,
- vyjádření odporu, protestu rodičům nebo jiným dospělým,
- útěk z nepohodlného prostředí rodiny (zejména u dívek, kterým brzké těhotenství pomůže opustit rodinu).

### ***1.1.5 Psychosexuální vývoj***

Pohlavní pud, akcelerátor sexuality v každé lidské bytosti, sám o sobě nezajišťuje akceptovatelné a přirozené sexuální chování, které je výsledkem interakce jedince s podmětým prostředím, a tedy v případě, kdy je člověk těmto podmínkám nevystaven

(izolace, absence informací o sexualitě, která probíhá ve své podstatě skrytě), jsou projevy jeho sexuality impulzivní, neobratné a často společensky nepřijatelné (23).

Z hlediska sexuality se rozlišují konstituční faktory (určují základy vývoje) a faktory výchovy a učení (modifikují předchozí základy), samotnou sexualitu lze tedy vnímat jako proces tvořený součinností těchto faktorů (24):

- *Biologických* - pohlavní dimorfismus projevující se v primárních, sekundárních a terciálních znacích.
- *Psychologických* - specifické odlišnosti mezi pohlavími, které se ve vyspělých zemích zmírňují – dominance x submitivita.
- *Sociálních faktorů* - kulturně společenské vlivy zprostředkované zejména rodinou, dále pak vrstevnickou skupinou.

#### ***1.1.5.1 Vývojová stádia psychosexuálního vývoje***

##### *Prenatální vývoj*

V druhém trimestru prenatálního období se skrze působení sexuálních steroidů na centrální nervovou soustavu vytváří základy pro sexuální identitu (13). Tento proces se dále vyvíjí po porodu dítěte a definitivně se dotváří do 18. měsíce života (9). V prenatálním období se tedy patrně vytváří základy sexuálně motivačního systému, jehož výstupem je sexuální preference jedince (10). V případě dobrého stavu matky (chtěné a radostně očekávané dítě) se mezi matkou a dítětem vytváří již v perinatálním období dialog, který připravuje dítě na období po narození (25).

##### *Novorozenecké období a kojenecké období (do 1 roku)*

Od narození dítě vnímá přijetí, lásku a genderově podmíněné vzorce chování, které si přenáší do dalších vztahů (26). Zvláště v prvních týdnech je atmosféra v rodině velice

důležitá pro navázání dialogu a vzájemné důvěry (23), neboť pro optimální vývoj dítě potřebuje osobu, která mu věnuje plnou pozornost a to s radostí a intuicí (25). Potřeba intenzivního kontaktu se ve své podstatě utvářela po 35 milionů let, kdy osamělost znamenala pro narozené dítě smrt (27).

Dle psychosexuální teorie Freuda se novorozené dítě nachází v orálním stádiu a centrem slasti jsou ústa, skrze která dochází např. uspokojení v kojení a sání (12).

Dle vývojových fází Eriksona (28) se v tomto věku lidská bytost střetává s dilematem mezi „základní důvěrou a základní nedůvěrou“. Erikson popisuje získání základní důvěry v uspokojení potřeb v kontextu mateřského vztahu, kdy matka jako zakotvená osoba ve společnosti tak vytváří u dítěte pocit sounáležitosti a smysluplnosti prožívaných frustrací.

Otec má pak ve vztahu ke kojenci odlišnou roli, jeho interakce s ním bývá spíše fyzicky dynamická, plná různorodosti a zvrátů, čímž se dítě učí pracovat s emočními signály během interakce, respektive s emoční komunikací (25).

#### *Batoleci období (od 2 - 3 let)*

Druhý rok je z hlediska Freudova vývoje obdobím análním a slast je umístěna do sféry vyprazdňování a zadržování.

Erikson (28) k tomuto věku přiřadil dilema „autonomie proti studu a pochybám“, ve kterém dítě činní rozhodnutí a ta, pokud jsou pozitivně potvrzena, rozvíjí sebejistotu a volní vlastnosti dítěte, avšak v případě nepotvrzení a odmítnutí dochází k rozvinutí špatného svědomí až sebezavržení. Tedy se v této době rozhoduje o lásce či nenávisti, o sebeprosazení či studu. Matka by tak měla v dítěti citlivě povzbuzovat dovednost seberegulace a zároveň rozvíjet mezi dítětem a sebou emoční citlivost, čímž je dána u dítěte živná půda pro porozumění emocí ostatních lidí (25).

#### *Předškolní období (od 3 - 6 let)*

Toto období je pro Freuda stádiem falickým (3-6 let), kdy je uspokojení nalezeno při manipulaci (hře) s genitáliemi. Následně vznikají sexuální impulzy na rodiče opačného pohlaví a dítě tak prožívá Oidipův a Elektrín komplex (u chlapců je tento

komplex provázen kastrací úzkostí) (12). Erikson (28) popisuje boj mezi iniciativou a vinou, období, kdy dítě přijímá odpovědnost za své činy a může si z něj tak odnést, že je dobré experimentovat a dělat i chyby nebo raději nedělat nic a vyhnout se tím potrestání a studu.

Dítě tak v této době projevuje velký zájem o své tělo skrze pozorování, hry s genitáliemi i skrze masturbaci, přičemž by rodiče (či lidé vychovávající dítě) měli toto chování přijmout, respektovat, odkázat na vhodné místo a hlavně navázat na toto chování informacemi o sexualitě: „Vidím, že tě zajímá, jak vypadáš. Pojď se obléknout a podíváme se na zajímavou knížku, kde je mnoho informací (29)“. Nelze opomíjet správné a jasné pojmenování genitálu a dalších intimních míst, neboť v případě nepojmenování a nemluvení o těchto částech těla, vystává v dětech pocit jejich zakázanosti až neexistence (30).

V tomto období dochází u dítěte k osvojování socio-sexuálních rolí a to na základě vrozených vloh a zejména skrze očekávání dospělých (25). Z toho důvodu jsou rodiče pro dítě velkým vzorem a z jejich interakcí (komunikace, objetí, dotyky) si do dalšího života přinášejí důležité řetězce chování a obsahu role ženy a muže (29). Pro vývoj identity je důležitý zejména rodič stejného pohlaví, přičemž vytvořená identita významně ovlivňuje vztah k vlastní sexualitě (30).

#### *Mladší školní věk (od 6 - 7 do 11 - 12 let)*

Vstup do školy je náročnou situací, ve které se promítá změna prostředí, sociálních vztahů a zejména změna činnosti z proměnlivé a hravé v jasně strukturovanou a pracovní (25). Dítě, které ještě není po všech stránkách zcela připraveno na školní výuku, zažívá výrazné neúspěchy a je tak ohroženo ve svém vývoji, neboť neúspěchy ovlivňují i roli v dětském kolektivu a tato role zase ovlivňuje vývoj vztahu k ostatním lidem i k sobě samému (25).

Freud vnímal toto období jako fázi latence, ve které se sexuální impulzy dostávají do pozadí a dítě svou pozornost zaměřuje na učení se novým dovednostem a schopnostem (12). Trojan (29) namítá, že latentní fáze je u dětí spíše způsobena vnímavostí k tématům, která nejsou dospělými dobře přijímána, a tak svou zvědavost

skrývají a směřují jiným směrem. V podobném duchu argumentují i Langmeir a Krejčířová (25), když popisují masturbaci i u školních dětí.

Erikson (28) toto období pojmenoval „příčinnost proti inferioritě“, kdy se dítě střetává s praktickým uplatněním svých dovedností a schopností, což s sebou přináší riziko vzniku pocitu méněcennosti, zvláště pokud se neúspěchy dostavují na základě některé z jeho odlišností. Uzpůsobená integrace dětí s postižením však může pozitivně ovlivnit nejen samotné dítě, ale i třídu, která tak získává pozitivní postoje k lidem s postižením (25).

V tomto období, kdy se děti setkávají s mnoha informačními kanály, by děti měly dostávat od rodičů dostatek informací o sexualitě a rodiče by měli vybudovat přijímající atmosféru bezpečí, ve které se děti mohou a chtějí svěřit se svými otázkami i různě matoucími informacemi, které se k nim dostávají (29).

#### *Fáze dospívání (od 11 do 22 let)*

Freud označil tuto fázi jako začátek genitálního stádia v lidském životě, které trvá až do smrti (12). V této fázi se probouzejí sexuální touhy, které by měly dospět do navázání vztahu.

Erikson (28) ve fázi pubescence a adolescence spatřuje integraci identity, a to zejména při jedincově bilancování předcházejících fází, tedy porovnání vybudované kontinuity a neměnnosti vzhledem k tomu, jak ho vidí okolí. Mladistvé lásky pak dle Eriksona slouží k dotvoření si identity skrze projektování vlastního ega do partnera, čímž skrze dlouhé hovory dochází ke snaze své ego tímto způsobem zjasnit a pochopit.

Fáze dospívání lze rozdělit na (25):

- Období pubescence
- Období adolescence

### *Období pubescence (od 11 do 15 let)*

V tomto období děti rády pečují o mladší děti, zejména dívky kolem 12 let jsou velmi svědomitými pečovatelkami (31). Je pravděpodobné, že v důsledku absence mladších sourozenců, o které by mohly děti takto pečovat, dochází v dospělosti k pocitům bezradnosti, respektive nepřipravenosti, při pečování o vlastní dítě (25).

Nástup puberty je často signalizován nástupem menarche u dívek a noční polucí u chlapců (30). Další signály dospívání jsou tyto (29):

- *Pořadí pro muže*

- Růst varlat a šourku
- Rovné ochlupení
- První změny hlasu
- První ejakulace
- Zkadeřené ochlupení
- Rychlý růst
- Ochlupení v podpaží
- Značné změny hlasu
- Růst vousů

- *Pořadí pro dívky*

- Vývin prsou
- Rozšíření boků
- Rovné ochlupení
- Rychlý růst
- Zkadeřené ochlupení
- Menstruace
- Ochlupení v podpaží
- Změny hlasu

V době puberty dochází k rozvoji zájmu o druhé pohlaví. Tento zájem a jeho vývoj má své zákonitosti, které jsou v případě normálního psychosexuálního vývoje dodrženy (23). Mellan (23) dále uvádí, že zvyšující se počet sexuálních stimulů urychluje sexuální vývoj a naopak, je-li jedinec od těchto podnětů zcela izolován, jeho sexuální vývoj se zpožďuje. Navíc jsou některé průvodní projevy dospívání brány i v intaktní populaci jako stigma, což se týká například menstruace, o které by se mělo otevřeněji hovořit a umožnit tak dospívajícím dívkám vytvořit si k menstruaci pozitivní postoj (32).

### *Období adolescence (od 15 do 20 - 22 let)*

V tomto období dochází k dosažení plné reprodukční zralosti, navazování prvních erotických vztahů a změně sebepojetí (25). Mluvit s dospívajícími o sexu je již velmi obtížné a lze tak jediné v atmosféře důvěry, přijetí a pochopení (Trojan, 2009). Na významu nabývají v emočním prožívání jedince emoce s erotickou konotací, přičemž se mladí lidé učí tyto emoce kontrolovat, učí se jak ve vztazích s opačným pohlavím zacházet s láskou, apatií a nenávistí (31).

Erikson (28) zdůraznil vliv rituálu na přechod mezi dětstvím a dospíváním. V této době však jasné vymezení přechodu neexistuje a mladí lidé tak jsou ještě více zmateni (33). Místo aby tak dostali signál, co od nich společnost očekává a jakých norem se nyní mají držet, musí si projít vágním obdobím hledání, kdy v současné společnosti působí mnoho vlivů a mladý člověk spatřuje, že téměř žádná norma neplatí pro každého (31).

K tomuto zmatení přispívá i tápání dospělého, kdy neví, jak se k dospívajícímu zachovat např. při vyjadřování své rodičovské lásky (polibky, objetí), dospívající děti tak přicházejí o fyzický kontakt s rodičem a často tak cítí opuštěnost a hledají na sobě chyby (29). Je však třeba uvědomit, že důležitým vývojovým úkolem dospívajících je vytvoření nezávislosti (separace) od rodičů a navazování vztahů k vrstevníkům (31). Pokud se tento vývojový krok nepodaří uskutečnit, mohou nastat u mladých lidí problematické prvky v chování (nenávist až agrese k rodičům, regrese na ranější stupeň závislosti na nich, uzavření se do světa fantazií a snění) (31). Faktem je, že mnoho rodičů (zvláště matek) nechce o děti přijít a snaží se vztah závislosti co nejvíce prohloubit (25).

V období dospívání si tak mladí lidé hledají své referenční skupiny, ve kterých nalézají své místo a svou hodnotu a tyto skupiny často až krutě odmítají jedince s určitou odlišností (28). Dle Eriksona (28) se tak děje na základě ochrany své identity skrze stereotypní sounáležitost a vymezenost.



### *Dospělost*

Dospělost je považována za stav zralosti a předpokládá se, že jedinec prošel uspokojivě osobním vývojem k pevné identitě a odpovědnosti jak osobní, tak občanské. Dospělý člověk by měl plnit, vzhledem k sexualitě, tyto funkce (25):

- má mít dobrou sebedůvěru bez pocitů viny,
- má být schopen běžného sexuálního styku bez pocitů viny a zábran a má umět lásku dávat a přijímat,
- má zvyšovat svůj zájem o blaho lidí ve stále širším okruhu (např. o blaho rodiny, přátel, obce atd.).

Vágnerová (34) rozděluje dospělost na:

- mladou dospělost,
- střední dospělost,
- starší dospělost,
- rané a pozdní stáří.

### *Mladá dospělost (od 20 do 40 let).*

V současné době je mnoho variabilních cest k dospělosti, lidé jsou u rodičů déle, později budují kariéru a rodinu, zakládají spíše neformální vztahy a do manželství vstupují později až po době, kdy se společný vztah osvědčí (25). Vzhledem ke zvyšujícím se nárokům se prodlužuje u lidí doba studia a tím se prodlužuje doba střídající se závislosti na rodičích (25)

Erikson (28) toto období nazývá „intimita proti izolaci“. Jedná se o zkoušku dosavadního vývoje, kdy by člověk měl být schopen otevřít se druhému, navázat vzájemný pohlavní vztah a riskovat přitom zranění vlastního ega a ztrátu identity. Kdo není schopen tohoto otevření, vstupuje do izolace, ať se jedná o osamocení či osamocení ve dvou, kdy dva lidé žijí nikoliv spolu ale vedle sebe.

### *Střední dospělost (od 40 do 50 let)*

Erikson (28) vnímal střední dospělost jako rozcestí, kdy je na jedné straně stagnace a na druhé generativa a člověk tak může dosáhnout cíle svého vývoje, ve kterém se z učícího se stává ten, kdo učí. Lidské ego tak investuje do nového života. Je zde riziko, že lidé, kteří tohoto cíle z různých důvodů nedosáhnou, regredují, chovají se k sobě jako k vlastnímu dítěti či se jako k dítěti chovají ke svému partnerovi a mohou si tak libovat v nemocech či invaliditě (28).

V tomto období tedy nastává vhodný čas pro uspokojení těchto hluboce zakořeněných potřeb (25):

- potřeba intimního emočního soužití,
- touhu mít děti a prožívat s nimi radost z jejich vývoje,
- mít někoho o koho mohu pečovat.

Je však pravdou, že šťastný život nemusí být zákonitě naplněn rodinným životem, mnoho lidí žije samo či v bezdětných párech a našli jiné naplnění například v podobě práce či kulturního, společenského či duchovního života (25).

### *Starší dospělost (od 50 do 60 let) a stáří (60 a více let)*

V pozdní dospělosti se u lidí projevuje andropauza a menopauza. Fyziologické změny vyvolané sexuálními hormony (34). Žádný z těchto procesů však přímo neovlivňuje sexuální touhu, ta je spíše snižována tlakem současné společnosti na kult mládí a tím zhoršené adaptace na fyzické změny snižující tak sebehodnotu stárnoucích lidí. Míra spokojenosti se sexuálním životem je také spíše určována spokojeností s partnerským vztahem, než by tomu bylo naopak, neboť přijímající a milující vztah dokáže překlenout a i přetransformovat mnoho sexuálních problémů a nesouladů (25).

Manželství u lidí středního věku lze rozdělit na tyto formy (25):

- neutrální soužití dvou lidí, nikoliv spolu, ale vedle sebe a to především z pohodlnosti a zvyku,
- formální vztah poznamenaný konfliktem (např. mimomanželské vztahy),
- vztah založený na sdílené zkušenosti, tedy na společném žití a rozvoji, radostném dávání a přijímání, sdílení hodnot a přizpůsobování se jeden druhému.

Manželské páry pak ve stáří ztrácejí vzájemnou sexuální touhu, nemizí ovšem zcela a uvádí se, že až 62% mužů a 30% žen nad 80 let má alespoň občasný sexuální styk (25).

#### ***1.1.5.2 Vývoj sociosexuálních vztahů***

##### *Období před vznikem partnerství*

Dítě je ve svém sociosexuálním vývoji ovlivněno zejména interakcí svých rodičů a tyto vzorce následně promítá do svých sociálních kontaktů (25).

Po nástupu do školy vytvářejí děti izosexuální skupiny, tedy skupiny chlapců a dívek, které se mezi sebou vzájemně nebaví a navzájem si potvrzují svou roli, chlapci se chovají hlučně a hrdinsky, dívky ukazují svou ženskost, zdobí se, češou i flirtují se svými učiteli (29). V následném období vzájemného svěřování se a vzájemné důvěry se z těchto skupin posléze vydělují izosexuální dyadické vztahy, respektive vzniká pevné přátelství většinou mezi dvěma dívkami a dvěma (i více) chlapci (31).

Dále si pak v počátečním období pubescence vytváří mladí lidé heterosexuální skupinové vztahy, ve kterých se postupně skupiny chlapců a dívek navzájem kontaktují, pokřikují na sebe, za různým účelem se setkávají, přičemž se tyto aktivity postupně přesouvají do dyadického párového uskupení (31).

### *Partnerství*

Společné soužití dvou lidí patří kromě práce k nejvýznamnějšímu naplnění života, neboť přispívá k harmonii a smysluplnosti třech časových rovin lidského života (minulosti, přítomnosti a budoucnosti) a také dochází naplnění potřeby intimního emočního soužití a touhy mít děti (25).

Posloupnost výběru partnera má tuto obecnou posloupnost (8):

- *partner vysněný* (např.: herečky, sportovci),
- *statusový partner* (tento typ se vyskytuje zejména v období, kdy se člověk nachází v kolektivních zařízeních a partner slouží zejména k porovnání se s vrstevníky),
- *intimní (důvěrný) partner*,
- *životní partner* (jehož osobnost si člověk cenní z pohledu společného života a případného založení rodiny).

Weis (9) uvádí interakce, jejichž následnost vede k dyadickému pohlavnímu spojení a při ulpění na jednotlivém stupni se může vyskytnout parafilní chování:

- *lokace* - vizuální zaměření a zhodnocení partnera,
- *pretaktilní interakce* – pohled, úsměv, rozhovor atd.,
- *taktilní interakce* – líbání, objetí, nekointální interakce,
- *efektivní genitální spojení* – fáze kopulační.

### *Nesezdané partnerství*

Vyšší výskyt nesezdaných soužití se vyskytuje nejprve ve skandinávských zemích od 70. let minulého století a postupem času se tento fenomén rozšiřuje po celé Evropě (35). Rizikem nesezdaného soužití je jeho menší stabilita, a to až pětkrát menší oproti manželství, což by mělo mluvit spíše proti tomuto svazku, avšak důvodem nárůstu nesezdaných soužití v populaci je mimo jiné i prodloužení fáze, kdy pár úspěšnost

svého spolužití pouze zkouší a vstup do manželství oddaluje z ekonomických, kariérních či studijních důvodů (35).

### *Manželství*

Dle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, je manželství trvalé soužití muže a ženy a hlavním důvodem vzniku je početí a výchova dětí. Štěrbová (1) dále zdůrazňuje, že manželství kromě plození dětí plní i emociální a ekonomickou oporu dvou lidí a je tedy důležité i pro bezdětné páry. Manželský slib totiž zvyšuje pevnost soužití, což přináší větší jistotu partnerům i jejich dětem (35). Zvláště muž by měl tímto rituálem projít a říci vědomě a svobodně své ano, jinak může nastat situace, kdy se bude cítit do vztahu vtažen proti své vůli (14).

### *Registrované partnerství*

Dle zákona č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství, se jedná o trvalé společenství dvou osob stejného pohlaví, které vzniklo na základě svobodného a úplného rozhodnutí. Tímto krokem však partneři jako jednotlivci i dvojice pozbývají práva na osvojení dítěte, což je dle Wintra (36) v rozporu s Evropskou úmluvou o ochraně základních práv a svobod a s ústavou České republiky a jedná se o diskriminující postoj k lidem v registrovaném partnerství. Homosexuální páry nemají v České republice možnost využít asistované reprodukce, která je dostupná pouze pro heterosexuální páry, čímž se potvrzuje kontroverznost tohoto tématu v České republice (37).

### *Rodičovství*

Narození dítěte přináší manželům možnost starat se o někoho, kdo je na nich závislý, kdo je potřebuje, čímž je umožněno páru přesáhnout sebe sama a naplnit tak další důležitou životní potřebu (25). Erikson (28) upozorňuje, že některé páry z různých důvodů děti mít nemohou či nechtějí a hledají tak naplnění v produktivitě a tvoření. Tento životní směr také umožňuje přesah sebe sama, nelze jím však plození a výchovu dětí zcela nahradit (28).

Pro plnohodnotné rodičovství, které uspokojuje základní potřeby jak dětí, tak i rodičů, musí člověk dozrát a být komplexní osobností. (31). Rodina by pak měla být harmonickým a láskyplným prostředím, kde má dítě možnost poznat a identifikovat se s mužským či ženským vzorem (25). Potřeby, které jsou důležité k vývoji dětí, jsou dle Matějčka (38): „potřeba stimulace, potřeba smysluplného světa, potřeba životní jistoty, potřeba pozitivní identity, potřeba otevřené budoucnosti“.

## **1.2 Sexualita lidí s mentálním a kombinovaným postižením**

Sexualita lidí s mentálním postižením není vnímaná laickou ani odbornou veřejností jednotně. Od názoru, že lidé s mentálním postižením mají svou sexualitu na stejné úrovni, jako jsou jejich kognitivní funkce (tedy v dětském věku) až po názor, že sexualita je na úrovni mentálního vývoje nezávislá (39).

