

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Problematika sexuality osob s mentálním
postižením z pohledu sociálních pracovníků
v pobytových sociálních službách**

Bakalářská práce

Autor: Aneta Doležalová
Studijní program a obor: B6731 Sociální politika a sociální práce
Forma studia: Prezenční
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Aneta Doležalová

Studium: U16082

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Problematika sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách.**

Název bakalářské práce AJ: Sexual problematics of people with mental disability from the perspective of social workers operating at residential social services.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách. V teoretické části práce bude zpracována problematika sexuality osob s mentálním postižením v kontextu poskytování pobytových služeb. V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru.

MANDZÁKOVÁ, L. S. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9. ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0. VENGLÁŘOVÁ, M.; EISNER, P. a kol. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

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

Oponent: Mgr. Zuzana Machová

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne Podpis studenta

.....
Aneta Doležalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D., za odborné vedení práce a za cenné rady a připomínky, které mi vždy s ochotou a pochopením poskytovala.

Anotace závěrečné práce v českém jazyce

DOLEŽALOVÁ, Aneta. *Problematika sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách*. Hradec Králové, 2020. 64 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách. Teoretická část bakalářské práce se věnuje domovům pro osoby se zdravotním postižením jako sociální službě pro osoby s mentálním postižením a standardy kvality sociálních služeb, kam patří i sexuální asistence a protokol sexuality. Následující kapitola popisuje cílovou skupinu domovů pro osoby s mentálním postižením, charakteristiku těchto osob a klasifikaci mentálního postižení. Třetí a současně poslední kapitola teoretické části bakalářské práce rozebírá sexualitu osob s mentálním postižením, s tím spojené mýty a předsudky v této oblasti. Dále se zabývá sexualitou v pobytových sociálních službách, vzděláváním pracovníků a osvětě klientů v pobytových sociálních službách. V empirické části je využita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílem empirického šetření je zjištění jak sociální pracovníci/pracovnice vybraných zařízení vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytových sociálních službách.

Klíčová slova: sociální služba, pobytová služba, mentální postižení, sexualita, vzdělávání.

Anotace závěrečné práce v anglickém jazyce

DOLEŽALOVÁ, Aneta. *The issue of sexuality of people with mental disabilities from the perspective of social workers in residential social services*. Hradec Kralove, 2020. 64 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Kralove, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. Leader of Bachelor Degree Thesis: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bachelor's thesis is dealing with the problematics of mentally disabled people sexuality from the view of social workers in residential social services. Theoretical part of the thesis is dealing with homes for people with disabilities as a social service for people with mental disability. In addition, it's dealing with quality standards of social services, where also a sexual assistance and a sexuality protocol belongs. Next chapter describes the target group of homes for people with disabilities, characteristics and classification of mental disability of the people situated in these homes. Third and a last chapter of the thesis's theoretical part analyzes the sexuality of people with mental disabilities, myths and prejudices associated with it. Later in the chapter the thesis is dealing with the sexuality in residential social services and with the education of workers and clients in residential social services. In the empirical part, qualitative research strategy and a technique of half-structured conversation is used. The goal of the empiric investigation is finding out how workers in social services in each of the selected facilities perceive the problematics of work with the sexuality of people with mental disability that are situated in homes for the people with disabilities.

Key words: social service, residential service, mental disability, sexuality, education

Obsah

Úvod	8
1 Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením	10
1.1 Standardy kvality sociálních služeb	13
2 Cílová skupina domovů pro osoby s mentálním postižením	17
2.1 Charakteristika lidí s mentálním postižením	17
2.2 Klasifikace mentálního postižení	18
3 Sexualita osob s mentálním postižením	21
3.1 Mýty a předsudky v oblasti sexuality mentálně postižených osob	22
3.2 Práce se sexualitou v pobytových sociálních službách	23
3.3 Vzdělávání pracovníků a osvěta klientů v pobytových sociálních službách	24
4 Shrnutí teoretické části	27
5 Metodologie výzkumného šetření	28
5.1 Cíl výzkumného šetření a dílčí výzkumné otázky	28
5.2 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek	29
5.3 Metody výzkumného šetření	32
5.4 Výběr a popis respondentů	33
5.5 Realizace výzkumného šetření	34
5.6 Zpracování dat	36
5.7 Interpretace dílčích výzkumných otázek	36
6 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky	47
Závěr	48
Seznam tabulek	50
Seznam použité literatury	51
Seznam příloh	55