### ***1.2.1 Právo člověka s postižením na sexualitu***

Mezinárodní dokumenty a úmluvy (Valným shromážděním OSN přijatá Deklarace práv mentálně postižených osob z roku 1971, Deklarace práv lidí s postižením z roku 1975, Světový program pro akci ohledně lidí s postižením z roku 1982 a Standardizovaná pravidla vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením z roku 1993) směřují k většímu důrazu na práva jednotlivce a ke změně pečovatelského přístupu k lidem s postižením na postoj, který vnímá člověka s postižením jako autonomní bytost odpovědnou za svůj život a rozhodující o svém životě (40).

### *Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením*

Aktuálním mezinárodním dokumentem v oblasti práv lidí s postižením je Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením (dále jen Úmluva) schválená valným shromážděním OSN roku 2006 a kterou Česká republika ratifikovala v roce 2009 (41).

Úmluva konkretizuje stávající práva a potvrzuje jejich nedělitelnost a provázanost (42). Tudíž pouze jejich komplexní a kontinuální naplňování může vést k plnoprávnému a rovnocennému životu lidí s postižením. Ve výčtu práv Úmluvy (42) se vztahují významně k sexualitě tato:

- ochrana před vykořisťováním, násilím a zneužíváním,
- rovnost před zákonem,
- ochrana osobní integrity,
- svoboda projevu a přesvědčení a přístup k informacím,
- nezávislý způsob života a zapojení se do společnosti,
- respektování soukromí,
- respektování obydlí a rodiny,
- zdraví.

Např. v právu „respektování obydlí a rodiny“ (42) se zavazují státy, které úmluvu ratifikovaly, k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech oblastech manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů, aby tyto osoby dosáhly rovných podmínek s ostatními. Také státům ukládá vytvořit podmínky umožňující osobám s postižením tato práva uskutečňovat. Lidé se zdravotním postižením tak mají právo na založení rodiny, na svobodné rozhodnutí o počtu svých dětí, na vykonávání pěstounské péče, na přístup k informacím a k sexuální výchově.

*Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2012 – 2014*

Z obecných zásad Úmluvy na ochranu osob se zdravotním postižením vychází v České republice Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2012 – 2014 (dále jen Národní plán). Obsahuje vybrané zásady úmluvy, které jsou považovány za stěžejní pro příštích pět let (41).

V Národním plánu (41) je např. uvedena zásada „Respektování obydlí a rodiny“, ke které se však národní plán vyjadřuje pouze z hlediska podpory zájmu žadatelů (i žadatelů s postižením) k přijetí dítěte s postižením do pěstounské péče a ochraně lidí se zdravotním postižením před domácím násilím.

Naproti tomu dokument Alternativní zpráva pro výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením (43) poukazuje na nesoulad mezi dikcí Úmluvy a skutečností, že v ČR jsou z možnosti uzavřít manželství či plnit rodičovskou roli vyloučeni lidé, kteří jsou zbaveni právní způsobilosti, což odporuje článku 23. (respektování obydlí a rodiny) a zejména článku 12. (rovnost před zákonem). Matiaško (40) pak dále upozorňuje na stoupající tendenci odebrání právní způsobilosti a považuje tento institut za nadužívaný a to i v případě, kdyby se jednalo o ochranu lidí s postižením.

Národní plán (41) se vyjadřuje k právu „rovnost před zákonem“ (lidé s postižením mají mít právní způsobilost ve všech oblastech života) ve smyslu, že za účelem jeho naplnění je nezbytné vytvoření legislativních změn v občanském zákoníku a namísto „náhradního rozhodování“ nastavit „asistované rozhodování“, které vyjadřuje skutečnost, že lidé s postižením o sobě rozhodují sami na základě větší či menší podpory.

*Listina základních práv a svobod*

V České republice jsou, krom výše ratifikovaných dokumentů, upravena práva člověka spojená se sexualitou v Listině základních práv a svobod v článku č. 7 (nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena) a 10 (každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do rodinného a soukromého života) (44). Na základě předchozích faktů a skutečnosti, že sexualita je nedílnou součástí lidského



života, bez ohledu na postižení, je zabraňování lidem s postižením v prožití jejich sexuality, jejíž projevy neohrožují společnost a nemají formu trestného činu, porušováním základních lidských práv (6).

### ***1.2.2 Obecná charakteristika mentálního postižení***

Lečbych (5) uvádí tři základní modely popisující mentální retardaci:

#### *Limitační model*

V rámci tohoto pojetí je mentální retardace popisována za vrozený stav, který na základě narušení kognitivních funkcí omezuje adaptační schopnost člověka z hlediska jeho biologického věku a v rámci aktuálních společenských norem (45). Jsou popisovány negativní charakteristiky člověka s postižením jako například: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, sugestibilita, rigidita v chování atd., které vycházejí ze změněné funkčnosti kognice (smyslová percepce, myšlení, paměť, pozornost, emoce, volní projevy) (8). Lečbych (5) považuje tento model v současné době integrace a inkluze za zastaralý a zbytečně svádějící společnost k náhledu na lidi s postižením jako na děti a ke škatulkování těchto lidí dle níže uvedené klasifikace. Naproti tomu však Thorová (45) argumentuje, že má-li personál kvalitně pracovat s lidmi s postižením, je třeba, aby dobře znal jejich diagnózu a tak lépe pochopil jejich specifické projevy chování, které z této diagnózy vycházejí.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (46) je mentální retardace rozdělena na:

- *F72 Lehká mentální retardace* (IQ 50 až 69, což u nepostižených lidí odpovídá věku 9 až 12 let),
- *F73 Středně těžká mentální retardace* (IQ 35 až 49, což u nepostižených lidí odpovídá věku 6 až 9 let),

- *F78 Těžká mentální retardace* (IQ 20 až 34, což u nepostižených lidí odpovídá věku 3 až 9 let),
- *F79 Hluboká mentální retardace* ( IQ dosahuje nejvýše 20, což u nepostižených lidí odpovídá věku pod 3 roky),
- *F78 Jiná mentální retardace*,
- *F79 Neručená mentální retardace*.

#### *Popisný model*

Tento model se místo na klasifikaci postižení a jeho negativních konotací zaměřuje na člověka, na jeho osobnost a postižení přesouvá mezi široké spektrum dalších charakteristik člověka, čímž se snaží zabránit nálepkování člověka, které mnohdy vyplývá z překrytí bytosti diagnózou (5). Takto zaměřený model na osobu nevychází z představy, jaký by člověk měl být, ale zaměřuje se na poznání jaký člověk je, na hledání způsobů jak ho podpořit v hledání jeho vlastní cesty životem (47).

#### *Ekologický model*

Vychází z dynamické interakce mezi jedincem a prostředím, kdy až skrze tuto interakci nabývá pojem mentální retardace specifického obsahu a důležitosti v životě jednotlivého člověka (5).

Matoušek (48) uvádí z hlediska ekologického přístupu tři oblasti, na které se sociální pracovník při řešení problému uživatele zaměřuje:

- vývojové etapy životního cyklu,
- užívání a ovlivňování prvků prostředí,
- fungování rodiny nebo skupiny z hlediska konfrontace vývojových úkolů či úkolů, které jsou před ně stavěny prostředím.

### ***1.2.3 Obecná charakteristika kombinovaného postižení***

Lidé s kombinovaným postižením představují jednu z nejvíce komplikovaných skupin a přesto jejich problematika je v rámci speciálně pedagogické nejméně propracovanou (49). Zároveň nelze posuzovat člověka s kombinovaným postižením na základě součtu jednotlivých postiženích, ale vždy jako komplexní bytost (8).

Nejčastěji se vyskytujícím postižením ve sféře kombinovaných vad je právě mentální retardace, jež se kombinuje s (49):

- psychosociálním postižením,
- somatickým postižením,
- smyslovým postižením,
- narušenou komunikační schopností.

Kombinované postižení výrazně omezuje hranice možností jedince a narušuje tak základní kontakt mezi dvěma osobami (8).

*Rozvoj komunikace* je tak stěžejní oblastí v aktivizaci a socializaci lidí s kombinovaným postižením, přičemž důvody vedoucí k narušení komunikace mohou vznikat jak ve fázi příjmu (např. smyslové postižení), tak ve fázi zpracování, uchování a znovu vybavení informace či až ve fázi exprese řeči (49). Štěrbová (1) na příkladu mladé ženy s těžkou komunikační poruchou uvádí, jak při důsledném a systematickém používání alternativní komunikace (v tomto případě piktogramů) lze získat vhled do jedincova prožívání sexuality a podpořit jej v komunikaci a tedy i v sexuálním vyjádření.

Výrazným zásahem do lidské integrity je *tělesné postižení*, neboť pohyb není jen fyziologický proces, ale pohybem člověk ztvárňuje sebe sama, své cíle, myšlenky a vztahy v realitě (50). Paralyzovaný člověk však, krom svých možností, může sebe sama vyjadřovat i s pomocí druhých (asistence) či skrze druhé lidi (spolužijící osoby), kteří se ztotožnili s myšlenkami osoby s postižením či je pomáhají realizovat (50).

Musílek (51) upozorňuje na těžkosti lidí s paralyzující diagnózou při naplňování své sexuality, kdy jsou tyto lidé závislí na fyzické pomoci ostatních a tedy i v mnohém případě odkázáni na morálku pečujících. Přičemž formy pomoci se mohou pohybovat od pořízení speciální pomůcky (např.: umělé vibrační vaginy), asistenci při souloži či poskytnutí sociální služby „sexuální asistence“, která funguje např. v Holandsku (51).

#### ***1.2.4 Člověk s postižením a specifické faktory ovlivňující jeho sexualitu***

Obecné oblasti, ve kterých jsou lidé s postižením znevýhodněni oproti intaktní populaci (52):

- *zdravotní stav* (omezení hybnosti, epilepsie, poruchy smyslů či estetické vady se mohou podílet na snížení možnosti člověka s postižením zaujmout potenciálního partnera),
- *psychika* (osobnostní rysy, komplexy, egocentrismus, narušené sebevědomí, neznalost či nerozeznávání hranic),
- *sociální oblast* (specifický denní režim, absence harmonického zázemí, omezení sociálních kontaktů),
- *komunikace* (omezený slovník, málo informativní řečový projev, méně spolehlivá slovní paměť, obtížené vyjadřování pocitů a citů),
- *stupeň postižení*.

#### ***Lidé s lehkou mentální retardací z hlediska sexuality***

V literatuře se můžeme setkat s ambivalentním postojem k sexualitě lidí s lehkým postižením, neboť se jim připisuje urychlený či naopak zpomalený rozvoj sexuálních projevů (53). Tato skutečnost však, dle Prevendárové (53), nijak nebrání v dosažení plnohodnotné sexuality a jejího naplnění v partnerských vztazích, neboť zejména

absolventi zvláštní školy (nyní základní školy praktické) uzavírají poměrně běžně manželství a zakládají rodiny.

#### *Lidé se středně těžkým a těžkým mentálním postižením z hlediska sexuality*

Lidé s tímto typem postižení mají mnohem obtížnější přístup k samostatnému partnerskému životu z důvodu závislosti na podpoře ostatních lidí a i z téhož důvodu jsou velmi často uživateli pobytových zařízení sociálních služeb (53). U lidí s tímto typem postižení může také převažovat raná fáze sexuálního vývoje, což se pak odráží v absenci snah o sblížení s druhou osobou (52).

#### *Lidé s hlubokým mentálním postižením z hlediska sexuality*

Prevendárová (53) považuje projevy sexuální slasti u lidí s hlubokým mentálním postižením za těžko rozpoznatelné a tudíž diskutabilní. Pravděpodobně u lidí s tímto typem postižení není sexualita vyjádřena ve vazbě na další bytost (52).

### ***1.2.5 Člověk s postižením jako oběť i pachatel sexuálního zneužívání***

Člověk s mentálním a kombinovaným postižením se velice snadno stává obětí sexuálního zneužívání, ale zároveň se může stát velice lehce i pachatelem trestného činu, ať již se jedná o vědomý skutek či se jedná o čin na základě neznalosti (2). Člověk s postižením, i v případě, že je zbaven způsobilosti k právním úkonům, může nést trestně právní odpovědnost za své činy a záleží na posouzení konkrétní situace, zda mu bude tato odpovědnost přiznána či nikoliv (54). Pro vlastní obranu či pro správné rozhodnutí je třeba, aby člověk s postižením dostal informace o sexualitě, o povaze sexuálního zneužívání a byl veden k vlastnímu rozhodování (55).

### *Člověk s postižením jako oběť*

Štěřbová (1) z hlediska protokolu sexuality lidí s mentálním postižením vnímá sexuální zneužití jako jakékoliv sexuální jednání, které nevychází ze souhlasu druhé osoby. Autorka však upozorňuje na nedůsledné hodnocení tohoto souhlasu v zařízeních sociálních služeb s hlediska jeho plnohodnotné informovanosti. Lidé s postižením mají větší pravděpodobnost, že budou zneužiti než intaktní populace, přičemž pachatelem těchto činů se nejčastěji stávají jejich známí či blízké osoby (8).

Rizikové faktory u osob s postižením (55):

- závislost na péči,
- omezené a rozpoznávací a obranné schopnosti,
- nízké sebevědomí,
- neschopnost samostatného jednání.

### *Člověk s mentálním postižením jako pachatel*

Nikde v České republice není systematicky zjišťováno, zda se člověk s postižením dokáže bránit sexuálnímu zneužívání a zda si je vědom, že svým chováním obtěžuje či zneužívá jinou osobu s postižením (2). Autoři Uzel a Mitzlöhner (16) řadí mezi rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost výskytu sexuální agrese v anamnéze, mentální postižení jedince. Mentální postižení se také, dle Weisse (9), vyskytuje u lidí s pedofilním zaměřením, kdy právě pro lidi s mentálním postižením je dětský svět bližší a dostupnější.

K sexuálnímu obtěžování může také docházet z důvodu nesprávného osvojení navazování kontaktu se sexuálně preferovaným objektem, na což je třeba se zaměřit při edukaci lidí s postižením (1). V rámci procesu integrace je tak důležité přenášení přiměřené odpovědnosti za chování lidí s postižením na ně samotné a vyvarovat se neopodstatněnému zakrývání a přehlížení trestného chování, kterého se jednotlivé osoby s mentálním postižením případně dopustí (54).

Vybrané trestné činy spojené se sexualitou dle trestního zákoníku (zákon č. 40/2009 Sb.):

- § 155 Ohrožení pohlavní nemocí
- § 185 Znásilnění
- § 186 Sexuální nátlak
- § 187 Pohlavní zneužití
- § 188 Soulož mezi příbuznými
- § 189 Kuplířství
- § 202 Svádění k pohlavnímu styku

#### ***1.2.6 Charakteristiky sociosexuálního vývoje lidí s postižením***

Pokud se rodičům narodí dítě s postižením, jsou hned v prvních týdnech konfrontováni s náročnou situací a záleží, jakým způsobem se s ní vyrovnají a jaký vliv tento proces bude mít na pohodu dítěte během prvních týdnů a měsíců (23). Dítě s postižením potřebuje, kromě přijetí od svých rodičů, také zvýšenou odbornou péči (45). Umístěním do ústavu či častá změna sociálního prostředí a pečujících osob však přináší zvýšené riziko v narušení vývoje dítěte (25).

Děti s postižením jsou výrazně pod větší kontrolou a tak například sexuální hry dětí bez postižení zůstávají často neodhalené, avšak u dětí s postižením je toto chování označeno za hypersexuální (56). Zejména člověk, který vyrůstá v kolektivním zařízení, v horším případě bez možnosti kontaktu s vrstevníky opačného pohlaví (v zařízení nekoedukovaném), si nemůže vytvořit správnou sexuální identitu Bazalová (3).

Při výchově dětí s postižením hrozí také větší riziko nevhodného působení ze strany rodičů, které může pramenit z neakceptace dítěte a jeho postižení (57):

- hyperprotektivní výchova,

- shovívavá liberální výchova,
- rigorózní, autokratická výchova (skryté nepřátelství),
- punitivní, autokratická výchova (přílišné nároky),
- zanedbávající a zavrhuující výchova.

Člověk s postižením je z velké části omezen v sociálních interakcích a je tak pro něj obtížnější navázat *partnerství*, zvláště pokud se jedinec s postižením nachází v kolektivním pobytovém zařízení, kdy dlouhotrvající pobyt v tomto zařízení spíše predisponuje uživatele služby k neustálému vyhledávání statusového partnera, čímž se umocňuje nezralost vztahů těchto lidí (8). Na druhou stranu je však obtížné seznamování i pro lidi s postižením, kteří se pohybují v majoritní společnosti a tedy se nestýkají s lidmi ve stejné situaci (57). Nejvíce perspektivním prostředím se tedy zdá otevřená koedukovaná sociální služba, jako je např. chráněné bydlení (57).

Široká sociální síť (přátelé, známí, příbuzní) je prevencí proti depresím a zvyšuje kvalitu života, z čehož vyplývá, že by pracovníci měli u uživatele rozpoznat nedostatek přátelských vztahů popřípadě milostných vztahů a nabídnout mu podporu při jejich navazování (1).

Uživateli by se tak mělo dostat podpory z hlediska vzniku příležitostí k seznámení, většímu pochopení rizik, které s partnerským i milostným životem vznikají, a také v příležitosti účastnit se programu sexuální výchovy, respektive k osvojení si dovedností a schopností, jež souvisí s udržením a plnohodnotným prožitím partnerského vztahu (1).

Poměrně velké skupině lidí s postižením, která je zbavena způsobilosti k právním úkonům či jsou v této oblasti omezení, je odepřeno uzavřít *manželství*, což odporuje Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (43). Nelze použít výhradu, že někteří lidé s postižením nemohou či nechtějí mít děti a tak je pro ně institut manželství nepodstatnou záležitostí, neboť manželství poskytuje řadu dalších neméně důležitých funkcí (8).



Další životním posláním, které si mohou lidé s postižením zvolit je *rodičovství*. Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením apeluje na odstranění diskriminace v této oblasti a přiznání plných práv lidem s postižením, zdůrazňuje však jejich svobodný a plný souhlas (42). Sociální pracovníci by tak měli nabízet podporu lidem s postižením při plánování rodičovství, při zvažování všech důsledků a dále pak i poskytovat podporu při výchově dětí (1). Může však nastat situace, kdy je touha po dítěti pouze symbolickým vyjádřením snahy osamostatnit se a získat nezávislost (57).

Bojar (58) však varuje před unáhleným vstupem partnerů s postižením do rodičovství, neboť se tak často děje za velkých obětí a nesnází a je důležité zvážit, zda je v silách partnerů všechny překážky překonat a zajistit celé rodině klidné, vlídné, láskyplné a ekonomicky stabilní prostředí, přičemž je u vytoužených dětí v mnoha případech riziko dědičně získaného postižení. Při řešení této situace je také velmi důležité vnímání motivace člověka s postižením pro založení rodiny, neb za tímto přáním mohou být skryté romantické představy či touha po osamostatnění se (8).

### ***1.2.7 Postoj rodiny k sexualitě člověka s postižením***

Bazalová (3) popisuje postoje rodičů jako velmi často zkreslené a odmítavé, přičemž si nechtějí připustit projevy sexuality u jejich dětí. Autorka uvádí jako jedno z možných vysvětlení této situace přetíženost rodičů jinými problémy jejich dětí a pokládá za nutnost, aby v tomto případě zasáhl personál sociální služby. Personál sociální služby však často vnímá oblast sexuality jako něco, co by si měla rodina vyřešit doma, čímž se vytváří nepřehledná situace vedoucí k eliminaci sexuálního chování člověka s postižením (2).

Mezi další důvody eliminujícího postoje rodičů k sexuálnímu chování svých dětí s postižením řadí Štěrbová (2):

- očekávání pozdního rozvoje sexuality z důvodu postižení svého dítěte,

- absence rodičovského očekávání od svých dětí z hlediska sexuálních vztahů, svatby a plození dětí,
- obavy z autoerotiky svého dítěte, nechtěného těhotenství, trapných situací v běžném životě,
- obavy rodičů z jejich odsouzení společností skrze sexuální projevy svého dítěte,
- obavy z obvinění svého dítěte ze sexuálního obtěžování (masturbace na veřejnosti).

Negativními reakce rodičů se nevyskytují pouze v České republice, ale například i ve Švédsku, kde sociální pracovníci narážejí také na předsudky ze strany kolegů (59). Člověk s postižením by však měl být od útlého dětství ukotvován ve své sexualitě a mělo by se mu dostat poučení, jaké tělesné partie jsou intimní, respektive co je vhodné a co není (8).

### ***1.2.8 Předsudky a mýty***

Sexualita lidí s postižením je stále pro veřejnost tabuizovanou oblastí, která není příliš v zorném poli ani odborné nebo laické veřejnosti, k čemuž přispívají předsudky a obavy ze sexuality lidí s postižením, či domněnka, že lidé s postižením jsou zejména osobami, co potřebují rehabilitační a zdravotní péči bez zřetele k dalším aspektům jejich bytí (60).

Výčet předsudků a mýtů uvádí Valenta (8):

- osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud,
- sexuální potřeby osob s mentálním postižením se nechají utlumit fyzicky náročnou prací,
- sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme pohlaví,
- člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem,

- realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí touhy,
- osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv potřeb,
- osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality,
- součást intimního vztahu osob s mentálním postižením musí být i pohlavní styk.

Předsudky však často vznikají z nepochopení situace či z jejího patologického původu. Například důvod zvýšené masturbace či masturbace na veřejnosti u lidí s postižením v ústavních zařízeních může pramenit např. z nudy, kdy je nízký počet pracovníků na poměrně velký počet uživatelů nebo z neumožnění navázání párových sexuálních aktivit a z kompenzace nejistoty a úzkosti (3). Možným důvodem zvýšené masturbace je také např. nevládnutí její techniky (8).

Je třeba se také zamyslet nad klimatem okolo sexuality v samotné společnosti, kdy je médií téměř redukován obraz partnerství na výkonnost v pohlavním styku (61). Lidé s postižením se pak konfrontují s takto překrouceným obrazem sexuality, jež je hodnocena z pohledu výkonu a nikoliv z hlediska vzájemnosti a láskyplnosti, což může v těchto lidech vzbuzovat frustraci a pocit méněcennosti (61).