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách. Mentální postižení a s ním spojená problematika sexuality je, dle mého názoru, velmi důležitá, a měla by být poskytována ve všech sociálních službách, avšak v některých je stále tabu stejně tak jako ve společnosti. Prožívání, pocity a touhy osob s mentálním postižením jsou totožné jako u lidí bez postižení. I osoby s mentálním postižením chtějí milovat a chtějí být milovány, touží po blízkosti druhé osoby a chtějí s touto osobou sdílet a prožívat plnohodnotný život, včetně sexuality. Společnost si, podle mého názoru, stále nedokáže, nebo nechce připustit, že by osoby s mentálním postižením mohli prožívat plnohodnotný život, a to včetně toho sexuálního, jelikož tyto osoby vnímají jako věčné děti. Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, že mě toto téma zajímá, jelikož ve společnosti stále představuje tabu, a také proto, že bych v budoucnu chtěla pracovat s touto cílovou skupinou.

Cílem bakalářské práce je zjištění jak sociální pracovníci/pracovnice vybraných zařízení vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytových sociálních službách, zejména v domovech pro osoby se zdravotním postižením, zaměřených na mentální postižení. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol. První kapitola se věnuje domovům pro osoby se zdravotním postižením jako sociální službě pro osoby s mentálním postižením a probírá standardy kvality sociálních služeb. Druhá kapitola popisuje cílovou skupinu domovů pro osoby s mentálním postižením, jejich charakteristiku a následnou klasifikaci mentálního postižení. Třetí kapitola se zabývá sexualitou osob s mentálním postižením, mýty a předsudky v oblasti sexuality mentálně postižených osob, rozebírá práci se sexualitou v pobytových sociálních službách a následně se věnuje vzdělávání pracovníků a osvětě klientů v pobytových sociálních službách. Teoretická část je zakončena shrnutím. Empirická část se zaměřuje na samotný výzkum.

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření a jako techniku sběru dat polostrukturovaný rozhovor. V této části je popsán základní soubor respondentů a kritéria, která byla zvolena pro volbu těchto respondentů. Dále se

tato kapitola věnuje samotné realizaci výzkumného šetření, zpracováním dat a interpretaci dílčích výzkumných otázek. Následuje zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

Bakalářská práce má poukázat na současnou situaci spojenou se sexualitou osob s mentálním postižením včetně těch nacházející se v pobytových zařízeních. Dalším účelem, a zároveň možným přínosem, je pokus o vyvrácení mýtů a předsudků týkající se sexuality osob s mentálním postižením. Práce je určena pro sociální pracovníky pracující s cílovou skupinou osob s mentálním postižením. Studenti a široká veřejnost mohou tuto práci využít jako možný zdroj informací o problematice sexuality osob s mentálním postižením.

1 Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením

První kapitola bakalářské práce se věnuje pobytovým sociálním službám pro osoby s mentálním postižením. V této kapitole je nejprve uvedeno legislativní ukotvení pojmu sociální služba a s tím spojené typy pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením, zejména pak pro osoby s mentálním postižením. Dále jsou zde uvedeny standardy kvality sociálních služeb.