### ***1.2.9 Sexuální výchova lidí s postižením***

Se sexuální výchovou je dle Šedé (26) třeba začít již od narození dítěte. V tomto období Svatoš (62) spatřuje základ sexuální výchovy v bezděčné nonverbální komunikaci. Výchovu lze tak rozdělit na záměrnou, kdy je použito výchovných prostředků, které vedou ke konkrétnímu výchovnému cíli, a spontánní (funkční), při které se dítě učí skrze nezáměrné podněty ze svého okolí (vztah rodičů k sobě navzájem) (25).

Není potvrzeno, že by otevřenost v sexuální výchově zvyšovala začátek sexuálního života mladých lidí, spíše lze nalézt opak (17), což samozřejmě platí i pro lidi s postižením (1).

Ztěžujícím faktorem při sexuální výchově lidí s mentálním postižením mohou být nevhodné výukové metody a materiály, které staví na abstraktním myšlení a které je třeba nahradit konkrétnějšími způsoby (62). Štěrbová (63) zdůrazňuje zaměření na individuální schopnost přijímat informace jednotlivcem s mentálním postižením, který může mít i kombinaci různých vad (smyslových, somatických). Dalším atributem sexuální výchovy by měla být její komplexnost (zaměření na procesy poznávací, smyslové a na chování jedince) a zapojení interaktivních technik (hraní rolí, simulační hry, skupinová cvičení atd.) (64).

Štěrbová (1) uvádí zahraniční model sexuální osvěty P-LI-SS-IT, který spočívá ve 4 posloupných úrovních intervence:

- P – Permission (ujištění, dovolení),
- LI – Limited information (ohraňovaná informace osvěta),
- SS – Specific suggestions (specifické návrhy),
- IT – Intensive Therapy (intenzivní terapie).

Valenta a Müller (8) uvádějí jednotlivou náplň sexuální výchovy z hlediska stupně mentální retardace:

- *Osoby s lehkým mentálním postižením* - rozsah sexuální výchovy by měl být stejný jako u intaktní populace, jen s využitím názornějších výukových materiálů a větším důrazem na výchovu k sociálním vztahům.
- *Osoby se středně těžkým mentálním postižením* - u této skupiny lidí je důležité zejména zaměřit se na rozvoj sociálních dovedností (zejména dokázat říci ne), hygienických návyků, používat názorné pomůcky a nácvik pomocí scének a pantomim.

- *Osoby s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami* - obsahem sexuální výchovy jsou zejména základy hygieny a soběstačnost a orientace ve vztazích, k čemuž je třeba používat názorných a prostorových pomůcek v životní velikosti.

Štěrbová (1) předkládá výčet znalostí tzv. K-škály, jež slouží v zahraničí k ocenění uživatele rozhodnutí v oblasti sexuality:

- jedinec určí základní části těla,
- jedinec určí vlastní pohlaví,
- jedinec umí rozlišit mezi mužským a ženským,
- jedinec pozná mužské a ženské genitálie (na obrázku),
- jedinec je schopen demonstrovat znalosti a základní funkce vztahující se k mužským a ženským genitáliím,
- jedinec demonstruje porozumění a znalosti masturbace,
- jedinec demonstruje znalost pohlavního styku,
- jedinec umí rozpoznat významné důsledky sexuální aktivity,
- jedinec prokáže znalost regulace porodnosti,
- jedinec prokáže znalost AIDS a dalších sexuálně přenosných nemocí,
- jedinec rozlišuje mezi vhodným a nevhodným místem pro sexuální aktivitu,
- jedinec chápe a má představu o nezákonné sexuální aktivitě.

## 1.3 Sociální služby

### 1.3.1 Poslání a cíle sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje sociální službu jako „činnost či soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ Skrze obecné uznání základních lidských práv a svobod, která přiznávají lidské bytosti hodnotu bez ohledu na postavení a zásluhy, mají lidé s postižením právo na tuto pomoc při řešení jejich nepříznivé sociální situace (65). Mezi imperativy této podpory patří individuálnost, tedy zaměření se na potřeby, cíle a preference jednotlivce (66).

Pörtner (47) v přístupu zaměřeném na osobu se více přibližuje k osobnosti uživatele, k jeho přijetí a pochopení jeho signálů. Autorka zdůrazňuje důležitou schopnost sociálního pracovníka vytvořit „bezpečné prostředí“ pro uživatele, respektive vymezit hranice, ve kterých uživatel může rozhodovat, aniž by pocítil beznaděj z příliš velkého prostoru či tlak z nepatřičného omezení a zároveň vnímal přijetí svého chování.

Úlehla (67) v tomto kontextu rozšiřuje sociální práci a popisuje ji jako profesionální činnost sociálního pracovníka, který vytváří komunikační kanál mezi normami společnosti a uživatelem, jenž má svůj jedinečný pohled na svět a je bytostí, která se svou podstatou či chováním vyčleňuje právě ze společenských norem. Autor uvádí citlivý přístup jak člověka a společnost k sobě přibližovat, přičemž je pracovník nestranným pozorovatelem vědomě rozlišující partnerský (dle autora pomáhající) a kontrolní přístup.

V oblasti sexuality je střed chování jedince a norem společnosti výrazný z hlediska rozdílnosti pohledů na sexualitu samotnou společností a zejména částečným tabuizováním sexuality. Tato skutečnost klade vysoké nároky na sociálního pracovníka, který by měl být proškolený v tomto tématu a měl by si uvědomovat svůj postoj k sexualitě a dokázat s ním pracovat (1).

### ***1.3.2 Forma a druh sociálních služeb pro osoby s postižením***

Sociální služby jsou legislativně zakotveny v zákoně 108/2006 Sb. v aktuálním znění a vyhlášce 505/2006 Sb. v aktuálním znění (68). Oproti předchozím právním úpravám je zákon 108/2006 více zaměřen na podporu integračního procesu a soudržnosti společnosti (69).

Zákon určuje tři formy poskytování služby, z nichž každá by měla mít své vymezení při práci se sexualitou uživatelů (52):

- *služby terénního typu* (důraz na přístup pracovníků z hlediska vymezení hranic v jejich přirozeném prostředí),
- *služby ambulantního typu* (limity sexuality prostorové a obsahové, např.: sexuální styk už ne),
- *pobytové služby* (přesně vymežit co, kdy, kde a za jakých podmínek).

Druhy služeb, které jsou zaměřené na osoby s postižením (65):

- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- denní a týdenní stacionáře,
- podpora samostatného bydlení,
- centra denních služeb,
- pečovatelská služba,
- odlehčovací služba,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- osobní asistence,
- sociálně terapeutické dílny,
- sociálně aktivizační služby.

V současné době probíhá transformace pobytových služeb na alternativní služby umožňující uživatelům život v přirozeném prostředí (69). Jedná se zejména o služby chráněného a podporovaného bydlení v běžné zástavbě za předpokladu přiměřeného počtu uživatelů, kteří jsou ekonomicky nezávislí a mohou se účastnit přirozených denních činností. Tento směr vychází z přirozených potřeb uživatele a zaměřuje se na adekvátní podporu vedoucí k soběstačnému životu (69).

### ***1.3.3 Kvalita sociálních služeb***

Nástrojem pro nastavení kvality sociálních služeb a její zpětné kontroly jsou standardy kvality sociálních služeb, které vymezuje vyhláška 505/2006 (68). Cílem standardů je kromě stálého zvyšování kvality služeb zejména ochrana práv a svobod uživatelů, podporování rovného přístupu uživatelů ke zdrojům, jejich plnohodnotného a nezávislého života v přirozeném prostředí (70). Štěrbová však uvádí, že ve Standardech kvality není explicitně zmíněna otázka sexuality lidí s postižením, čímž je umožněno některým poskytovatelům sociálních služeb tuto oblast neřešit, respektive nevytvářet příznivé podmínky pro vyjádření sexuality jako jsou např.: intimní místnost pro soukromý kontakt dvou uživatelů, vyškolený personál atd. (1).

Výčet standardů kvality v sociálních službách je uveden ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb.:

- cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- ochrana práv osob,
- jednání se zájemcem o sociální službu,
- smlouva o poskytování sociální služby,
- individuální plánování průběhu sociální služby,
- dokumentace o poskytování sociální služby,
- stížnosti na kvalitu nebo poskytování sociální služby,



- návaznost sociální služby na další dostupné zdroje,
- personální a organizační zajištění sociální služby,
- profesní rozvoj zaměstnanců,
- místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- informovanost o poskytované sociální službě,
- prostředí a podmínky,
- nouzové a havarijní situace,
- zvyšování kvality sociální služby.

#### ***1.3.4 Zplnomocnění***

Dle Navrátila (71) se v klasickém pojetí sociální práce užívalo konceptu „uschopnění“, které sice umožňuje uživateli díky nabytým dovednostem samostatně zvládnout životní podmínky, ale tento koncept nebere v potaz kulturní a strukturální otázky, jejichž působení se podílí na vzniku oprese vůči uživateli, tedy znevýhodnění uživatelů vůči majoritní společnosti, a to zejména v upírání práv a možností, které jsou ostatním dostupné.

Na opresi zplnomocněním reaguje pedagogika osvobození Freire, který definoval dva kroky v boji proti znevýhodnění (48):

- sociální pracovník probouzí vědomí uživatelů z hlediska jejich utlačení a spoluvytváří praxi, která usiluje o změnu,
- skrze kolektivní akci, kdy dochází na základě sdíleného cíle ke kulturní transformaci.

Zplnomocněním se tak postupně dostává znevýhodněným a utlačovaným lidem do rukou moc nad svými životy, čímž se vymaňují z nadvlády mocenské elity a díky jednotnému působení se podílejí na strukturálních změnách (71).

Úlehla (67) nepopisuje zplnomocnění jako boj proti strukturálnímu znevýhodnění, ale jako situaci, kdy je uživateli v určitých oblastech života pracovníkem přenechána plná kompetence v rozhodování a chování. Autor dále klade podmínku, že ke zplnomocnění dochází v těch oblastech, které jsou správně zakotveny, ve kterých se uživateli daří a jichž si uživatel cení. Vychází se z předpokladu, že uživatel potřebuje v co největší míře zažít pocit vlastní kontroly nad životem.

Úlehla (67) dále uvádí předpoklady ke zplnomocnění ze strany pracovníka:

- víra v to, že klient (nyní uživatel) chce vždy spolupracovat,
- víra, že uživatel ví co je pro něj dobré,
- skutečnost, že uživatel je schopen své problémy řešit a v minulosti své problémy již řešil,
- cíle určuje a upřesňuje uživatel,
- uživatel je odborníkem na vlastní život,
- užitečnost spolupráce s pracovníkem a její konec určuje uživatel.

### ***1.3.5 Souhlas se sexuálním chováním***

Pracovník v zařízení sociálních služeb musí vyhodnotit souhlas uživatele se sexuální aktivitou z důvodů ochrany člověka s postižením před sexuálním zneužíváním (1). Autorka tak považuje za podmínku bezpečného rozhodování lidí s postižením skutečnost, že jejich souhlas či nesouhlas je informovaný a znalý důsledků svého chování. Štěrbová (63) uvádí tři kritéria z výzkumu z roku 2001, který vytvořili Kennedy, Niederbuhl, na jejichž základě lze posoudit souhlas člověka s postižením:

#### *Uživatel si uvědomuje důsledek sexuální aktivity*

- Znalost, že těhotenství a sexuálně přenosné nemoci jsou možné důsledky sexuální aktivity.
- Znalost, jak předejít sexuálně přenosným nemocem.
- Znalost z náležitého použití a dodání realistické metody regulace porodnosti.

#### *Základní a podstatné sexuální znalosti*

- Rozpoznání fyzických rozdílů mezi muži a ženami.
- Chápání a porozumění vlastnímu pohlaví.
- Identifikace základních částí těla a mužských a ženských genitálií.
- Schopnost komunikovat o pohlavním styku, porozumět mu a vědět, jak je vykonáván.

#### *Schopnosti bezpečí*

- Schopnost při komunikaci říct „ne“.
- Schopnost rozpoznat nebezpečné situace.
- Schopnost plánovat budoucí události.
- Schopnost činit volby.

### **1.3.6 Zavádění protokolu sexuality v zařízení**

Organizace Pohoda o.s. (72), která kromě sociálních služeb nabízí i vzdělávací kurzy pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, zveřejnila unikátní Osu zapojení pracovníka do práce se sexualitou člověka s postižením:

- *Před osou* - pracovníci nevnímají člověka s postižením jako sexuální bytost, projevy sexuality ignorují, hodnotí jako projevy dětské náklonnosti či je omezují.

- *První čtvrtina osy (respekt)* - pracovníci vnímají i sexuální stránku uživatele s postižením a tedy ji přijímají jako součást své práce. Zároveň respektují projevy sexuality jedince a vhodně usměrňují sexuální projevy, které nejsou vhodné (např. místem) nebo zasahují do práv jiných lidí. Vytvářejí tak atmosféru důvěry a přijetí.
- *Druhá čtvrtina osy (řešení konkrétních otázek)* - jedná se svobodnou volbu jednoho či dvou pracovníků věnovat se více oblasti sexuality lidí s postižením, což znamená, být vyškolen v této oblasti a řešit s uživateli konkrétní zakázky (vysvětlení procesu masturbace, plození dětí).
- *Polovina osy (zlom v intervenci)* - v této chvíli se v rámci zakázky uživatele pracovník přesouvá od teoretické podpory k fyzické přítomnosti (avšak s absencí fyzického kontaktu). Pracovník by měl být odborník z jiné organizace.
- *Třetí a čtvrtá čtvrtina osy (služby)* - ve třetí čtvrtině se jedná o asistenci např. u soulože (pomoc nastavit do správné polohy či pomoc s kopulačními pohyby). Poslední část osy patří službám, které se poskytují v jiných zemích (Německo, Nizozemí).

Stejně stěžejní jako je Osa zapojení, je i Dům sexuality, který se zaměřuje se na zapojení všech pracovníků do práce se sexualitou (72):

- *Přízemí* - jedná se o vymezení vedení organizace, jak a v jaké míře se bude organizace a její pracovníci sexualitou zabývat. Jde tedy o jasné sdělení pracovníkům i veřejnosti. Z hlediska veřejnosti se jedná o nabídku služeb pro uživatele.
- *První patro* - druhé patro představuje všechny pracovníky, kteří respektují sexualitu uživatele. Je nezbytně nutné, aby všichni pracovníci (od uklízečky po ředitele) dodržovali stejné zásady a přístupy k sexualitě uživatelů z hlediska první čtvrtiny osy zapojení (respekt k sexualitě).

- *Druhé patro* - dva pracovníci se specializují na oblast sexuality, ale podmínkou je pevnost základů a prvního patra.
- *Třetí patro* - toto patro by tvořily konkrétní služby.
- *Střecha (protokol sexuality)* - umístěné střechy (nad první, druhým či třetím patrem) vychází z pojetí práce se sexualitou uživatelů v daném zařízení. Protokol upravuje práva a povinnosti uživatelů z hlediska sexuality a jasně vymezuje přístup, pravidla a případně metodiku v práci se sexualitou uživatelů.

### ***1.3.7 Témata protokolu sexuality***

Štěrbová (1) ve své knize „Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením“ vytvořila souhrn témat a rozpracovala jejich obsah, čímž vytvořila průvodce při vytváření protokolu sexuality. Autorka se inspirovala z materiálů Regional Residential Services Society a z vlastní klinické praxe:

- sociosexuální vzdělávání,
- soukromí,
- masturbace,
- intimní pomůcky a prostředky,
- informovaný souhlas,
- vrstevnické a přátelské vztahy,
- vzájemné sexuální vyjádření,
- regulace porodnosti,
- těhotenství a rodičovství,
- sexuálně přenosné choroby,
- sexuální zneužívání,
- sexuálně obtěžující chování.

Jinou strukturu protokolu sexuality uvádí ve svých skriptech Diakonie (52) Českobratrské církve evangelické, jež mimo jiné vychází z díla Erika Bosche :

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově uživatelů služby,
- terminologie, kterou v zařízení používáme,
- přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory,
- prevence a způsoby řešení možných důsledků sexuálních aktivit,
- způsob sexuální výchovy a její zásady,
- způsob a témata osvěty,
- práva a povinnosti uživatelů služby,
- spolupráce s rodiči, zákonnými zástupci a opatrovníky + její zásady,
- odpovědnost pracovníků a jejich práva,
- postoj k sexuálnímu abusu a postup při sexuálním zneužití,
- preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta uživatelů a pracovníků).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle**

1. Zmapovat existenci a formu protokolů sexuality či dokumentů s totožným významem ve vybraných zařízeních sociálních služeb v Jihočeském kraji.
2. Provést analýzu protokolů sexuality či dokumentů s totožným významem a srovnat ji s analýzou modelového protokolu sexuality, který je uveden v odborné literatuře.
3. U vybraných pracovníků zařízení sociálních služeb, ve kterých byl tento dokument zjištěn, provést analýzu zkušeností s používáním protokolu sexuality či dokumentů s totožným významem v každodenní praxi.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Vyskytují se ve vybraných zařízeních sociálních služeb Jihočeského kraje protokoly sexuality či dokumenty s totožným významem, a pokud ano, v jaké podobě?
2. Co obsahují protokoly sexuality či dokumenty s totožným významem a jakým způsobem jsou v nich informace prezentovány?
3. Jaké rozdíly či podobnosti lze najít mezi protokoly sexuality či dokumenty totožného významu z vybraných zařízení v Jihočeském kraji a modelovým protokolem sexuality, který je uveden v odborné literatuře?
4. Jaké zkušenosti mají vybraní pracovníci sociálních služeb Jihočeského kraje s protokoly sexuality či dokumenty totožného významu?

## **3 Metodika**

### **3.1 Předvýzkum**

Předvýzkum byl realizován průzkumným šetřením, které bylo provedeno anketou v elektronické podobě v kombinaci s telefonickým dotazováním. Anketa (příloha č. 2) byla zaslána 41 poskytovatelům sociálních služeb v Jihočeském kraji (příloha č. 3), jejichž cílová skupina jsou lidé starší 15 let s mentálním a kombinovaným postižením. Anketa obsahovala 5 otázek s primárním cílem zjistit existenci protokolů sexuality ve vybraných zařízeních sociálních služeb Jihočeského kraje a dále získat doplňující informace o sexuálním chování uživatelů a vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality. Na anketu odpovědělo 9 organizací (příloha č. 4). K získání informací od ostatních zařízení sociálních služeb bylo použito telefonické dotazování. Kvůli telefonické formě, která se neslučuje s intimitou některých otázek z ankety, byla v průzkumu ponechána pouze relevantní otázka o existenci protokolu sexuality a doplňující otázky z ankety tak nejsou do výzkumu zahrnuty.

Průzkumné anketní šetření je nejjednodušší výzkumnou technikou. Anketa má maximálně 5-10 otázek, zpravidla uzavřeného typu, ve kterých se respondent může snadno orientovat (73).

### **3.2 Výzkum**

Výzkum byl realizován, s ohledem na málo frekventované a neprobádané téma, kvalitativní formou za aplikace metod analýzy dokumentů a dotazování, respektive autor použil techniku obsahové analýzy dat a techniku hloubkových polostrukturovaných rozhovorů (seznam základních otázek je přílohou č. 5). Ve výzkumu byly zaznamenané materiály (5 dokumentů a 4 zaznamenané rozhovory) analyzovány otevřeným kódováním a posléze dále zpracovány tematickým kódováním. Ve výzkumu byly použity prvky analýzy diskurzu.



Kvalitativní výzkum zejména přináší zprávu o existenci určitého jevu, popsání jeho struktury a vytvoření nových významových kategorií, která jsou tvořeny např. otevřeným kódováním, při kterém se text rozbíje na jednotky dle neseného významu a tyto jednotky se složí do nové struktury (74). Nové struktury se mohou tvořit právě např. tematickým kódováním, během kterého se jednotlivé texty kódují odděleně a posléze se hledají společné významové linky (74).

Analýza dokumentů je standardní metodou v kvalitativním výzkumu, přičemž v úzkém pojetí se jedná o psané dokumenty a v širším pojetí lze pracovat s veškerými prvky lidské existence (75). Analýza dokumentů přináší to pozitivum, že text nevznikl v interakci s výzkumníkem, a tak nemohl být jeho působením ovlivněn, přesto však texty obsahují různorodé informace, které se vyhodnocují podobným způsobem jako rozhovory (75).

Hlubkové rozhovory jsou nejfrekventovanější technikou při sběru dat, přičemž mezi základní typ patří polostrukturovaný rozhovor, kdy má výzkumník již předem připravenou sérii otázek, z které při rozhovoru vyhází a kterou dále rozšiřuje otázkami novými (74).

Diskurzivní analýza popisuje jakým způsobem je vytvářena sociální praxe v psaném či mluveném slově, skrze jaké gramatické a lexikální prvky lidé konstruují a popisují vnímanou realitu, čemu je dán význam a komu či čemu je přisouzen největší symbolický kapitál (76). V případě zkoumání protokolů sexuality se autor zaměřil na zobrazení sociálních aktérů a dějů v textech.

### **3.3 Zkoumaný soubor**

V rámci předvýzkumu byli do zkoumaného souboru zařazeni poskytovatelé sociálních služeb v Jihočeském kraji, jejichž cílová skupina jsou lidé starší 15-ti let s kombinovaným a mentálním postižením a kteří poskytují terénní, ambulantní i pobytové služby.

Do výzkumu byla zařazena 4 zařízení sociálních služeb, u kterých byl nalezen protokol sexuality či dokument s totožným významem. Z hlediska anonymity výzkumu byla zařízení označena jako: Organizace A, Organizace B, Organizace C a Organizace D. Dokumenty byly na základě místa odkud pocházejí označeny: Dokument A, Dokument B, Dokument C a Dokument D. Pro srovnání byl do výzkumu také zařazen modelový protokol sexuality, který je zveřejněn v knize Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením (1) na stránkách 30 až 60. Tento modelový protokol byl označen jako Dokument Y.

Dále byly do výzkumu zahrnuty 4 pracovníce z výše označených zařízení, dle kterých byly označeny jako: Pracovnice A, Pracovnice B, Pracovnice C, Pracovnice D. Pracovnice A je vedoucí sociální pracovnící s 5letou praxí, Pracovnice B je vedoucí sociální služby pro dospělé s 21letou praxí, Pracovnice C je vedoucí sociální služby pro dospělé s 5letou praxí a Pracovnice D je koordinátorkou sexuality s praxí 2,5 roku. S těmito pracovníci byl realizován hloubkový polostrukturovaný rozhovor.

Pracovnice byly do výzkumu zařazeny účelovým výběrem, kdy prvním kritériem bylo působení v organizaci, která má vypracovaný protokol sexuality či dokument s podobným významem. Druhým kritériem bylo jejich vedoucí postavení ve službě, která protokol sexuality používá, či jejich působení na postu koordinátora sexuality.

### **3.4 Realizace výzkumu**

V průzkumu, který byl použit v rámci předvýzkumu, byla použita anketa tvořená pěti otázkami (příloha č. 2) Tato anketa byla 25. ledna 2012 rozeslána 41 zařízením sociálních služeb, respektive na e-mailové adresy kontaktních osob uvedených v registru poskytovatelů sociálních služeb. Na tuto anketu odpovědělo 9 poskytovatelů sociálních služeb. Ostatní zařízení byla v průběhu února 2012 znovu kontaktována telefonicky. Kvůli výrazné intimitě otázek byla v rámci telefonického dotazování použita pouze relevantní otázka, zdali v zařízení existuje protokol sexuality či dokument s totožným významem. Anketním šetřením a telefonním dotazováním byli nalezeni

4 poskytovatelé sociálních služeb, kteří mají dokumenty, které splňují definici protokolu sexuality či dokumentu s totožným významem. Z důvodu anonymity se v diplomové práci neuvádí názvy organizací a ani úplný přepis nalezených dokumentů.

V průběhu měsíce března roku 2012 byla zařízení, která mají hledané dokumenty, požádána o spolupráci, respektive o poskytnutí dokumentů k důkladné analýze. Organizace A, B a C vyhověly žádosti, dokumenty zaslaly autorovi práce elektronickou formou a souhlasily s uveřejněním výsledků analýzy těchto dokumentů. Organizace D poskytla protokol (Dokument D), který je ve formě veřejného prohlášení a který odkazuje na podrobnou metodiku. Tuto metodiku organizace odmítla poskytnout a autor mohl do metodiky nahlédnout pouze za přítomnosti pracovníka, a z toho důvodu ji nemohl zahrnout do výzkumu. Autor v dubnu a květnu provedl analýzu dokumentů A, B, C, D a také modelového protokolu - Dokumentu Y.

V květnu 2012 pak autor telefonicky kontaktoval vedoucí pracovníce z organizací A, B, C a koordinátorku sexuality z organizace D a následně v červnu a červenci provedl hloubkové polostrukturované rozhovory. Rozhovory byly nahrány na diktafon, s čímž pracovníce předem souhlasily. Během rozhovoru byla použita škála připravených otázek, které byly rozšířeny o otázky doplňující. Z důvodu respektování přání respondentek a dodržení anonymity výzkumu nejsou ve výsledcích uvedeny souvislé přepisy rozhovorů, ale pouze jednotlivé citace.

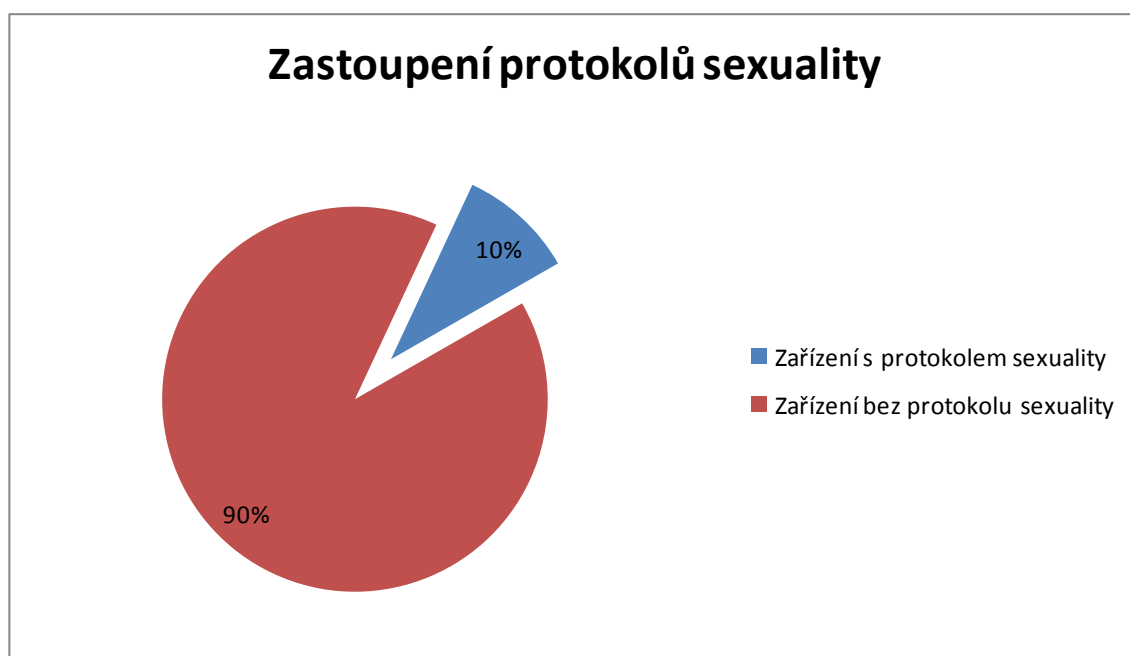
Dokumenty i zaznamenané rozhovory byly analyzovány otevřeným kódováním. Mezi vzniklými kódy jednotlivých dokumentů byly nalezeny společné tematické linky (např.: aktivní aktér, odpovědnost pracovníka, vznik protokolu sexuality atd.), které byly uvedeny a popsány ve výsledcích diplomové práce.

## 4 Výsledky

### 4.1 Vyhodnocení průzkumného šetření

**Zastoupení protokolu sexuality** (či dokumentu s totožným významem) ve vybraných zařízeních sociálních služeb Jihočeského kraje, které poskytují služby lidem starším 15 let s mentálním a kombinovaným postižením.

Graf č. 1



Zdroj: vlastní výzkum.

Ze 41 poskytovatelů sociálních služeb mají protokol sexuality (či dokument s obdobným významem) 4 poskytovatelé, tedy 10% z celkového počtu.

**Poskytovatelé sociálních služeb Jihočeského kraje, kteří mají protokol sexuality:**

Organizace **A**

**Poskytované služby:**

denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením.

Organizace **B**

**Poskytované služby:**

denní stacionář, týdenní stacionář, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny.

Organizace **C**

**Poskytované služby:**

chráněné bydlení, centrum denních služeb, osobní asistence, sociálně terapeutické dílny.

Organizace **D:**

**Poskytované služby:**

denní stacionář, týdenní stacionář.

## 4.2 Obsahová analýza dokumentů

### 4.2.1 Formální stránka dokumentů

#### Dokument A

- Jedná se o oficiální a závaznou vnitřní směrnici.
- Rozsah dokumentu: 4 strany A4 (řádkování 1, písmo Arial 10).
- Dokument není upraven ve snadném čtení Easy to read.

#### Dokument B

- Dokument je vnitřní neoficiální směrnici, která není schválena ředitelem.
- Rozsah dokumentu: 11 stran A4 (řádkování 1, písmo Arial 10).
- Dokument není upraven ve snadném čtení Easy to read.

#### Dokument C

- Jedná se o oficiální a závaznou vnitřní směrnici specifikovanou jako pracovní postupy.
- Rozsah dokumentu: 2 strany A4 (řádkování 1, písmo Times New Roman 10).
- Dokument není upraven ve snadném čtení Easy to read.

#### Dokument D

- Dokument je oficiálním a závazným veřejným prohlášením, které odkazuje na vnitřní směrnici závaznou pro zaměstnance.
- Rozsah dokumentu: 1 strana A4 (řádkování 1, písmo Calibri 11,5).
- Dokument není upraven ve snadném čtení Easy to read.

#### 4.2.2 Analýza dokumentů z hlediska aktérů a jejich prezentace v textu

##### *Zastoupení aktérů v dokumentech*

Ve 4 zkoumaných dokumentech z organizací A, B, C a D a v modelovém protokolu sexuality (Y) se v textu vyskytli tito aktéři:

**Tabulka č. 1**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Y</b>
Uživatel	x	x	x	x	x
Pracovník	x	x	x	x	x
Organizace	x	x		x	x
Zákonný zástupce, opatrovník		x		x	x
Odborník v sexualitě		x	x		x
Student, dobrovolník		x			

Zdroj: vlastní výzkum.

##### *Uzpůsobení textu pro jednotlivé aktéry jako čtenáře a zobrazení autora textu*

###### **Dokument A:**

- V protokolu je počítáno s tím, že jej čtou lidé:
  - bez postižení:  
*„... jsou schopni se naučit ovládat své sexuální impulsy a potřeby stejně jako většina z nás.“*
  - pracovníci  
*„... osvětu můžeme doplnit o ... „  
„... sexuální chování se vyskytuje u každého klienta ...“*

- Organizace je v textu prezentována jako **autor** a vyjadřuje svoje postoje:  
„... *dobrou osvětou napomáháme* ...“

#### **Dokument B:**

- Dokument je zaměřen neutrálně na uživatele, na pracovníky, studenty, dobrovolníky, rodiče či zákonné zástupce/opatrovníky jako na čtenáře:  
„... *zaměstnanec zvaží rozsah sexuálního zneužívání* ...“  
„... *student, dobrovolník nemůže* ...“  
„... *uživatel by si měl co nejvíce* ...“  
„... *zákonný zástupce může* ...“
- Organizace samotná je prezentována jako autor textu:  
„... *vztahy uživatelů si na pracovišti definujeme následovně* ...“  
„... *snahou našich pracovníků je pomoci našim uživatelům* ...“

#### **Dokument C:**

- Dokument jasně vypovídá, že je určen pro zaměstnance:  
„... *na začátku nezapomenout na sebe* ...“  
„... *celý rozhovor začínáme vyjasněním* ...“
- Organizace je v textu čitelná i jako autor textu:  
„... *naše osvěta začíná* ...“

#### **Dokument D:**

Jedná se o veřejné prohlášení (volně dostupné na internetu) **určené všem aktérům** (explicitně uživatelům, zákonným zástupcům, rodičům, pracovníkům)

- Organizace se prezentuje jako **autor** textu:  
„... *považujeme za sexualitu* ...“  
„... *za důležitou pokládáme* ...“



### Dokument Y:

Dokument je napsán v nestranném a neutrálním duchu, kdy se zaměřuje stejným způsobem na všechny aktéry, tedy určuje jednotlivé odpovědnosti. Autor dokumentu tak není v textu zobrazen.

- Organizace

„... poskytovatel by měl rozpoznat ...“

„... zaměstnavatel bude poskytovat školení pracovníkům ...“

- Zaměstnanec

„... zaměstnanci budou respektovat ... „

- Uživatel

„... uživatelé mohou vyjádřit ...“

Na základě této analýzy lze vytvořit následující kategorie:

Tabulka č. 2

Nízký symbolický kapitál uživatele		Vysoký symbolický kapitál uživatele
Dokument je zaměřen jednostranně na <b>zaměstnance</b> jako na čtenáře a organizace je v roli autora.	<b>Dokument je zaměřen na čtenáře</b> neutrálně. Organizace <b>je však v roli autora.</b>	Dokument je zaměřen na čtenáře neutrálně.
Organizace A a C	Organizace B, D	Dokument Y

Zdroj: vlastní výzkum.

## *Aktivní či pasivní vyobrazení aktéra v textu*

### **Dokument A:**

#### **Uživatel**

- V dokumentu A je uživatel jako aktér, který dovede reagovat, ale absolutně zde chybí odkaz na jeho vlastní aktivitu:

*„... jsou schopni adaptivního chování ...“*

*„... dobře reagují ...“*

Uživatelé jsou zobrazeni převážně jako pasivní účastníci děje:

- *„... u klientů je třeba řešit ...“*
- *„... u mužů je třeba řešit ...“*

Vlastní vůle se projevuje v závažných situacích:

- *„... na vlastní žádost jako krajní řešení je možné provést sterilizaci ...“*

#### **Organizace**

Naproti tomu organizace, která je často nejasně vyjádřena 1. osobou množného čísla, je aktivním nositelem děje:

- *„... osvětou napomáháme ...“*
- *„... důraz klademe ... „*

#### **Pracovníci**

Jsou také aktivními nositeli děje:

- *„... vychovatelé zajišťují ...“*

## **Dokument B:**

### **Uživatelé**

Jsou vyjádřeni převážně v pasivní roli:

- „... *budeme se snažit uspokojit uživatelskou potřebu ...*“
- „... *uživatelé jsou vedeni ...*“
- „... *uživatel bude seznámen ...*“

Aktivní role se nachází v místech:

- „... *záleží na uživateli ... jakou formu sexuality si zvolí ...*“
- „... *Uživatel má právo obrátit se na uvedené zaměstnance se svými problémy.*“

V dokumentu je vyjádřen pasivní výběr uživatele:

- „... *Poučení o masturbaci jsou ti, kteří masturbují.*“

Na jiném místě dokumentu se objevuje možnost i pro aktivitu uživatele:

- „... *osvěta se poskytuje těm uživatelům, kteří ji dobrovolně přijímají ...*“

Nejedná se však o vyjádření uživatele jako aktéra, který aktivně koná a tvoří, ale o někoho, kdo buď přijímá či odmítá.

### **Organizace**

Organizace v protokolu aktivně deklaruje své postoje, názory a podmínky:

- „... *zastáváme následující hodnoty ...*“
- „... *vztahy uživatelů na pracovišti definujeme ...*“
- „... *vztahy jsou přípustné ...*“

### **Pracovníci (studenti, dobrovolníci)**

Pracovníci (i studenti a dobrovolníci) jsou zobrazeni jako osoby, které rozhodují a konají. Jsou tedy nositeli akce:

- „... *pracovníci situaci řeší ...*“

- „... *zaměstnanci doporučují ...*“
- „... *studenti řeší ...*“

V pasivní roli jsou zobrazeny vzhledem k organizaci:

- „... *pracovníci budou seznámeni ...*“

### **Opatrovníci, rodiče, sourozenci a přátelé**

Příbuzní a dokonce i přátelé mají v protokolu vyjádřenou větší míru vlastní aktivity než uživatelé:

- „... *znají potřeby svého dítěte a jejich poznatky jsou cenné pro další spolupráci s uživatelem ...*“

### **Dokument C:**

#### **Uživatel**

Uživatel je zobrazen v pasivní roli:

- „... *zapojovat uživatele ...*“

Či jako osoba, která reaguje:

- „... *může se domnívat ...*“

V zásadě je však uživatel považován (byť nepřímo) za nositele akce

- „... *předat odpovědnost (uživateli - pozn. aut.) za vlastní rozhodnutí ...*“
- „... *nehodnotit názory a potřeby klienta a umožnit informovanou volbu ...*“
- „... *důkladně informovat, popřípadě udělat nácvik (mateřství), ale nerozhodovat za klienta ...*“

### **Organizace/pracovník**

Organizace vystupuje také jako autor, ale převážně se jedná o rady či pracovní postupy pro zaměstnance:

- „... *naše osvěta začíná a končí...*“
- „... *dávat obecné příklady ...*“
- „... *během přednášky vysvětlit ...*“

### **Odborník**

- „... *bude přizván ...*“

### **Dokument D:**

#### **Uživatel**

V dokumentu D je uživatel zobrazen aktivně:

- „... *pomáháme klientům prožít sexualitu způsobem, který si zvolí a který jim vyhovuje ...*“

#### **Pracovník**

Zobrazen jako pasivní prvek:

- „... *zaměstnanci jsou vedeni ...*“

#### **Organizace**

Zobrazena jako aktivní nositel děje:

- „... *považujeme ...*“
- „... *spolupracujeme ...*“

#### **Zákonný zástupce**

- „... *u klientů nad 18 let s omezením či zbavením způsobilosti k právním úkonům spolupracujeme s jejich zákonnými zástupci ...*“

## **Dokument Y:**

### **Uživatel**

V každém tematickém bloku je vymezen uživatel jako aktivní aktér, respektive přesně určena jeho odpovědnost:

- „... uživatelé respektují ...“
- „... uživatelé, kterým jsou nepříjemné aktivity ... upozorní supervizora ...“
- „... uživatelé mohou vyjádřit svou sexualitu ...“

### **Organizace**

Aktivní ztvárnění organizace ve třetí osobě a vymezení její odpovědnosti:

- „... bude poskytovat výcvik zaměstnancům ...“
- „... zařízení musí užívat takové formy intimní péče ...“

### **Zaměstnanec**

V každém tematickém bloku je vymezena aktivní role pracovníka, která se rozlišuje na podporu a kontrolou:

- „... personál bude motivovat uživatele k účasti ...“
- „... personál zaklepe a počká na výzvu uživatele ...“
- „... pokud uživatel nebude dostatečně respektovat soukromí, tak personál ihned zasáhne ...“

### **Rodina, odborná veřejnost**

Další aktéři, jako jsou například rodina či odborná veřejnost, zastupují v protokolu pouze pasivní roli a to v případě, kdy je to nejvíce potřeba, tedy zejména při závažných rozhodnutích:

- „... je-li potřeba náhradního rozhodnutí, je neprodleně informována rodina/opatrovník ...“
- „... je informován supervizor ...“

Na základě aktivního či pasivního zobrazení aktérů lze vytvořit tyto kategorie:

**Tabulka č. 3**

<b>Nízký symbolický kapitál uživatele</b>		<b>Vysoký symbolický kapitál uživatele</b>
Dokument prezentuje uživatele jako pasivního účastníka děje. Organizace a zaměstnanci jsou zobrazeni jako jednající a tvořící.	Dokument prezentuje uživatele jako aktivního nositele děje. Organizace je jednající a tvořící.	Dokument prezentuje jednotlivé aktéry rovnocenně. Jsou vyjádřeni jako aktivní nositelé děje.
<b>Organizace A, B</b>	<b>Organizace C, D</b>	<b>Dokument Y</b>

Zdroj: vlastní výzkum.

#### 4.2.3 Analýza tematických bloků uvedených v dokumentech

Srovnání tematických bloků analyzovaných dokumentů A, B, C, D a modelového Dokumentu Y.

##### 1) Zastoupení jednotlivých témat obsažených v dokumentech.

**X** - výskyt samostatného tématu v dokumentu

**z** - výskyt stejné problematiky pouze v textu

Tabulka č. 4

Tematické bloky obsažené v modelovém Dokumentu Y	A	B	C	D
2) Sociosexuální vzdělávání	X	X	X	z
3) Soukromí	z	z	z	
4) Masturbace	X	X	z	
5) Intimní pomůcky a materiály	X	X		
6) Informovaný souhlas		z	z	
7) Vrstevnické a přátelské vztahy	X	X	z	
8) Vzájemné sexuální vyjádření		z		
9) Regulace porodnosti	X	X		
10) Těhotenství a rodičovství	X	X	z	
11) Sexuálně přenosné nemoci		X		
12) Sexuální zneužívání a obtěžování	X	X	X	z
<b>Tematické bloky mimo modelový Dokument Y</b>				
Parafílie		X		
Sexuální práva a hodnoty	z	z	z	z
Teoretické poznatky o lidech s post.	z			

Zdroj: vlastní výzkum.



## **2) Analýza obsahu jednotlivých témat obsažených v dokumentech**

V modelovém protokolu Y byly skrze otevřené kódování zaznamenány v tématických blocích jednotlivé části, z nichž autor vytvořil obecné „ideální“ schéma (s uvedenými citacemi z modelového dokumentu Y):

### **1. Popsání jevu/oblasti**

*„Masturbace je také potvrzení naší identity jako sexuální bytosti.“*

### **2. Prohlášení organizace**

*„Získávání intimních materiálů dospělými uživateli bude organizací podporováno.“*

### **3. Vysvětlení situace u cílových aktérů**

*„Lidé s postižením jako lidé bez postižení mohou považovat rodičovství za žádoucí sociální roli.“*

### **4. Uvedení obecných důsledků při zanedbávání popisované oblasti**

*„... ze sexuálních kontaktů, ke kterým nebyl dán souhlas, může vzniknout trauma.“*

### **5. Konkrétní odpovědnost poskytovatele**

*„Bude poskytovat výcvik zaměstnancům.“*

### **6. Konkrétní odpovědnost pracovníka**

*„Personál reaguje na dotazy ...“*

### **7. Konkrétní odpovědnost uživatele**

*„Uživatel, který se rozhodne stát rodičem, musí mít předpoklady, které zajistí, že připraví dítěti bezpečné prostředí ...“*

### **8. Spolupráce s odborníky**

*„... pracovník předá zprávu supervizorovi.“*

### **9) Spolupráce se zákonnými zástupci**

*„... je-li potřeba náhradního rozhodnutí, je informována rodina/opatrovník ...“*

### **9. Ideální příklad**

*„... v ideálním případě má člověk zdravé postoje k onanii, umí efektivně využívat svou fantazii...“*

## Zastoupení obecného schématu v tematických blocích Dokumentu Y:

Legenda k tabulce:

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Popsání jevu              | 6) Odpovědnost pracovníka           |
| 2) Prohlášení organizace     | 7) Odpovědnost uživatele            |
| 3) Vysvětlení situace        | 8) Spolupráce s odborníky           |
| 4) Důsledky zanedbání        | 9) Spolupráce se zákonným zástupcem |
| 5) Odpovědnost poskytovatele | 10) Ideální příklad                 |

**Tabulka č. 5**

Dokument Y	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociosexuální vzdělávání		x	x		x	x	x	x		
Soukromí	x	x	x		x	x	x			
Masturbace	x		x	x	x	x	x	x		x
Intimní pomůcky a materiály	x	x		x	x	x	x			
Informovaný souhlas	x		x	x	x	x	x	x		
Vrstevnické a přátelské vztahy		x	x	x	x	x	x	x		
Vzájemné sexuální vyjádření	x	x	x	x	x	x	x	x		
Regulace porodnosti		x			x	x	x	x	x	
Těhotenství a rodičovství	x		x	x	x	x	x	x		
Sexuálně přenosné nemoci		x			x	x	x	x		
Parafílie										
Sexuální zneužívání	x		x	x	x	x	x	x		
Práva lidí s postižením										
Teoretické poznatky o lidech s postižením										

Zdroj: vlastní výzkum.

## Zastoupení obecného schématu v tematických blocích Dokumentu A:

Legenda k tabulce:

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Popsání jevu              | 6) Odpovědnost pracovníka           |
| 2) Prohlášení organizace     | 7) Odpovědnost uživatele            |
| 3) Vysvětlení situace        | 8) Spolupráce s odborníky           |
| 4) Důsledky zanedbání        | 9) Spolupráce se zákonným zástupcem |
| 5) Odpovědnost poskytovatele | 10) Ideální příklad                 |

**Tabulka č. 6**

<b>Dokument A</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Sociosexuální vzdělávání	x	x				x				
Soukromí		x								
Masturbace	x		x			x				
Intimní pomůcky a materiály	x									
Informovaný souhlas										
Vrstevnické a přátelské vztahy		x			x					
Vzájemné sexuální vyjádření										
Regulace porodnosti		x				x	x	x		
Těhotenství a rodičovství	x			x		x				
Sexuálně přenosné nemoci										
Parafilie										
Sexuální zneužívání	x	x				x				
Práva lidí s postižením	x									
Teoretické poznatky o lidech s postižením	x									

Zdroj: vlastní výzkum.

## 1) Popsání jevu

- V úvodu organizace popisuje **respekt k sexualitě** lidí s postižením, k její individualitě a vyjadřuje její podporu:

*„ ... sexualita je cenná a důležitá součást lidského života ... “*

*„ ... podpora sexuality osob s mentálním postižením do života ... “*

*„ ... je třeba si uvědomit, že sexuální chování se projevuje značně individuálně*

- Popsání jevů spojených se sexualitou je zobrazeno u **dobře definovatelných témat** (osvěta, masturbace, pomůcky, sexuální zneužívání) obecně a jasně. Avšak u témat, které spíše pronikají hlouběji do sexuality lidí s postižením (rodičovství, vztahy), tato definice chybí, je subjektivně či dokonce účelově zabarvena. **Masturbace** je tak vymezena jako **přirozená skutečnost**: *„ ... masturbace je zdravou formou sexuality ... “*. Naproti tomu je **rodičovství** popsáno jako **citově zabarvené přání**: *„ ... projevuje touhu, ... , mít dítě ... “*.

- Dále je **rodičovství** popsáno z negativního hlediska **jako nesnáz**:

*„ ... péče o dítě je velmi náročná ... “*

*„ ... lidé s mentálním postižením mají o rodičovství zkreslené představy ... “*

*„ ... dítě se může narodit s postižením ... “*

- **Popis uživatelů** je v protokolu negativně zobrazen. Tedy z hlediska toho, čeho se nedostává či chybí:

*„ ... jsou velmi zranitelní a neschopni se rychle a správně rozhodnout ... “*

*„ ... nejsou schopni předvídat ... “*

- V případě práv lidí s postižením dochází k neúplnému výčtu (srovnání příloha č. 1):

*„ ... právo na prožití vlastní sexuality, právo na řádnou zdravotní péči, právo na sexuální osvětu a rozvoj vlastní sexuality, právo na ochranu proti sexuálnímu zneužívání ... “*

## **2) Prohlášení organizace**

- Nalézají se v tematických blocích volně umístěno do textu:

*„ Klienti našeho zařízení mají možnost najít si partnera uvnitř i vně zařízení, žít plnohodnotný sexuální život. “*

- Prohlášení organizace je často i uvedeno jako obecná informace:

*„ ... je potřeba řešit otázku antikoncepce ... “*

Touto větou se v podstatě organizace hlásí k činnosti v této oblasti.

## **3) Vysvětlení situace u jednotlivých aktérů**

- *„ ... masturbace může pro uživatele znamenat potěšení, úlevu z tenze ... “*

## **4) Uvedení obecných důsledků při zanedbání této oblasti**

- *„ ... pravděpodobné odebrání dítěte ... “*

## **5) Odpovědnost poskytovatele**

- *„ ... klientům je zajištěno plné soukromí – jednolůžkové či dvoulůžkové pokoje ... “*

## **6) Odpovědnost pracovníka**

- Tato odpovědnost je vymezena převážně neurčitě:

*„ ... hodně pozornosti musí být věnováno ... “*

- V ojedinělých případech je tato oblast vymezena konkrétně:

*„ ... dopomoc či dohled zajišťují vychovatelé ... “*

- V části o rodičovství, které je v dokumentu zjevně pokládáno za problematickou část sexuálního života lidí s postižením, je na zaměstnance, a tedy i nepřímo na uživatele, **vyvinut tlak** v předcházení této události u uživatelů:

*„... klientům je nutno vysvětlit, že žít s pocitem, že jejich dítě je v kojeneckém ústavu ... je horší, než dítě nemít vůbec.“*

### **7) Odpovědnost uživatele**

- Objevuje se v oblasti antikoncepce:

*„... používání antikoncepce je vždy dobrovolné ...“*

*„... sterilizace je použito na vlastní žádost ...“*

### **8) Spolupráce**

- *„... výběr vhodné antikoncepce ve spolupráci s externími odborníky ...“*

## Zastoupení obecného schématu v tematických blocích Dokumentu B:

Legenda k tabulce:

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Popsání jevu              | 6) Odpovědnost pracovníka           |
| 2) Prohlášení organizace     | 7) Odpovědnost uživatele            |
| 3) Vysvětlení situace aktérů | 8) Spolupráce s odborníky           |
| 4) Důsledky zanedbání jevu   | 9) Spolupráce se zákonným zástupcem |
| 5) Odpovědnost poskytovatele | 10) Ideální příklad                 |

Tabulka č. 7

Dokument B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociosexuální vzdělávání		x			x	x			x	
Soukromí		x								
Masturbace		x				x	x			
Intimní pomůcky a materiály	x	x				x	x			
Informovaný souhlas	x									
Vrstevnické a přátelské vztahy	x	x				x			x	
Vzájemné sexuální vyjádření	x	x					x			
Regulace porodnosti		x			x			x	x	
Těhotenství a rodičovství		x								
Sexuálně přenosné nemoci					x			x		
Parafílie		x					x	x	x	
Sexuální zneužívání	x	x			x	x			x	
Práva lidí s postižením	x	x								
Teoretické poznatky o lidech s postižením										

Zdroj: vlastní výzkum.

## 1) Popsání jevu

- Neúplný výčet práv (srovnání příloha č. 1):  
*„... práva na svobodu, které vylučuje formy sexuálního donucování nebo nátlaku, práva na prožívání vlastní sexuality, práva na systematickou osvětu a výchovu, práva na sebeurčení, práva na sexuální rovnost, práva na sexuální zdraví, práva na objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, práva na soukromí, práva svobodně se stýkat a práva na autonomii, integritu a bezpečnost těla.“*
- U sexuálního kontaktu je popis podmínek:  
*„... podmínkou je oboustranný souhlas, dobrovolnost, rovnocennost obou partnerů ...“*
- Pro popis přirozených aktivit lze použít různá slova:  
*„... Masturbace je **přípustnou** formou sexuální aktivity uživatelů ...“*
- V dokumentu je velmi podrobný popis postupu při zjištění sexuálního zneužívání. Slouží k ochraně uživatelů i pracovníků:
  - *vymezení sexuální zneužití dle trestního zákona*
  - *definice sexuálního zneužití*
  - *jednotlivé pojmy vymezující sexuální zneužití*

## 2) Prohlášení organizace

- V úvodu si organizace vymezila hodnoty, které *„jsou v souladu s normami, které jsou v současné době v naší kultuře přijímány“*.



- Nachází se zde respektující a individuální příklon k obecnému pojetí sexuality lidí s postižením:

*„... všechny úrovně sexuality jsou rovnocenné ...“*

*„... záleží na uživateli ... jakou roli bude v jeho životě hrát sexualita ...“*

- Také se zde však vyskytují specifické hodnoty, které omezují uživatele v jeho možnostech:

*„... nebudeme podporovat promiskuitní vztahy ...“*

*„... nebudeme akceptovat partnerský slib nebo podporovat uzavření právoplatných sňatků.“*

*„... v rámci výchovy a prevence budeme usilovat o to, aby cílem sexuality nebylo plození dětí ...“*

- Většina prohlášení organizace poukazuje na její odpovědnost, která ale není dále v dokumentu jasně vyjádřena. Také není zcela jasné, zdali se jedná o odpovědnost poskytovatele či pracovníků v přímé péči:

*„... uživatelé jsou poučováni ...“*

*„... umožňujeme vzájemné kontakty – návštěvy, společenské akce, telefonování ...“*

*„... podporujeme vzájemné vztahy ...“*

*„... zaměstnanci ... jsou dále proškolení ...“*

- Nepřesné prohlášení organizace, které se týká „*problematických forem sexuality (pedofilie, prostituce, exhibicionismus, jiná forma sexuality neslučitelná s chodem sociálního zařízení)*“

*„...uživatelé jsou v sexuální výchově vedeni k vědomí, že tyto formy sexuality jsou nevhodné nebo nepřípustné ...“*

- Oblast těhotenství a rodičovství je složena pouze z prohlášení organizace, která se k této roli staví negativně:

*„... budeme působit na uživatele tak, aby se těhotenství předešlo ...“*

*„... v poskytovaných službách nejsou podmínky pro uživatele, kteří se rozhodnou pro rodičovství ...“*

### **6) Odpovědnost pracovníků:**

- Je určena konkrétně:

*„... zaměstnanec zvaží rozsah ...“*

*„... zaměstnanec, student, dobrovolník nemůže nosit vyzývavé oblečení ...“*

- Zjištěno první patro domu sexuality:

*„...každý zaměstnanec vyslechne uživatele ...“*

- Vytvořeno druhé patro domu sexuality, čímž je jmenování koordinátora sexuality a vymezení jeho povinností, kterou je například:

*„... zajišťuje sexuální osvětu ...“*

- Precizně popsany postup při sexuálním zneužití:

- podezření a hlášení,
- pomoc oběti bezprostředně po odhalení,
- vyšetřování,
- spolupráce s rodinou,
- dlouhodobá pomoc uživateli v případě sexuálního zneužití,
- pomoc ostatním zaměstnancům v případě, že původcem zneužití byl zaměstnanec,
- práce s uživatelem, který je původcem sexuálního zneužití.

## **7) Odpovědnost uživatele**

- Odpovědnost uživatele je vyjádřena nepřímo, primárně je vyjádřena odpovědnost poskytovatele „vést“ uživatele.

*„... uživatelé jsou vedeni k faktu, že masturbace je intimní záležitost ... proto se smí provozovat v soukromí ...“*

- Odpovědnost uživatele je vyjádřena nepřímo a abstraktně:

*„... podmínkou vztahu je oboustranný souhlas, dobrovolnost, rovnocennost*

*„... pokud uživatel nevyhledá odbornou pomoc ...“*

## **8) Spolupráce s odborníky**

- Vyskytuje se v případě krizové situace v souvislosti s výskytem parafílie u uživatele. Dále je důkladně popsána spolupráce s policií při vyšetřování sexuálního zneužití:

*„... koordinátor bude v kontaktu s vyšetřovatelem a stanoví minimální podmínky výslechu ...“*

## **9) Spolupráce s rodiči**

- V dokumentu je dán důraz na spolupráci s rodinou.

*„... rodiče, sourozenci, opatrovníci a přátelé uživatelů jsou důležitými spolupracovníky v sexuální osvětě. Znají potřeby svého dítěte (sourozence, opatrovance) a jejich informace jsou cenné ...“*

*„... mohou diskutovat a vznášet výhrady ...“*

- Spolupráce zákonného zástupce či opatrovníka se dále navazuje v situacích zasahujících hlouběji do sexuality uživatele (podmínka u užívání antikoncepce, žádost o sterilizaci).

## Zastoupení obecného schématu v tematických blocích Dokumentu C:

Legenda k tabulce:

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Popsání jevu              | 6) Odpovědnost pracovníka           |
| 2) Prohlášení organizace     | 7) Odpovědnost uživatele            |
| 3) Vysvětlení situace        | 8) Spolupráce s odborníky           |
| 4) Důsledky zanedbání        | 9) Spolupráce se zákonným zástupcem |
| 5) Odpovědnost poskytovatele | 10) Ideální příklad                 |

**Tabulka č. 8**

Dokument C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociosexuální vzdělávání		x				x				
Soukromí						x				
Masturbace						x				
Intimní pomůcky a materiály										
Informovaný souhlas						x				
Vrstevnické a přátelské vztahy						x				
Vzájemné sexuální vyjádření										
Regulace porodnosti										
Těhotenství a rodičovství						x				
Sexuálně přenosné nemoci										
Parafílie										
Sexuální zneužívání						x				
Práva lidí s postižením	x									
Teoretické poznatky o lidech s postižením										

Zdroj: vlastní výzkum.

## 1) Popis jevu

- Pouze obecné uvedení práva na sexualitu:  
*„... všechny formy sexuality jsou rovnocenné ...“*

## 2) Prohlášení organizace

- Vymezení hranic organizace:  
*„... naše osvěta končí informovaností ...“*

## 6) Odpovědnost pracovníka

- Celý dokument je tvořen jednotlivými pravidly pro pracovníky. Na tabulce č. 4 lze vidět, že dokument nemá pevnou strukturu témat, a tak se jednotlivá pravidla pro pracovníky nachází různě rozmístěné v textu:

*„... nezapomenout na sebe ... mám své hranice ...“*

*„... získat důvěru ...“*

*„... zapojovat klienta ...“*

*„... natavit sociální hranice ... (... onanie v soukromí ... )“*

- Pravidla pro pracovníky jsou vytvořena v respektujícím duchu:

*„... snažím se ho přivést na používání jiného slova, ale nadále jeho používání respektuji ...“*

*„... důkladně informovat, popř. udělat nácvik (mateřství), ale nerozhodovat za klienta ...“*

- V těchto pravidlech je i odkaz na informování uživatele:

*„... nehodnotit názory a potřeby klienta, ale umožnit mu informovanou volbu ...“*

*„... úkolem pracovníka je doprovázet partnery v jejich vztahu a chránit je ...“*

*„... seznámit s riziky a předat odpovědnost za vlastní rozhodnutí ...“*

## 8) Spolupráce s odborníky

Při řešení praktických otázek.

## Zastoupení obecného schématu v tematických blocích Dokumentu D:

Legenda k tabulce:

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1) Popsání jevu              | 6) Odpovědnost pracovníka           |
| 2) Prohlášení organizace     | 7) Odpovědnost uživatele            |
| 3) Vysvětlení situace        | 8) Spolupráce s odborníky           |
| 4) Důsledky zanedbání        | 9) Spolupráce se zákonným zástupcem |
| 5) Odpovědnost poskytovatele | 10) Ideální příklad                 |

Tabulka č. 9

Dokument D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociosexuální vzdělávání					x				x	
Soukromí										
Masturbace										
Intimní pomůcky a materiály										
Informovaný souhlas										
Vrstevnické a přátelské vztahy										
Vzájemné sexuální vyjádření										
Regulace porodnosti										
Těhotenství a rodičovství										
Sexuálně přenosné nemoci										
Parafílie										
Sexuální zneužívání					x					
Práva lidí s postižením	x	x								
Teoretické poznatky o lidech s postižením										

Zdroj: vlastní výzkum.

## 1) Popis jevu

- Vymezení sexuality:  
*„ ... každý člověk je sexuální bytost ... platí to i pro lidi s postižením ... “*
- Obecné vymezení práv:  
*„ ... každý člověk ... má právo na prožití vlastní sexuality ... “*

## 2) Prohlášení organizace

- Respektující přihlášení se k normám lidské sexuality:  
*„ ... považujeme sexualitu za podstatnou součást lidského života ... “*
- Přijetí odpovědnosti a budování prvního patra domu sexuality:  
*„ ... uvědomujeme si nutnost jednotného postoje ... “*
- Příklad respektujícího přístupu a umožnění vlastní volby:  
*„ Pomáháme klientům jejich sexualitu prožít způsobem, který si zvolí ... u klientů respektujeme úroveň vývoje jejich sexuality. “*
- Vyjádření transparentnosti:  
*„ Jsme připraveni komukoliv odpovědět na otázky týkající se řešení této problematiky. “*

## 5) Odpovědnost poskytovatele

- *„ ... osvěta a okruhy výchovy jsou přizpůsobeny druhu a stupni postižení klienta ... “*
- *„ ... zaměstnanci jsou vedeni k dostatečné vnímavosti k signálům sexuálního zneužívání ... “*

## 6) Odpovědnost pracovníků

- Druhé patro domu sexuality je zastoupeno koordinátorem sexuality:  
*„... který byl vyškolen v problematice sexuality lidí s mentálním postižením ...“*

## 9) Spolupráce se zákonnými zástupci

- V rámci sexuální osvěty u:  
*„... dětí a klientů nad 18 let s omezením či zbavením právní způsobilosti k právním úkonům ...“*

Na základě obsahu dokumentů lze vytvořit tyto kategorie:

**Tabulka č. 10**

Dokumenty široce zaměřené a strukturované.	Dokument úzce zaměřený a polostrukturovaný.	Dokument úzce zaměřený a nestrukturovaný (veřejné prohlášení)
Dokument A, B, Y	Dokument C	Dokument D

Zdroj: vlastní výzkum.



### 4.3 Analýza polostrukturovaných rozhovorů

V rozhovorech se 4 sociálními pracovníci byly analyzovány tyto významové linie:

#### 1) Délka praxe:

**Pracovnice A:** 5 let.

**Pracovnice B:** 21 let.

**Pracovnice D:** 5 let.

**Pracovnice C:** 2,5 roku.

#### 2) Angažovanost v oboru:

##### **Pracovnice A**

Zaměřuje se na vztahy na pracovišti a i na vyrovnanost pracovního a soukromého života:

*„... rovnováha zdraví – rodina – práce. V momentě, kdy něco nefunguje, logicky se to projeví i v jiné oblasti.“*

##### **Pracovnice B**

*„Pro mě je důležité prostě **pomáhat lidem s postižením**, ale v dobrém slova smyslu, v jejich rozvoji, k jejich uvádění do běžného života.“*

##### **Pracovnice C**

*„Volba správného přístupu ke klientům.“*

##### **Pracovnice D**

*„Tato práce mě naplňuje a mám ji ráda.“*

### 3) Zkušenost se sexualitou uživatelů:

#### Pracovnice A

Setkala se **širokou škálou projevů**, které se lišily dle stupně postižení: *Zatímco u uživatelů s lehkou či střední mentální retardací se řeší nejčastěji otázky týkající se mezilidských a partnerských vztahů, u uživatelů s těžkou či hlubokou mentální retardací se jedná o obnažování a masturbaci na nevhodném místě a za přítomnosti dalších osob.*

#### Pracovnice B

Pracovnice se **setkávala** se sexualitou uživatelů po celou dobu své praxe. Dříve však vnímala **porušování práv lidí** s postižením: „... že se tito lidé brali jako děti, takže se jejich projevy sexuality přehlížely...“.

#### Pracovnice D

Se sexualitou uživatelů se **setkala** a to ve formě: „*Povídání o sexualitě, vztahové záležitosti, masturbace.*“

### 4) Zkušenost s protokolem sexuality před tvorbou vlastního dokumentu:

#### Zkušenost s protokolem:

#### Pracovnice A

Před prací na vlastním protokolu se s jiným nesečkala.

#### Pracovnice B

Před vznikem vlastního protokolu již **měla s obdobným protokolem zkušenost**: „... *takovým vzorem byl pro nás protokol ze Slatiňan.*“

### **Pracovnice C**

Přišla již **k hotovému protokolu**: „Vytvořila ho má kolegyně na základě školení: *Sexualita lidí s mentálním postižením.*“

### **Pracovnice D**

„Já jsem se s žádným protokolem nesešla, dokud jsme si ho nevytvořili sami.“

## **5) Impuls k vytvoření protokolu:**

### **Pracovnice A**

Impuls přišel **od vedení**: „Impuls přišel od ředitele zařízení v momentě, kdy se začal zajímat o náš protokol sexuality někdo zvenčí. Řekli jsme si, že tím, že sexualita klientů je nedílnou součástí naší práce, je třeba vytvořit tento dokument“.

### **Pracovnice B**

Čím dál tím více zde narůstala potřeba řešit projevy sexuality lidí s postižením, ale už jako u dospělých lidí. Tím **startovacím impulzem** byla potřeba **zaměstnanců**: „U lidí s postižením dochází k různým projevům sexuality, zaměstnanci byli však nepoučení a nevěděli jak na to a sami volali po určitých hranicích.“

### **Pracovnice D**

„Na základě toho, že jsem nastoupila do zaměstnání a pracovala jsem s dospělými uživateli, **kde je sexualita na denním pořádku.**“

## 6) Tvoření protokolu:

### Pracovnice A

Projekt tvořila **úzká skupina pracovníků**, ze začátku z **veřejně dostupných zdrojů**: „Na dokumentu se podílela pracovní skupina pro tvorbu SQSS ve složení sociální pracovnice, fyzioterapeut (dnes vrchní sestra), vedoucí vychovatelka, speciální pedagog. Hlavním zdrojem byly materiály z internetu. Teprve později pracovní skupina absolvovala kurzy *Sexuální výchovy a osvěty u osob s mentálním postižením*.“

### Pracovnice B

„Nejdříve jsme našli lidi, kteří v republice **školí sexualitu** lidí s mentálním postižením.“ Dále se v organizaci pořádaly **pravidelné schůzky** s vybranými zaměstnanci: „Ze začátku se z každé služby vybral vedoucí či zaměstnanec, který by pomáhal při vytváření protokolu sexuality. Dělalo se to buď jednou za měsíc či jednou za 14 dní.“

V **prvním kroku** se „nejdříve vytvářela osnova“. Ve **druhém kroku** „se naplňovaly jednotlivé kapitoly. Některé byly jednoznačné a u některých se **velmi dlouho diskutovalo**.“

Tyto schůzky měly další smysl, neboť stmelily kolektiv: „... kolegové nosili jednotlivé případy ze svých pracovišť a tak tam pracovníci od svých kolegů slyšeli řešení, jak mají jednotlivé situace řešit, tak aby to bylo správně. Navzájem si tedy pomáhali.“

### Pracovnice D

Podstoupení vzdělání před samotnou tvorbou: „Začala jsem tedy jezdit po všech možných kurzech a na základě toho jsme vypracovali protokol a metodiku.“

**Propojení zaměstnanců a vedení:** „Bylo to tak, že jsem na něm pracovala já, jako koordinátor sexuality a ještě se mnou na školení jezdila zástupyně ředitelky.“

V průběhu tvorby došlo **ke ztotožnění se s dokumentem**: *„Je to tím, že jsem jej vytvářela. Jsou v tom tedy, nechci říkat mé myšlenky, ale stejné postoje, které mám a možnosti organizace, které jsme se snažili vyždímat do maxima.“*

## **7) Záměr protokolu:**

### **Pracovnice A**

*„Záměrem protokolu bylo popsání hodnot, norem a pravidel sexuality, za kterými si zařízení stojí.“*

### **Pracovnice B**

**Záměrem** protokolu bylo: *„Abychom věděli jakým způsobem zacházet se sexualitou lidí s postižením, aby to mělo nějaké hranice, ale hranice dobré.“*

### **Pracovnice C**

**Záměrem protokolu**: *„Osvěta uživatelů. Podání informací a připomenutí práv.“*

### **Pracovnice D**

**Záměrem** bylo při vytváření dokumentu: *„... uchopit osvětu, co vlastně můžeme uživatelům nabídnout, jako zařízení, za čím si stojíme a za čím ne. ... Tedy aby uživatelé byli v pohodě, zařízení bylo v pohodě a zaměstnanci byli v pohodě.“*

## **8) Zavádění protokolu:**

### **Pracovnice A**

Zavádění protokolu probíhalo na základě práce **tříčlenného týmu**: *„... (sociální pracovník, speciální pedagog a fyzioterapeut (dnes vrchní sestra), který vytvořil program sexuální výchovy a osvěty pro uživatele Domova.“*

S uživatelem se pracovalo v rámci skupinové a individuální práce, ale práce narazila na své **hranice**: „Vzhledem k obsahové a časové náročnosti skupinových a individuálních sezení se ukázalo, že počet členů kmenového týmu je zcela nedostačující a není schopen pokrýt potřebu zařízení. Navíc v zařízení s kapacitou 76 (uživatelů – pozn. autora) funguje dodnes jediný sociální pracovník!“

### **Pracovnice B**

Došlo k proškolení zaměstnanců, k vytvoření příležitosti pro proškolení rodičů.

### **Pracovnice D**

**Spolupráce vedení a zaměstnanců** v přímé péči. V tomto případě účasti na kurzech. „Tedy jsme to měli od začátku posvěcené shora a ode mě to zase bylo zajištěné z praxe.“

**Školení pro všechny zaměstnance** (od technického personálu po vedení) zaměřené na problematiku sexuality lidí s postižením a seznámení s metodikou.

**Pravidelné metodické setkávání.** „Kde jsme tu metodiku prošli a kde to mohli lidé připomínkovat.“

## **9) Představení protokolu cílovým aktérům:**

### **Pracovnice A**

Seznámení byli **vybraní uživatelé**. Konkrétně ti, kteří chodili na skupinové setkání: „Reakce kladné. Konečně měli možnost na toto téma otevřeně mluvit.“

**Zákonní zástupci jsou informováni** v případě řešení konkrétního případu: „... již v rámci jednání se zájemcem o službu se dotazujeme na tuto oblast. S protokolem jsou seznámeni v případě, pokud je dán impuls z naší nebo jejich strany, že je třeba něco v této oblasti řešit, např. rodičům se nelíbí.“

### **Pracovnice B**

Jednorázové seznámení **uživatelů**: „Uživatelům se tedy dal k nahlédnutí protokol. Existují někde i seznamy, že se s protokolem seznámili **zaměstnanci, rodiče**.“

**Nenaplnění plánů**: „Byla i úvaha, že protokol sexuality budou dostávat k nahlédnutí noví uživatelé při podepisování smlouvy. Chtěli jsme udělat takovou brožurečku pro klienty v rámci snadné řeči.“

**Komunikace o protokolu s rodiči**: „... v rámci různých schůzek jednotlivých stacionářů byly snahy o tom s nimi mluvit, diskutovat s nimi. Také se vysvětlovali jednotlivé pozice hromadně, či u konkrétních případů se s rodiči mluvilo individuálně.“

**Pracovníkům**: „... bylo jednou za měsíc interní školení, kdy jsme se všichni zaměstnanci sešli v příjemném prostředí ..., a také jsme mluvili o protokolu sexuality ...“

### **Pracovnice C**

U uživatelů jde spíše o **praktické seznámení** s výsledky protokolu: *Naši uživatelé jsou dospělí lidé s těžším MP, kteří velmi obtížně komunikují. Nicméně výše popsané povídání (o vztazích, co je komu příjemné či ne - pozn. autora) vnímají pozitivně.*

### **Pracovnice D:**

Seznámení **rodičů či zákonných zástupců**: „... dostali dopis, ve kterém byl protokol sexuality (jednostránkové prohlášení, které vyjadřuje postoje organizace).“

Seznámení uživatelů: „... dostali dopisem protokol a mohli si ho přečíst a reagovali na to dobře.“

Seznámení **s metodikou**,j jako projev **iniciativy**: „S metodikou se každý může seznámit individuálně, ale z řad rodičů o to nebyl zájem.“

„ **Pracovníci** se s protokolem i s metodikou seznamují na školení a metodiku podepisují, že s ní souhlasí.“

## 10) přínos protokolu:

### Pracovnice A

Za přínos respondent označuje **existenci protokolu samotného**: „*Nástroj, který by měl ujasnit a zpřehlednit hranice a profesionální přístup k přístupu k sexualitě uživatelů služby v zařízení.*“

### Pracovnice B

Věci se dávají do pohybu a začínají **se na základě protokolu řešit**.

**Odhalení sexuálního zneužívání**: „*Na jeho základě se zde řešilo několik případů sexuálního zneužívání.*“

**Nově vzniklá partnerství**: „*... díky vzniku protokolu mohlo dojít k tomuto soužití dvou lidí. Protože jak se protokol vytvářel, jak se o těch otázkách začalo naprosto otevřeně mluvit, začaly se pojmenovávat ty situace, dostávaly názvy, jaké mají (byl to dlouhý proces) tak se změnilo myšlení lidí.*“

**Řešení sexuálního obtěžování**: „*Dokonce se nám tady pomohla psychologka pojmenovat projevy jednoho klienta, když je přesně pojmenovala, tak se ta situace začala řešit.*“

**Došlo ke změně přístupu k uživatelům**: „*berou se tak, že je to dospělý člověk, který má právo na sexualitu a nikdo mu nebude bránit, aby svou sexualitu prožíval.*“

**Změna u pracovníků**: „*... jsou jistější, ví, jak si mají v těchto otázkách poradit.*“

### Pracovnice C

Vzhledem k organizaci vnímá jako přínos **transparentnost**: „*Jasně deklarovaný dospělý přístup pro veřejnost, který odpovídá sociální službě našeho typu.*“

U pracovníků respondent vnímá **větší jistotu**: „*Je pro mě jasně definováno, jakým způsobem osvětu provádět, není třeba experimentovat. Je to zároveň ochrana pro mě jako pro pracovníci, pokud by kdokoliv napadl obsah a způsob naší osvěty.*“

Pracovnice vnímá přínos protokolu pro uživatele zejména v jeho **srozumitelnosti**.



## **Pracovnice D**

Cítí pohodu a jistotu zaměstnanců i uživatelů:

*„Myslím si, že u zaměstnanců tu pohodu cítím, protože je máme všechny proškolené. Cítím to i u zařízení, protože se ví, že je to podchycené a že lidé můžou za mnou přijít, když se něco děje a nemusí se tím příliš zaobírat.“*

**U zaměstnance jistotu** a bezpečí: *„Menší stres, co si mohu a nemohu dovolit. Když např. něco řeším s uživatelem a ukáží mi edukační obrázky nahého muže, tak vím, že mám krytý záda a mohu to zdůvodnit ředitelce, která o tom všem ví, i rodičům. Takže by mě ani nezavřeli, tedy alespoň s větší pravděpodobností.“*

**U uživatelů:** *„Stejný respektující přístup a tedy i respektující reakce na jejich sexualitu, vědí na koho se obrátit.“*

## **11) Citlivé (obtížné) místo:**

### **Zařízení A**

Nepovedlo se **pro zaměstnance vytvořit kurz** na klíč a zřídit multidisciplinární tým: *„Hlavním důvodem byla finanční stránka věci. Poté toto téma ustoupilo i z důvodu, že bylo vždy něco důležitějšího na pořadu dne.“*

**Nedostatek mužů** v přímé péči, kdy by byl alespoň v každém oddělení jeden, který by se zapojil do práce se sexualitou: *„Zastoupení mužů v přímé obslužné péči je ovšem mizivé, uživatelům tak chybí mužský vzor. Vedle nízkého finančního ohodnocení je na vině i psychická náročnost a nízká společenská prestiž tohoto povolání.“*

**Vytvořit účinnou podporu pro pracovníky:** *„Uvědomuji si, že by měl (protokol - pozn. autora) umožnit pracovníkům rychle a účinně jednat v různých složitých situacích, posílit jejich jistotu, sjednotit přístup (**možná nadlidský výkon**)!“*

**Doprava:** *„... finanční možnosti některých klientů jsou velmi omezené (např. cestování za přítelem do jiného zařízení). Autobusová doprava se stále více omezuje.“*

### **Pracovnice B**

**Možnost uživatelů mít děti:** „... tady těch sporných otázek je strašně moc a po dlouhých diskuzích jsme se k tomu postavili tímto způsobem, že se budeme snažit zabránit početí dítěte, ale pokud by k tomu došlo, tak bychom se snažili těm klientům pomoci tak, aby se to dovedlo do zdárného konce.“

„... není to myšleno tak, že bychom jim to právo ubírali, ale ten praktický život.“

### **Pracovnice D**

**Možnost uživatelů mít děti:** „Jedna uživatelka, která chtěla mít i partnera bez postižení, také toužila po tom mít děti. Bavili jsme se o tom. To jsme ještě protokol neměli. Určitě je to bolavé téma.“

**Cílová skupina:** „Naše cílová skupina (lidé se středně těžkým a těžkým mentálním postižením) je poměrně náročná.“

**Nedostatek soukromí uživatelů:** „Z kapacitních důvodů není možný. To znamená, že 17letého uživatele odesílat masturbovat na záchod je ještě dobrá volba, než aby byl mezi ostatními uživateli na chodbě, ale pořád nemá ten svůj vlastní pokoj.“

**Rovnocennost:** „Je těžké uhlídat to, že každý z partnerů je v jiné části vývoje a i každý trochu jinak vztah emočně prožívá a každý o sexualitě ví jiné množství informací a dokáže svůj souhlas vyjádřit.“

## **12) Spolupráce s rodiči:**

### **Pracovnice A**

**Obtížná spolupráce s rodinou:** „Spolupráce s rodinou je tak někdy velmi problematická, protože postoj rodičů je mnohdy v rozporu s postojem zařízení.“

### **Pracovnice B**

**Obtížná spolupráce s rodinou:** „Rodiče klientů sexualitu svých dětí nepřijímají, nebo se s ní velice těžko vyrovnání či ji potlačují.“

**Vzdělání rodičů:** „Udělali jsme pro rodiče dvě školicí akce. Účast byla malá. Přestože kampaň byla pro rodiče masivní.“

**Vnímaná příčina špatné spolupráce:** „... část klientely je starší 40 let a jejich rodiče se ustálili na určitém stereotypu přijímání služeb a přijímání toho svého člověka.“

#### **Pracovnice C**

„Opatrovníci se k těmto tématům nijak nevyjadřují“.

#### **Pracovnice D**

**Bezproblémová spolupráce:** „U rodičů jsme se setkali s tím, že to v pohodě respektují a krom jednoho případu se nevyskytly žádné otázky. Vzali to takové, jaké to bylo, a žádné negativní ohlasy nebyly. Hlavně u těch dospělých klientů to brali jako samozřejmost, i když právě zde jsme se trochu báli.“

### **13) Aktuální práce se sexualitou:**

#### **Pracovnice A**

Se sexualitou se pracuje v rámci **individuálních plánů**: „... této oblasti věnujeme velkou pozornost v rámci individuálního plánování u každého uživatele (zájem/nezájem o druhé pohlaví, přátelství, antikoncepce, partnerství, problematické chování atd.).“

Dále se pracuje dle protokolu sexuality v oblastech masturbace, sexografie, podpory partnerských vztahů atd.

### **Pracovnice C**

Jde zejména o **osvětu**: „V průběhu roku hovoříme s klienty o lidském těle, o hygieně a stejně tak dospělém lidském těle. Hovoříme i o lidském chování, jak se k nám kdo chová, co je obvyklé, co už ne. Co je příjemné, co ne ...“

Dále na základě protokolu v organizaci pracují s **přístupem k uživatelům**, zachováním soukromí, se zásadami při ošetrovatelské praxi a **při práci se vztahy**: „Snažíme se neoslovovat klienty zdobně, nehledíme je po hlavě, ale dotýkáme se jich jen na základě upozornění a to např. pouze na rameno. Klepeme, než vcházíme k nim do místnosti. Máme přesně popsany i způsob poskytování dopomoci při zajišťování jejich hygieny. Snažíme se klientům jasně definovat naši roli – pracovníc a pracovníků a tím i upozorňovat na to, že jsou různé formy vztahů a tomu odpovídá i různé chování.“

**Vztahy**: „Uživatelé mají možnost najít si partnera uvnitř i vně zařízení. V takovém případě mají zajištěno plné soukromí. V případě návštěvy partnera jsou ubytováni společně, mohou spolu trávit volný čas, dovolené, mají možnost se zapojit do pracovní terapie či zájmových aktivit. Jestliže přátelství a zamilovanost přeroste v hlubší vztah a projeví-li přání, mají možnost se zasnoubit.“

**Rodičovství**: „Nikdo z našich uživatelů nemá přání žít v partnerském vztahu. O dětech některé ženy hovoří a tak s nimi hovoříme o tom, co vše starost o miminko obnáší apod. Tím také hovory končí.“

### **Pracovnice D**

„Nejvíc se prosazují **hygienicko-společenské aspekty a soukromí**, aby se naučili, že je důležitý sám sebe chránit, chránit své soukromí. V současné době nikdo z uživatelů nechce **dítě**.“

**Pohlavní styk, rodičovství**: „My to máme nastavené tak, že každý má právo mít děti, nikomu to brát nechceme, ale jako zařízení nepodporujeme reprodukční cíl vztahu. U naší klientely se středně těžkým a těžkým mentálním postižením by to bylo velmi těžké. Máme to tak, že byt' jsme pobytovka, tak neumožňujeme soulož.“

## 5 Diskuze

Během výzkumu byly u čtyř poskytovatelů z Jihočeského kraje, kteří se zaměřují na lidi s kombinovaným a mentálním postižením nad 15 let, nalezeny protokoly sexuality či dokumenty podobného významu. Pro přehlednost praktické části i diskuze jsem označil organizace písmeny A, B, C a D, stejně tak dokumenty i respondentky, se kterými byly realizovány rozhovory. K dokumentům a respondentkám bylo přiřazeno písmeno dle toho, k jaké organizaci náleží.

Sexualita lidí s mentálním postižením je stále opomíjené téma (8), proto považují tyto čtyři dokumenty za počín, které vyžadoval a stále vyžaduje mnoho energie a odhodlání, zejména s vědomím skutečnosti, že zkoumané organizace kráčí v Jihočeském kraji dosud neprošlapanou cestou.

V průběhu praktické části jsem odpověděl na předem stanovené výzkumné otázky:

- **Vyskytují se ve vybraných zařízeních sociálních služeb Jihočeského kraje protokoly sexuality či dokumenty s totožným významem, a pakliže ano, v jaké podobě?**

V Jihočeském kraji se nachází 10 % vybraných poskytovatelů sociálních služeb (z celkového počtu 41 vybraných poskytovatelů), kteří mají protokol sexuality či dokument s totožným významem (Graf č. 1). Sexualita je však nedílnou součástí lidského života a každý člověk je i bytostí sexuální (4). Sexualita lidí s mentálním postižením je stále tabuizovanou částí sociální práce a protokol sexuality zajišťuje naplnění práv a povinností v této oblasti u uživatelů, pracovníků i u poskytovatelů sociálních služeb, neměl by tedy chybět v žádném zařízení (1).

Zařízení, která v Jihočeském kraji protokol mají, poskytují alespoň jednu pobytovou službu. Pobytové služby se setkávají se sexualitou uživatelů intenzivněji než poskytovatelé ambulantních a terénních služeb (52). Je tedy logické, že protokoly vznikají právě zde.

**Forma** Dokumentů A a C jsou závazné vnitřní směrnice, které se svým textem obrazejí k zaměstnancům. Jak vyplývá z rozhovoru s pracovníci A a C, uživatelé nebyli s textem seznámeni, ale je s nimi na základě tohoto textu pracováno. Protokol z jednoho hlediska určuje práva a povinnosti při práci se sexualitou uživatelů (2), ale dle Štěrbové (1) slouží také k orientaci uživatelů, jejich zákonných zástupců či opatrovníků v problematice norem sexuality daného zařízení. Neměl by tedy být této cílové skupině odepřen.

Dokument D je protokolem a zároveň veřejným prohlášením, které odkazuje na vnitřní směrnici. V tabulce č. 4 lze vidět, že Dokument D je velmi obecného charakteru s minimem zastoupených témat. Jak Pracovnice D v rozhovoru uvádí, uživatelé byli seznámeni právě s protokolem, tedy s veřejným prohlášením, ale o seznámení se směrnicí byl minimální zájem. Považuji za pravděpodobné, že malý zájem o seznámení se směrnicí pochází z toho, že protokol je tak obecný. Nejsou v něm uvedena jednotlivá práva uživatele na jeho sexualitu, možnosti zařízení, či nabízená témata sexuální osvěty. Tedy právě témata, která by pozornost vzbudila, neboť z rozhovoru s Pracovnicí D vyplývá, že nabízejí pravidelnou osvětu uživatelům, pracují s masturbací uživatelů, vymezují se k pohlavnímu styku a možnostem rodičovství.

Lidé s postižením potřebují konkrétní a jasné informace (8), z toho důvodu si myslím, že toto veřejné prohlášení v tomto ohledu nesplňuje svůj účel a doporučil bych jeho obohacení o „konkrétní práva uživatelů, možnosti zařízení v ohledu k těmto právům a seznam nabízených témat k sexuální osvětě“. Tím by se uživatelé dozvěděli konkrétní informace a mohli by si tak vytvořit představu, o co se vlastně zajímat mohou.

Přesto je veřejné prohlášení i v původní formě velmi průkopnickým počinem. Mezi širokou veřejností stále koluje mnoho předsudků o sexualitě lidí s postižením (60). Veřejné prohlášení tak může vyvolat diskusi či měnit postoje lidí z intaktní populace.

Dokument B je neoficiální vnitřní směrnicí, které nebyla schválena ředitelem zařízení. Základní předpoklad pro úspěšnou realizaci protokolu sexuality je spolupráce vedení a pracovníků, kdy stavebním kamenem je vyjádření vedení organizace k možnostem práce se sexualitou v zařízení (72). Příkladem dobré praxe je příklad

z organizace D, kdy na školení o sexualitě, jezdila jak pracovnice přímé péče, tak zástupkyně vedení.

- **Co obsahují protokoly sexuality či dokumenty s totožným významem a jakým způsobem jsou v nich informace prezentovány?**
- **Jaké rozdíly či podobnosti lze najít mezi protokoly sexuality či dokumenty totožného významu z vybraných zařízení v Jihočeském kraji a modelovým protokolem sexuality, který je uveden v odborné literatuře?**

Nalezené protokoly sexuality jsou velmi různorodého složení a zjevně nepodléhají stejné metodice. V průběhu analýzy jsem zachytil následující tematické linie, které jsou pro zkoumané dokumenty společné.

**Čtenářem dokumentu** by dle výše popsaného poslání dokumentu měli být všichni zúčastnění aktéři (primárně tedy uživatelé a jejich zákonní zástupci/opatrovníci, pracovníci, studenti na praxi, dobrovolníci). Dokument by se měl na účastníky obracet rovnocenně a neutrálně.

Výzkum však ukazuje, že 2 dokumenty ze 4 nejsou svým textem konstruovány pro uživatele jako čtenáře a žádný z dokumentů není převeden do snadného čtení (Easy to read).

**Zobrazení jednotlivých aktérů** (v tomto případě aktérů protokolu sexuality, což jsou uživatelé a jejich zákonní zástupci/opatrovníci, organizace, pracovníci, studenti na praxi, dobrovolníci) jako aktivních nositelů děje je spojeno s vysokým symbolickým statutem, který je tím aktérům připsán (76). Dokumenty A, B jsou v tomto ohledu nerovnoměrně uspořádány. Uživatel je optikou těchto dokumentů zobrazen jako pasivní aktér, který je „veden, informován, je u něho třeba řešit“, který místo aby aktivně tvořil, tak spíše pasivně reaguje: „*schopni adaptivního chování*“. Je tak výrazně snížen jeho symbolický kapitál, přičemž nezáleží zcela na uživatelských schopnostech a dovednostech, neboť jak je ukázáno na modelovém Dokumentu Y, konkrétně

vymezená odpovědnost pracovníků ochraňuje ty uživatele, jejichž jednání se obrací proti uživatelům samotným či zabezpečuje ochranu ostatních uživatelů.

Dokument B také zvýrazňuje spolupráci rodiny a dokonce i přátel při sexuální osvětě uživatele a přitom není v textu uvedena podmínka souhlasu uživatele se spoluprací těchto neformálních účastníků na takto citlivém tématu. Není také specifikováno, zda se jedná o uživatele zbaveného právní způsobilosti. Tímto postojem se dále oslabuje role uživatele v dokumentu.

Dokumenty C, D a modelový dokument Y popisují uživatele jako aktivní nositele děje, tedy někoho, kdo má právo konat a komu toto právo bylo veřejně přiznáno: „*uživatelé mohou vyjádřit, uživatelé budou nakládat, nerozhodovat za klienta*“. Toto vymezení uživatele je v souladu s koncepcí zplnomocnění, kdy Úlehla (67) zdůrazňuje důležitost pocitu, kdy uživatel zažívá kontrolu nad svým životem a kdy pracovníci věří ve skutečnost, že uživatel ví, co je pro něj dobré.

Proto je důležité, aby byl uživatel zobrazen jako ne ten, „kdo je veden“, ale jako ten, „kdo si může vybrat“, popřípadě jako ten, „kdo je motivován, aby si vybral“.

**Porovnání obsahu** jednotlivých témat modelového Dokumentu Y a Dokumentů A, B, C a D lze nalézt v tabulce č. 4. Dále byla do tabulky vložena témata, která se vyskytují v dokumentech, ale nikoliv v modelovém Dokumentu Y.

Modelový Dokument Y obsahuje 11 ucelených témat, v porovnání s tím Dokument A v sobě obsahuje 7 ucelených témat (chybí soukromí, informovaný souhlas, vzájemné sexuální vyjádření a sexuálně přenosné choroby), Dokument B obsahuje 8 ucelených témat (chybí soukromí, informovaný souhlas, vzájemné sexuální vyjádření), Dokument C obsahuje 2 ucelená témata (sociosexuální vzdělání a sexuální zneužívání a obtěžování) a Dokument D v sobě neobsahuje žádné z ucelených témat. Dle zastoupení jednotlivých tematických bloků tak můžeme rozdělit dokumenty na široce zaměřené a strukturované (dokumenty A, B), úzce zaměřené a polostrukturované (Dokument C) a na veřejné prohlášení (Dokument D) (tabulka č. 10).



Každé téma v modelovém Dokumentu Y má svůj smysl, zvláštní důraz je kladen na „informovaný souhlas“ a „vzájemné sexuální vyjádření“, které zajišťují navazování vztahů mezi uživateli dle práv a povinností, které z tohoto kontaktu vyplývají. Právě tyto tematické bloky v dokumentech chybějí a pouze v Dokumentu B je odkaz na rovnocenný oboustranný souhlas. Jak uvádí Štěrbová (1), je v této oblasti zapotřebí mnohem více: sondáž znalostí pro odhad možnosti sexuálního vyjádření, pracovní postup pro určení odhadu sexuálního vyjádření atd. Zvláště u lidí nekomunikujících spočívá velká odpovědnost v této oblasti právě na poskytovateli, který by měl dát vyjádření, zdali je uživatel schopen poskytnout svobodné a informované sexuální vyjádření (1). Jedná se tedy o velký zásah do práva na sebeurčení a tato témata by neměla být v protokolu opomenuta.

Dokumenty oproti modelovému Dokumentu Y obsahují navíc ucelené téma Parafílie. Jedná se o téma, které má v lidské sexualitě bezpochyby často nezměnitelné místo vyžadující přijetí a pochopení (9).

Dále jsem na základě obsahové analýzy dat modelového Dokumentu Y našel jednotlivé části, z kterých se skládají ucelené tematické bloky. Z těchto částí jsem vytvořil modelovou strukturu, kterou navrhuji jako pevnou strukturu pro ucelené tematické bloky protokolů sexuality v zařízeních poskytující sociální služby.

Navržená struktura se skládá z:

1. obecné popsání jevu/oblasti,
2. prohlášení organizace,
3. vysvětlení situace jednotlivých aktérů,
4. důsledky zanedbání popisované oblasti,
5. odpovědnost pracovníka,
6. odpovědnost poskytovatele,
7. odpovědnost uživatele,
8. spolupráce s odborníky,
9. spolupráce se zákonnými zástupci a opatrovníky
10. ideální příklad.

Na základě navržené struktury jsem v tabulkách č. 5, 6, 7, 8, 9 poukázal, jaká nevyváženost panuje v jednotlivých protokolech mezi obsahem tematických bloků. Na následujících příkladech bych rád upozornil na rizika, která z toho plynou.

V případě, že se organizace odchýlí od objektivního **popsání jevů**, může vědomě či nevědomě manipulovat s uživateli:

- Popis jevu není úplný: výčet práv není konkrétní (dokumenty A, C, D) nebo neobsahuje všechna práva (Dokument B), zejména ta s hlubší problematikou (právo na respektování rodiny a obydlí). V žádném dokumentu nejsou práva uživatelů zpracována v uceleném tématu.
- Popis jevu je jen u některých částí (dokumenty A, B, C), a to zejména u jevů: „sexuální osvěta, intimní pomůcky, sexuální zneužívání“ a nevyskytuje se u témat s hlubší problematikou: „rodičovství.“
- Popis jevu je jednostranně zaměřen: v Dokumentu A, kdy je rodičovství popsáno čistě jako nesnáz a zároveň v žádném dokumentu není vyjádřena pozitivní role rodičovství či podpora k rodičovství. Dále v Dokumentu A, kdy jsou uživatelé popsáni čistě z pohledu negativního, tedy je zdůrazněno co je patologické a co neumí.
- Popisem jevu snižuje svoji vlastní váhu: v Dokumentu A, kdy je rodičovství vyjádřena jako „touha“ uživatele oproti masturbaci, která je vyjádřena jako: „*masturbace je zdravou částí sexuality*“.
- Popis je špatně teoreticky ukotven: Dokument B obsahuje popis parafilie jako „*nevhodnou nebo nepřipustnou formu sexuality*“. Nevhodné či nepřipustné může být sexuální chování (nikoliv sexualita jako taková) a sexuální preferenci, která je nezměnitelnou stránkou lidské osobnosti, je třeba respektovat (Weiss, 2002)

Předpokládám, že vyhnutí se **popisu jevu**, či jeho jednostranné (negativní) zaměření spočívá v nejistotě organizace v jednotlivých tématech. Tomu nasvědčují i rozhovory s pracovníci B a D, které uvádí rodičovství jako „bolavé téma“

a v Organizaci C: „S nimi hovoříme o tom, co vše starost o miminko obnáší apod. Tím také hovory končí.“. Další možná příčina může spočívat v zaměření poskytovatelů více na ochranu uživatelů (např. podrobně popsaná kapitola sexuálního zneužívání u Dokumentu B).

Nechci zaslepeně tvrdit, že lidé s postižením by měli mít v každém případě děti, uživatel však má, dle Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením, právo na přijímání informací na rovnoprávném základě s ostatními lidmi (42). V jiném případě by poskytovatelé jednali na základě předsudku, který uvádí Valenta a Müller (8): „*Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzejí touhy*“. Myslím si tedy, že například uvedení plné definice rodičovství (významu této situace v životě člověka včetně všech z toho plynoucích pozitiv i povinností) by mělo být v protokolu sexuality standardem, bez ohledu na to, že uživatelé chtějí nabýt této životní role či ne.

**Prohlášení organizace** je druhou složkou navržené struktury. Štěrbová (1) uvádí, že protokol sexuality slouží k vymezení organizace při práci se sexualitou. Považuji prohlášení za prostor, kdy by organizace měla deklarovat svoje možnosti a míru své obecné podpory, a to vše v kontrastu s obecným popisem jevu. V Dokumentu B je vidět situace, kdy tomu tak není, kdy popis jevu a prohlášení organizace splývá: v Dokumentu B organizace deklaruje své hodnoty, které dle organizace „*jsou v souladu s normami, které jsou v současné době v naší kultuře přijímány*“. Mezi hodnotami organizace je však i věta: „... *nebudeme akceptovat partnerský slib nebo podporovat uzavření právoplatných sňatků ...*“.

Toto prohlášení je proti Úmluvě o právech lidí se zdravotním postižením. Jelikož však není dostatečný popis jevu (úplný výčet práv) vychází prohlášení organizace jako hlas veřejnosti a to může být jak pro zaměstnance tak zvláště pro uživatele matoucí.

**Vysvětlení situace aktérů a uvedení obecných důsledků při zanedbávání popisované oblasti** je v dokumentech velmi málo zastoupeno. Myslím, že uvedením těchto částí ve struktuře tematických bloků se posiluje pochopení mezi lidmi s postižením a mezi lidmi bez postižení. Dále se zdůrazní závažnost tématu uvedením důsledků neřešení této oblasti. Například důvody zvýšené masturbace, jak je uvádí

Bazalová (3), mohou mnoha pracovníkům otevřít oči a přivést je k přípuštění možnosti, že uživatel není přirozeně; hypersexuální, ale má spíše nedostatek podnětů či neovládá správnou techniku masturbace.

**Konkrétní odpovědnosti poskytovatele, pracovníků a uživatele** jsou v dokumentech A, B, C a D oproti modelovému dokumentu zastoupeny velmi nerovnoměrně. Ve zkoumaných dokumentech výrazně převažuje definování odpovědnosti pracovníků. Odpovědnosti u uživatelů jsou více zastoupeny v Dokumentu B, ale i tak pouze okrajově. Přičemž právě uživatel by se potřeboval setkat se svou odpovědností v konkrétní formě. Odpovědnost poskytovatele není v dokumentech zastoupena vůbec či je nepřímou vyjádřena. Myslím si, že tato situace může vést k mnohým nedorozuměním.

Rozdíl ve **spolupráci s odborníky** u dokumentů A, B, C a D a modelového protokolu Y je zejména absence zapojení supervizora jako podpory pracovníků u zkoumaných dokumentů.

Modelový dokument Y téměř nebere v potaz **spolupráci rodiny** a uvádí ji pouze v krajním případě při určení souhlasu s antikoncepcí. V tomto případě se postup u ostatních dokumentů shoduje, krom Dokumentu B, jak již bylo výše popsáno.

Vzhledem k situaci, kdy jsou někteří uživatelé zbavení právní způsobilosti, navrhuji jasně vymezit odpovědnost zákonných zástupců/opatrovníků. Na základě výsledků rozhovorů je v některých případech se zákonnými zástupci obtížná spolupráce, což potvrzuje tvrzení Bazalové (3), že zákonní zástupci mají často zkreslené a odmítavé postoje k sexualitě svých dětí. Vymezením odpovědnosti zákonných zástupců a míry jejich pravomoci by uživatelé získali opět větší představu o své vlastní odpovědnosti.

**Navrhují** tedy, aby tematické bloky, dle vzoru modelového Dokumentu Y, byly obsaženy i v ostatních protokolech a dále byly vytvořeny tematické bloky Parafílie a Práva uživatele na svou sexualitu. Tematické bloky s teorií o lidech s postižením navrhuji vynechat, neboť jejich obsah bude vyvážen důsledným popsáním aktivní odpovědnosti jednotlivých aktérů v ostatních částech. Vyjádření toho, co uživatel za různé podpory může, tak nahradí teoreticko-diagnostické informace, které dle Lečbycha (2005) patří minulosti a nálepkují lidi s postižením. Navrhují také,

aby jednotlivé tematické bloky obsahovaly výše popsanou strukturu, která by přispěla k vyváženosti a jasnosti dokumentu.

- **Jaké zkušenosti mají vybraní pracovníci sociálních služeb Jihočeského kraje s protokoly sexuality či dokumenty totožného významu?**

**Rozhovory** se 4 sociálními pracovníci poukázaly na to, že kromě Pracovnice B neměla žádná z nich s protokolem zkušenost, než začali tvořit svůj vlastní.

Je zajímavé, že impuls k Dokumentům A a B, tedy k dokumentům s pevnou a širokou strukturou, přišel v případě Organizace A od ředitele a v případě Organizace B od zaměstnanců. Stojí za povšimnutí přirozený důsledek, že v případě iniciativy ředitele je Dokument A oficiální směrnicí a v případě iniciativy pracovníků je Dokument B směrnicí neschválenou a tedy neoficiální, přestože mezi zaměstnanci probíhá intenzivní komunikace a spolupráce (pravidelné setkávání, diskuze). Tento fakt koresponduje s metodikou Domu sexuality, kdy základem je vyjádření vedení, bez kterého je počínání zaměstnanců nejisté (52).

Příkladem dobré praxe je Pracovnice D, které impuls k práci se sexualitou přineslo její vlastní poznání: *„Na základě toho, že jsem nastoupila do zaměstnání a pracovala jsem s dospělými uživateli, kde je sexualita na denním pořádku.“* Dokázala však ke spolupráci získat vedení od samého začátku a na kurzy s ní jezdila zástupkyňě ředitelky.

Za důležitou informaci považují sdělení Pracovnice D, kdy mluví o ztotožnění se s protokolem, protože se podílela na jeho vytváření, a tak jsou v něm obsaženy hodnoty, které zastává. Příklad formování názorů v procesu tvorby protokolu lze vidět ve sdělení Pracovnice B: *„Protože jak se protokol vytvářel, jak se o těch otázkách začalo naprosto **otevřeně mluvit**, začaly se pojmenovávat situace a dostávaly názvy, jaké ve skutečnosti mají (byl to dlouhý proces). Tak se **změnilo myšlení lidí**.“* Ve výsledku se zaměstnanci ztotožňují s protokolem, ať již na základě vlastního vkladu či skupinové diskuze. Skupinová diskuze pomáhá lidem ujasnit si stanoviska a zároveň se v tomto procesu vytváří skupinové normy, které s sebou mohou někdy přinášet riziko

zaslepenosti a dogmatismu (77). Je tedy na místě poukázat na doporučení Štěrbové (1), která na základě zahraničních zkušeností volá po krajských komisích, které by dohlížely na dodržování sexuálních práv uživatelů.

Za stěžejní považují vyjádření záměru protokolu, tedy směru, kterým se má protokol ubírat. Pracovnice A a B definují svůj záměr velmi podobně a to ve smyslu vytvoření hranic při práci se sexualitou. Jak uvádí Pracovnice B: *„Abychom věděli jakým způsobem zacházet se sexualitou lidí s postižením.“* Na prvním místě stojí pracovníci a organizace, vymezení hranic a vytvoření pracovních postupů. Tomuto směru odpovídá i tabulka č. 3, kde je uživatel zobrazen v pasivní formě a organizace je spolu se zaměstnanci zobrazena jako aktivní a tvořící. Naproti tomu Pracovnice C a D se v záměru protokolu orientují na podání informací, připomenutí práv, a přestože Pracovnice D také zdůrazňuje vytvoření hranic ze strany zařízení, je toto prohlášení uvedeno v kontextu nabídky pro uživatele: *„co můžeme uživateli nabídnout“*. Tento záměr je v souladu s výsledky výzkumu, kdy se tento přístup odráží v Dokumentech C a D, kde je uživatel zobrazen jako aktivní činitel (tabulka č. 3).

Pracovnice A v rozhovoru uvádí, že s protokolem byla seznámena pouze část uživatelů a Pracovnice C uvádí, že uživatelé se setkali se samotnými důsledky protokolu. Tato situace koresponduje s výsledky analýzy dokumentů, kdy dokumenty A a C nepočítají při četbě s uživatelem jako s autorem (tabulka č. 2). Naproti tomu dokumenty B a D jsou na čtenáře neutrálně zaměřeny a dle rozhovorů s pracovníci B a D byli s nimi uživatelé také seznámeni.

Za **přínos protokolu** pracovníci B, C a D označují větší jistoty pro pracovníky, kdy pracovníci znají své hranice a vědí, jak zacházet s projevy sexuality uživatelů. Pracovnice C a D dále u sebe jako pracovníka vnímají jistotu z pocitu, že postupují v souladu s vederním organizace. Tato jistota je odražena ve výroku pracovnice D: *„Takže by mě ani nezavřeli, tedy alespoň s větší pravděpodobností.“* To je závažná věc, kterou bohužel nemůže pocítit Pracovnice B, v jejíž organizaci není protokol schválen. Protokol sexuality musí stát na pevných základech, které spočívají v jasném a transparentním souhlasu vedení (72). V jiném případě mohou pracovníci pocítovat nejistotu ze strany vedení a může dojít k nedorozumění.

Pracovnice B a D považují za přínos pro uživatele stejný respektující přístup. Pracovnice A vnímá **přínos protokolu** v jeho samotném vzniku, tedy ve faktu, že organizace má „nástroj“. Praktický přínos protokolu sexuality v Organizaci C lze však vidět ve vyhodnocených rozhovorech v poslední části Aktuální práce se sexualitou.

Jako velmi zajímavé hodnotím zkušenosti Pracovnice B, které vypovídají o stěžejním přínosu protokolu sexuality, kdy se věci dávají do pohybu a začínají se řešit: **odhalení sexuálního zneužívání** („Na jeho základě se zde řešilo několik případů sexuální zneužívání.“), **nově vzniklá partnerství** („... díky vzniku protokolu mohlo dojít k tomuto soužití dvou lidí.“), **řešení sexuálního obtěžování** („Dokonce nám tady pomohla psychologka pojmenovat projevy jednoho klienta, když je přesně pojmenovala, tak se ta situace začala řešit.“).

Zkoumaný soubor je malého rozsahu a výsledky se tak nedají generalizovat na všechny poskytovatele sociálních služeb v České republice. Na uvedených příkladech je však názorně vidět, jak tvorba a zavádění protokolu sexuality přispívá k otevřené diskuzi, k pozitivní změně v přístupu k uživatelům a k většímu naplňování jejich práv. Zároveň se jedná o začínající a pomalý proces, který v sobě skrývá mnoho nedostatků. Věřím tedy, že má diplomová práce napomůže tomuto procesu a přispěje k jeho zkvalitnění.

Na základě výše uvedených skutečností a poznatků jsem se pokusil o formulaci následujících čtyř hypotéz:

- Ve vybraných zařízeních sociálních služeb Jihočeského kraje jsou alespoň 2 protokoly sexuality či dokumenty totožného významu, které jsou zároveň vnitřní směrnici organizace.

- Protokoly sexuality či dokumenty totožného významu ve vybraných zařízeních Jihočeského kraje neobsahují všechna ucelená témata, která jsou uvedena v modelovém protokolu sexuality, jenž je uveden v odborné literatuře.
- V protokolech sexuality či dokumentech totožného významu ve vybraných zařízeních Jihočeského kraje není uvedena podpora pro rodičovskou roli lidí se zdravotním postižením.
- Více jak polovina vedoucích sociálních pracovníků z Jihočeského kraje, v jejichž zařízení je protokol sexuality či dokument totožného významu, považují za přínos tohoto dokumentu větší jistotu pracovníků při práci se sexualitou lidí s mentálním či kombinovaným postižením.



## 6 Závěr

Protokol sexuality upravuje práva a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a uživatelů. Cílem diplomové práce bylo potvrdit či vyvrátit existenci protokolů sexuality či dokumentů s totožným významem ve vybraných zařízeních sociálních služeb pro lidi starší 15 let s mentálním a kombinovaným postižením v Jihočeském kraji, analyzovat nalezené dokumenty a realizovat rozhovory s vybranými sociálními pracovníci, které mají s protokoly sexuality přímou zkušenost.

Výzkum diplomové práce se skládal z předvýzkumu a samotného výzkumu. Předvýzkum byl realizován formou anketního šetření. Výzkum byl realizován, s ohledem na málo frekventované a neprobádané téma, kvalitativní formou za aplikace metod analýzy dokumentů a dotazování, respektive autor použil techniku obsahové analýzy dat a techniku hloubkových polostrukturovaných rozhovorů.

Na základě provedeného výzkumu byly v cílové skupině poskytovatelů sociálních služeb analyzovány čtyři protokoly sexuality či dokumenty totožného významu, z toho se v případě dvou dokumentů jedná o oficiální vnitřní směrnici zařízení, v jednom případě o neoficiální vnitřní směrnici a jednom případě o veřejné prohlášení. Analýza prokázala různorodé zastoupení ucelených témat v nalezených protokolech oproti modelovému protokolu sexuality, který je popsán v odborné literatuře. Dále autor poukazuje na značné rozdíly ve vnitřní struktuře ucelených témat v dokumentech samotných, které vedou ke zkreslenému podávání informací, zvláště v oblasti rodičovství lidí s mentálním a kombinovaným postižením. Na základě analýzy modelového dokumentu autor navrhuje pevnou strukturu jednotlivých témat protokolů pro objektivní a vyváženou formu protokolů.

Analýza zaměřená na diskursivní prvky v textu odkryla ve dvou dokumentech ze čtyř pasivní roli uživatele, která snižuje jeho váhu (symbolický kapitál) v protokolu sexuality. Tyto dokumenty se tak stávají nevyváženými ve vymezení práv a odpovědností jednotlivých aktérů

Zkušenosti sociálních pracovníků s protokolem sexuality lze shrnout do třech základních linií: nezastupitelná spolupráce vedení a pracovníků v přímé péči při tvorbě protokolu sexuality, pocit jistoty v práci se sexualitou uživatelů jako přínos protokolu pro zaměstnance a změna přístupu k uživatelům z hlediska organizace i zaměstnanců.

Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru, nelze z uvedených výsledků tvořit obecné závěry, lze je však uplatnit v praxi při tvoření a zavádění protokolů sexuality, neboť upozorňují na slabé i silné stránky tohoto procesu. Zejména navržená struktura jednotlivých témat protokolu, by mohla v praxi napomoci k vyváženosti těchto dokumentů a tak nepřímo ovlivnit naplňování práv lidí s postižením. Dále je práce zpětnou vazbou pro čtyři zkoumané organizace a přináší jim tak možnou inspiraci či náměty k diskusi.

## **7 Klíčová slova**

Sexualita

Protokol sexuality

Lidé s mentálním a kombinovaným postižením

Sociální služby

## 8 Seznam použitých zdrojů

1. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením. 1. vydání. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, 2009. ISBN: 978-80-7415-005-0.
2. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexualita zdravotně postižených. In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEIS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s. 165-177. ISBN: 978-80-7345-238-4.
3. BAZALOVÁ, B. Autismus, vztahy a sexualita u nás a v zahraničí. In *Sexualita mentálně postižených – II: sborník materiálů z druhé celostátní konference ve dnech 11. – 12. prosince 2008 v Hradci Králové*. Praha: ORFEUS, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
4. VYKYDALOVÁ, H. Sexuální identita osob s mentálním postižením. In *Sborník referátů z 14. celostátního kongresu k sexuální výchově v Pardubicích ve dnech 14. - 16. září 2006*. Pardubice: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2006. ISBN 80-86559-57-2.
5. LEČBYCH, M. Modely mentální retardace. In *Psychologie dnes*. Praha: Portál, červen 2005, roč. 11, č. 6, s. 33-34. ISSN 1212-9607.
6. MITLÖHNER, M. Vybrané právní otázky sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených – II: sborník materiálů z druhé celostátní konference ve dnech 11. – 12. prosince 2008 v Hradci Králové*. Praha: ORFEUS, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
7. BIANCHI, G. Subjektivnost sexuality. In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEIS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s. 130-146. ISBN: 978-80-7345-238-4.
8. VALENTA, M., O. MÜLER a kol. *Psychopedie*. 3. doplněné a upravené vydání. Praha: Parta, 2007. ISBN: 978-80-7320-099-2.
9. WEISS, P. *Sexuální deviace*. Praha: Portál, 2002. 352 s. ISBN 80-7178-634-9

10. MOALEM, S. *Jak funguje sex*. Praha: Dokořán, 2005. ISBN: 978-80-7363-293-9.
11. SMĚKAL, V., L. LACINOVÁ, L. KUKLA a kol. *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal, 2004. ISBN: 80-86598-84-5.
12. ATKINSON, R. L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-640-3.
13. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vydání. Brno: Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5.
14. ANCHELL, M. *Důvody proč neučit sexuální výchovu*. Zkrácené vydání. Hnutí pro život, 2010. ISBN: 978-80-904144-1-9.
15. WEISS, P. Homosexualita jako variace lidské sexuality, In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT, P. WEIS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s. 191-197. ISBN: 978-80-7345-238-4.
16. UZEL, R. a M. MITLÖHNER. *Vybrané otázky lidské sexuality*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN: 978-80-7041-609-9.
17. ZVĚŘINA, J. a V. BUDINOVSKÝ. *Vše o sexu*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2004. s. 336. ISBN: 80-249-0460-8.
18. UZEL, R. Co je normální v sexualitě člověka. In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT, P. WEIS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s. 126 - 29. ISBN: 978-80-7345-238-4.
19. UZEL, R. Vliv pornografie na delikventní chování mládeže. In *1. moravský regionální kongres k sexuální výchově v Uherském Brodě 2004* [online]. Praha, 2011 [cit. 17. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006010916>.
20. JARKOVSKÁ, L. a K. LIŠKOVÁ. Je to k nevíře aneb Obrat k prudérii v české sexuální výchově. In *Sborník referátů z 19. celostátního kongresu k sexuální výchově ve dnech 22. - 24. září v Pardubicích*. Brno: CAT Publishing, 2011. ISBN 978-80-904290-4-8.

21. ROZEHNALOVÁ, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících?* Praha: Cevap, 2005. ISBN: 80-902898-8-6.
22. ŠILEROVÁ, L. Sex, reklama a mladí lidé ... In *Sborník referátů z 12. kongresu k sexuální výchově ve dnech 14. - 16 října v Pardubicích*. Praha: SPRSV, 2004. ISBN 80-86559-31-9.
23. MELLAN, J. Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. In *Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference v Hradci Králové, 2004*. Praha: ORFEUS, 2004. ISBN: 80-903519-0-5.
24. FIFKOVÁ, H., P. WEISS, I. PROCHÁZKA a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008. s 202. ISBN: 978-80-247-1696-1
25. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. Vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN: 80-247-1284-9.
26. ŠEDÁ, V. Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených. In *Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference v Hradci Králové, 2004*. Praha: ORFEUS, 2004. ISBN: 80-903519-0-5.
27. HRDY, S. B. *Mother nature*. New York: Ballantine Books, 2000. 723s. ISBN 0-345-40893-4.
28. ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. 1. vydání. Praha: Argo, 2002. ISBN: 80-7203-380-8.
29. TROJAN, O. *Jak mluvit s dětmi o sexu*. 1. vydání. Praha: Fragment, 2009. ISBN: 978-80-253-0833-2.
30. JANOŠOVÁ, P. *Divčí a chlapecká identita*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2008. 228 s. ISBN: 978-80-247-2284-9.
31. ŠULOVÁ, L. MORGENSTERNOVÁ, M. Rodičovství a péče o dítě. In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT, P. WEIS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s. 63-70. ISBN: 978-80-7345-238-4.

32. ROBLEDO, I. J., CHRISLER, J. C. The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. In *Sex roles*. State University of New York-Fredonia, 2011. DOI 10.1007/s11199-011-0052-z.
33. BLY, R. *Železný Jan*. 2. vydání. Praha: Argo, 2011. ISBN: 80-7203-659-9.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
35. PROKOP, D. Proč se nevezmou. *Psychologie dnes*. 2012. roč. 18, č. 2. ISSN:1212-9607.
36. WINTR, J. *Právní analýza osvojení dítěte* [online]. Praha, 2009 [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: <http://www.gpartnerstvi.cz/zakaz-adopci/pravni-analyza-osvojeni-ditete.html>.
37. SEDLÁČKOVÁ, A. a L. ŠILOVÁ. Lesbické rodiny a jejich specifické znaky. In: ŠULOVÁ, L., T. FAIT, P. WEIS a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. s. 204-216. ISBN: 978-80-7345-238-4.
38. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. 4. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-272-0.
39. MANDZÁKOVÁ, S. Prejavy sexuality klientov s ťažším mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb na Slovensku. In *Sexualita mentálne postihnutých – II: sborník materiálů z druhé celostátní konference ve dnech 11. – 12. prosince 2008 v Hradci Králové*. Praha: ORFEUS, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
40. MATIAŠKO, M. *Lidé s mentálním a duševním postižením a problém jejich právního postavení v České republice* [online]. 2009 [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: [http://www.helcom.cz/download/zpravy/Lide\\_s\\_MDP.pdf](http://www.helcom.cz/download/zpravy/Lide_s_MDP.pdf).
41. VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014* [online]. Praha: 2010. [cit. 1. 4. 2012]. ISBN: 978-80-7440-024-7. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/scripts/file.php?id=75865>.

42. OSN. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením ze dne 13 prosince 2006 (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením)*. In: *Sbírka mezinárodních smluv*. částka 4. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>.
43. THÜRLOVÁ, Z., E. POGODOVÁ, M. NĚMCOVÁ a kol. *Alternativní zpráva pro Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením* [online]. 2011 [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: [http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/czech\\_crpd\\_alt\\_report\\_cz.pdf](http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/czech_crpd_alt_report_cz.pdf).
44. HLOUŠEK, J. Konflikt zájmu jedince a zájmu společnosti při naplňování práva osob s mentálním postižením rozhodnout se, zda a kdy mít dítě. In *Sexualita mentálně postižených – II: sborník materiálů z druhé celostátní konference ve dnech 11. – 12. prosince 2008 v Hradci Králové*. Praha: ORFEUS, 2009. ISBN 978-80-903519-7-4.
45. THOROVÁ, K. Pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace a syndromy pojící se s mentální retardací. In: ČADILOVÁ, V., H. JŮN, K. THOROVÁ a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 11-53. ISBN: 978-80-7367-319-2.
46. WHO. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, tabelární část* [online]. Platná verze k 1.1.2012 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
47. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN: 978-80-7367-582-0.
48. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 309 s. ISBN: 978-80-7367-331-4.
49. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN: 80-244-1154-7.



50. NOVOSAD L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2011. 168 s. ISBN: 978-80-7367-873-9.
51. MUSÍLEK, R. Sexuální asistence je u nás zatím tabu. *Můžeš*. 2012. č. 5. s. 19. ISSN: 1213-8908.
52. DIAKONIE ČCE V PLZNI. *Sexualita aneb život se vším všudy – vzdělávací program pro sociální pracovníky*. Skripta. Plzeň, 2011.
53. PREVENDÁROVÁ, J. Sexualita lidí s mentálním postižením. In *Slnečnica* [online], 2002, roč. 6, č. 4 [cit. 2008-03-19]. Dostupné z: <http://www.downovsyndrom.sk/sds/files/2002-4.pdf>.
54. SOBEK, J. a kol. *Práce s rizikem v sociálních službách*. 1 vydání. Praha: Portus, 2010. ISBN: 978-80-254-6889-0.
55. PÖTHE, P VELEMÍNSKÝ, M. *Sexuální zneužívání dětí se zdravotním postižením*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1999. ISBN 80-7040-375-6.
56. BAŠTECKÁ, B. Rodinný a sexuální život z hlediska vývoje a výchovy. In *Rodinný a sexuální život zdravotně postižených. Sborník materiálů ze semináře uskutečněného dne 11. prosince 2000*. Praha: Informační centrum sdružení zdravotně postižených. s. 32-37.
57. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vydání. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
58. BOJAR, M. Děti s postižených? Prosím o hlubokou úvahu! *Můžeš*. 2012. č. 5. s. 26-29. ISSN: 1213-8908.
59. LÖFGREN-MÅRTENSO, L. ?I Want to Do it Right!? A Pilot Study of Swedish Sex Education and Young People with Intellectual Disabilities. In *Sexuality and Disability*. 2012, roč. 30, č. 2. s. 209-225. DOI: 10.1007/s11195-011-9239-z.

60. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova u znevýhodněných osob. In 4. *Moravský regionální kongres k sexuální výchově v Ostravě 8. - 10. dubna 2010*. Brno: CAT Publishing, 2010. s. 79-82. ISBN: 978-80-904290-1-7.
61. ADAM, T. Sexualita zakázaná a frustrovaná. In *Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference v Hradci Králové, 2004*. Praha: ORFEUS, 2004. ISBN: 80-903519-0-5.
62. SVATOŠ, J. Sexuální výchova mentálně postižených dětí a dospívajících. In *Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference v Hradci Králové, 2004*. Praha: ORFEUS, 2004. ISBN: 80-903519-0-5.
63. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením – aktuální stav, potřeba, požadavky. In *Sborník referátů z 14. celostátního kongresu k sexuální výchově v Pardubicích ve dnech 14. - 16. září 2006*. Pardubice: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2006. ISBN 80-86559-57-2.
64. BULLOUGH, V. L. a B. BULLOUGH. *Human sexuality: an encyclopedia*. New York: Garland Publisher, 1994. s. 685. ISBN 08-240-7972-8.
65. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN: 978-80-7367-310-9.
66. MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha: MPSV, 2002. ISBN: 80-86552-45-4.
67. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN: 80-86429-36-9.
68. HAICL, M. Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In: BICKOVÁ, L. I. ČERNÁ, M. FROULÍKOVÁ a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. s. 35-44. ISBN: 978-80-904668-1-4.

69. SOKOL, R. a V. TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. Vydání. Praha: ASPI, 2008. 444 s. ISBN: 978-80-7357-316-4.
70. CHRENKOVÁ, M., H. SOBKOVÁ a Z. VAJŘÁKOVÁ. *Metody sociální práce, sociální služby a standardy kvality v sociálních službách*. In: JANOUŠKOVÁ, K. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s. 11-38. ISBN: 978-80-7368-229-3.
71. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN: 80-903070-0-0.
72. *Vzdělávání v Pohodě* [online]. c2011, poslední změna 13.5.2012 [cit. 2012-05-13]. Dostupné z: <http://vzdelavanivpohode.cz/sexualita/osa-zapojeni-pracovnika-do-prace-se-sexualitou-cloveka-s-postizenim/>.
73. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. 2004 [cit. 2012-07-08]. Dostupné z: [http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm).
74. ŠVARŤÍČEK, R. ŠEDOVÁ K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2007. 384 stran. ISBN: 978-80-7367-313-0.
75. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1 vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN: 80-7367-040-2.
76. ZÁMEC, R. Kritická analýza diskursu: Lexikálně sémantický přístup. In FORET, M., M. LAPČÍK. A P. ORSÁG(eds.). *Kultura-média-komunikace. Myšlení komunikace a médií - diskurs(viní analýza) zpravodajství*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. s. 137 - 164. ISSN: 1804-0365.
77. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. 165 s. ISBN: 80-7178-415-X.

## **Legislativní dokumenty**

- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ze dne 4. prosince 1963 ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb.
- Zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství, ze dne 26. ledna 2006 a o změně některých souvisejících zákonů.
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ze dne 8. ledna 2009.

## **9 Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

1. Deklarace sexuálních práv
2. Anketa
3. Seznam oslovených poskytovatelů sociálních služeb
4. Seznam poskytovatelů, kteří elektronicky odpověděli na anketu
5. Otázky k polostrukturovaným

## **Příloha č. 1**

### **Světová asociace sexuologie (dnes Světová asociace pro sexuální zdraví).**

#### **Deklarace sexuálních práv**

Sexualita je nedílnou součástí osobnosti každého člověka. Její plný rozvoj závisí na uspokojení základních lidských potřeb, jako je touha po kontaktu, intimitě, vyjadřování emocí, radosti, něze a lásce.

Sexualita je konstruována prostřednictvím interakce mezi individuální a sociální strukturou. Plný rozvoj lidské sexuality je zásadní pro pocit individuální, interpersonální a společenské pohody.

Sexuální práva jsou univerzální lidská práva založená na vrozené svobodě, důstojnosti a rovnosti všech lidských bytostí. Vzhledem k tomu, že zdraví je základním lidským právem, musí i sexuální zdraví být základním lidským právem. S cílem zajistit, aby lidské bytosti a společnosti rozvíjely zdravou sexualitu, následující sexuální práva musí být uznána, podporována, respektována a hájena ve všech společnostech a všemi prostředky. Sexuální zdraví je výsledkem prostředí, které uznává, respektuje a uplatňuje tato sexuální práva.

1. **Právo na sexuální svobodu.** Sexuální svoboda znamená možnost, aby osoby vyjádřily svůj plný sexuální potenciál. To vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužívání v jakémkoliv čase a životní situaci.
2. **Právo na sexuální autonomii, sexuální integritu a bezpečnost těla.** Toto právo zahrnuje možnost provádět autonomní rozhodnutí o svém sexuálním životě v rámci vlastní osobní a sociální etiky. To také zahrnuje kontrolu a požitky z našich vlastních těl bez mučení, mrzačení a násilí jakéhokoliv druhu.
3. **Právo na sexuální soukromí.** Jedná se o právo na individuální rozhodnutí a chování v intimitě, pokud nebudou rušit sexuální práva druhých.

4. **Právo na vlastní sexuální kapitál.** To se týká osvobození od všech forem diskriminace, bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, věk, rasu, společenskou třídu, náboženství nebo fyzické a emocionální postižení.
5. **Právo na sexuální rozkoš.** Sexuální rozkoš, včetně autoerotiky, je zdrojem fyzické, psychické, duševní a duchovní pohody.
6. **Právo na emotivní sexuální vyjádření.** Sexuální projev je více než erotické potěšení nebo sexuální akt. Jednotlivci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, kontaktu, emocí a lásky.
7. **Právo na svobodné sexuální spojení.** Znamená možnost vstoupit do manželství, nebo nikoliv, rozvádět se a vytvářet další typy zodpovědného sexuálního soužití.
8. **Právo na svobodnou a odpovědnou reprodukční volbu.** Zahrnuje právo páru rozhodnout se, zda bude či nebude mít děti, svobodně si zvolit počet a dobu jejich početí, a právo na neomezený přístup k prostředkům regulace porodnosti.
9. **Právo na sexuální informace založené na vědeckém bádání.** Toto právo znamená, že sexuální informace by měly být získávány prostřednictvím procesu nezátíženého a přitom vědecky etického bádání, a šířeny vhodným způsobem na všech společenských úrovních.
10. **Právo na úplnou sexuální výchovu.** Sexuální výchova je celoživotní proces od narození v průběhu životního cyklu a měla by zahrnovat všechny sociální instituce.
11. **Právo na sexuální zdravotní péči.** Sexuální zdravotní péče by měla být k dispozici pro prevenci a léčbu všech sexuálních chorob, problémů a poruch.

*Přijato v Hongkongu na 14. Světovém sexuologickém kongresu, 26.srpna 1999*

Převzato z: [http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT6/html/sexual\\_rights\\_3.html](http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT6/html/sexual_rights_3.html)

**Příloha č. 2.**

V Českých Budějovicích 22. 1. 2012

**Přeji Vám hezký den,**

rád bych Vás požádal o vyplnění krátké ankety k mé diplomové práci: ***Protokol sexuality ve vybraných zařízeních sociálních služeb v Jihočeském kraji.*** Sexualita lidí s postižením je aktuální téma, které není dosud v Jihočeském kraji zmapované a ani výrazně prezentované. Svou anketou bych rád získal základní informace, které mi poskytnou údaje pro hlubší zkoumání zvoleného tématu. Vaše odpovědi mi velmi pomohou v základním vhledu do situace a přispějí tak k diskusi, jež se snaží hledat řešení této problematiky.

Informace využiji pouze pro svou práci a výsledky budou zveřejněny anonymně. Konečnou podobu své práce Vám rád zašlu elektronickou formou, aby se výsledky dostaly přímo k Vám, tedy k lidem, kteří se snaží situaci lidí s postižením fakticky řešit.

S přáním příjemného dne

**Bc. Jan Talich**

**talich.jan@seznam.cz**, c. ARPIDA o.s., U Hvízdala 1402/9, České Budějovice 370 11

student ZSF JU, vedoucí Denního stacionáře pro dospělé při centru ARPIDA, o.s.

.....

**1. Název poskytovatele:**

--

**2. Vyskytuje se sexuální chování u uživatelů vašich sociálních služeb (za sexuální chování je považována škála od vyzývavého verbálního či neverbálního chování až po pohlavní styk).**

**(Prosím, v celé anketě vždy zakřížkujte Vámi vybranou odpověď)**

<b>ANO</b>	
<b>NE</b>	

V případě záporné odpovědi pokračujte na otázku č.4.



**3. S jakým sexuálním chováním se ve Vaší organizaci setkáváte:**

Zaměřeno na sebe sama či neurčitě	Mezi uživateli navzájem	Zaměřeno na zaměstnance	
			Vyzývavé pohledy, sexuální narážky
			Intimní doteky (hlazení, objímání, mazlení)
			Doteky na intimních místech
			Líbání, pusinkování
			Sexuální vzrušení (erekce)
			Masturbace (na veřejných místech, při hygieně, převlékání, před konkrétní osobou)
			Sexuální obtěžování
			Orální sex
			Pohlavní styk
			Partnerské vztahy

**4. Pracuje Vaše zařízení se sexualitou uživatelů?**

	ANO	NE
<b>PRACUJE</b>		
Sexuální osvěta uživatelů pravidelná		
Sexuální osvěta uživatelů jednorázová		
Proškolení zaměstnance či celého personálu v této otázce		
Řešení sexuality uživatelů na poradách či v týmu		
<b>Jiné:</b>		
<b>NEPRACUJE</b>		

**5.** Je ve vaší organizaci samostatný dokument, který se zabývá sexualitou uživatelů

<b>ANO</b>	
<b>NE</b>	

**6.** Je sexualita uživatelů zahrnuta v jiném dokumentu vašeho zařízení?

<b>ANO</b>	
<b>NE</b>	

**Pokud ANO, pak prosím uveďte v jakém:**

--

.....  
.....

### **Závěrem**

Vážím si Vaší ochoty vyplnit tuto anketu a děkuji Vám. Vyplněný formulář prosím zašlete elektronickou formou na email: [talich.jan@seznam.cz](mailto:talich.jan@seznam.cz) nebo v tištěné formě na adresu: centrum ARPIDA o.s., U Hvízdala 1402/9, České Budějovice 370 11.

Bc. Jan Talich

### Příloha č. 3

#### Seznam oslovených poskytovatelů sociálních služeb.

##### *Vysvětlivky:*

t = lidé s tělesným postižením

m = lidé s mentálním postižením

k = lidé s kombinovaným postižením

Název zařízení	Cílová skupina
1. ARPIDA, o.s.	t, k, m
2. Asociace rodičů a přátel z.p.d. v ČR, o.s. Klub Krteček v Písku	t, k, m
3. Bobelovka - centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb	m
4. Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje	t, k
5. Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	k, m
6. Denní a týdenní stacionář Klíček	k, m
7. Diakonie ČCE - středisko Rolnička	k, m
8. Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie	t, k, m
9. Domov PETRA Mačkov	k, m
10. Domov pro osoby se zdravotním postižením Osek	k, m
11. Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky (Duha)	k, m
12. Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	t, k, m
13. Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	k
14. Domov pro seniory Stachy - Kůsov	k
15. Domov pro seniory Světlo	k
16. Domov sv. Anežky, o.p.s	t, k, m

17. G-centrum Tábor	t, k, m
18. HORIZONT, o.s.	k, m
19. Ledax o.p.s.	t, k, m
20. MESADA, občanské sdružení	t, k, m
21. Město Chýnov	t, k, m
22. Městská charita České Budějovice	t, k, m
23. Městský ústav sociálních služeb Strakonice	t, k, m
24. Nazaret, středisko Diakonie a misie Církve československé husitské	t, k, m
25. Občanské sdružení Borůvka, Borovany	t, k, m
26. Občanské sdružení Okna	t, k, m
27. Oblastní charita Strakonice	t, k, m
28. Oblastní charita Třeboň	t, k, m
29. Pečovatelská služba HUMANIKA	t, k, m
30. Pomoc a péče SLUNEČNICE	t, k, m
31. PROUTEK, občanské sdružení	m
32. Sdružení postižené dítě, o.s.	k, m
33. Senior-dům Soběslav	k
34. Sociální pohoda, o.p.s.	t, k, m
35. Sociální služby Města Milevska	t, m
36. Sociální služby Světluška, o.p.s.	k, m
37. STROOM DUB o. p. s.	t, k, m
38. EP, centrum sociálních služeb, Veselí nad Lužnicí	t, k
39. Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s.	k
40. Tyfloservis, o.p.s.	k
41. Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.	t, k, m

#### Příloha č. 4

### Seznam poskytovatelů sociálních služeb, kteří elektronicky odpověděli na anketní šetření.

#### *Vysvětlivky:*

t = lidé s tělesným postižením

m = lidé s mentálním postižením

k = lidé s kombinovaným postižením

Název zařízení	Cílová skupina
1. ARPIDA, o.s.	t, k, m
2. Bobelovka - centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb	m
3. Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje	t, k
4. Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	k
5. Domov sv. Anežky, o.p.s	t, k, m
6. Občanské sdružení Okna	t, k, m
7. Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje	t, k
8. Sdružení postižené dítě, o.s.	k, m
9. Sociální pohoda, o.p.s.	t, k, m

## Příloha č. 5

### Otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

1. Kolik let pracujete v sociální sféře?
2. Co je pro Vás ve vaší profesi důležité?
3. Jaké služby poskytuje vaše zařízení?
4. S kterými formami sexuality uživatelů jste se ve své praxi setkala?
5. Jak jste se seznámila s protokolem sexuality?
  - 5.1. *Pokud jste ho spoluvytvářela, jakou roli jste při tvorbě protokolu měla?*
  - 5.2. *Z čeho jste vycházela při jeho tvorbě?*
6. Jaký je hlavní záměr protokolu sexuality?
7. Jak se daří váš záměr naplnit?
8. Jaké jsou na protokol reakce, ze strany uživatelů, zákonných zástupců a rodičů?
9. Jakým způsobem se setkáváte s protokolem ve své denní praxi?
10. Vyskytují se v praxi třecí plochy, kdy je na jedné straně omezení uživatele a na druhé zájem a možnosti organizace?
11. Jak pracujete se vztahy uživatelů?
12. Jak hodnotíte obsah protokolu?
13. Jaké se Vám dostalo vzdělání v oblasti sexuality lidí s postižením?
14. Shrňte, prosím, jaká pozitiva či negativa má protokol pro:
  - 14.1. *organizaci,*
  - 14.2. *vás jako zaměstnanice,*
  - 14.3. *uživatele,*
  - 14.4. *opatrovníky a zákonné zástupce uživatelů.*