Sociální službu definuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3, písmeno a) „*sociální službou je činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“ Sociální služby se z hlediska poskytování dělí na **ambulantní**, to jsou takové služby, do kterých osoba dochází nebo je doprovázena a jsou tedy bez ubytování, dále **terénní** služby, ty se poskytují v přirozeném sociálním prostředí člověka, anebo **pobytové** služby, které nabízí uživateli služby ubytování na nějaký čas, nejčastěji se jedná o roční a týdenní pobyty nebo s pobytem vymezeným jinak. Rozdělení sociálních služeb, dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., se dělí na **sociální poradenství**, to se rozděluje na poradenství základní, což je takové poradenství, které je součástí činnosti všech poskytovatelů sociálních služeb a poradenství odborné sociální, které poskytuje určitá organizace se samostatnou registrovanou sociální službou, dále **služby sociální péče**, ty reagují na existující událost což může být například mentální postižení a jsou připraveny tuto situaci člověka řešit a **služby sociální prevence** jsou takové služby, které se snaží předcházet sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy, a to z důvodu jejich krizové životní situace nebo životních návyků. Sociální poradenství je osobám poskytováno zdarma, služby sociální péče pak za úhradu (Švarcová, 2011). Valenta (2012) uvádí, že sociální služby by měly splňovat tyto charakteristiky:

- dostupnost – z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a také z hlediska ekonomického,
- efektivita – musí vyhovovat potřebám člověka, nikoliv „potřebám“ systému,
- bezpečnost – nesmí omezovat práva, zájmy klientů,

- hospodárnost – systém musí být nastaven tak, aby výdaje klienta, použité na poskytnutí pomoci, maximálně pokrývali rozsah jeho potřeb,
- kvalita – ochrana lidských práv, odbornost, provozní zabezpečení.

V České republice je několik typů pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením. Tato práce se zaměřuje na popis týdenních stacionářů, chráněného bydlení, ale nejvíce se zabývá domovy pro osoby se zdravotním postižením jako sociální službu pro osoby s mentálním postižením. Předem než budou rozebrány zmíněné služby, nejprve bude uvedeno znění zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, které říká, že domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře a chráněné bydlení obsahují základní činnosti jako je poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zařizování osobních záležitostí. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, doplňuje vyhláška 505/2006 Sb., podle které se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tento zákon stanovuje maximální úhrady za poskytované služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v chráněném bydlení a v týdenních stacionářích, a to 210 Kč za den včetně provozních nákladů související s poskytnutím ubytování. Částka za celodenní stravu, činí maximálně 170 Kč, včetně oběda, který činí maximálně 75 Kč, a včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy. Dále budou popsány vybrané pobytové sociální služby.

Modernější formou zařízení pro osoby s mentálním postižením je **týdenní stacionář**. Tyto služby jsou určeny jak osobám s mentálním postižením, ale také osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jiného zdravotního postižení než je mentální, nebo osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon 108/2006 Sb.). Týdenní stacionáře slouží jako kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Rodina lidí s mentálním postižením může žít běžným životem, což znamená, že se mohou věnovat svému zaměstnání a nemusí všechen čas věnovat mentálně postiženému jedinci (Švarcová, 2011). Týdenní stacionáře nabízejí osobám, jak výchovné a vzdělávací možnosti, tak i aktivizační činnosti. Se stacionářem může být propojena i sociálně terapeutická dílna, která je

určena lidem, kteří se nemohou uplatnit na trhu práce a má za účelem dlouhodobou a pravidelnou podporu pracovních dovedností a návyků jedince s mentálním postižením (Matoušek, 2011).

Chráněné bydlení je pobytová sociální služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, chronického nebo duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Existují dvě formy chráněného bydlení, a to buď individuální bydlení či skupinové bydlení (Zákon 108/2006 Sb.). Chráněné bydlení spočívá v tom, že osoba s mentálním postižením společně s dalšími osobami žijí samostatně v bytě nebo v domku rodinného typu. V bytě, domku má každý člen svou samostatnou místnost a využívají společné prostory, jako je kuchyň, obývací pokoj, a podobně. V bytech osobám s mentálním postižením pomáhají asistenti s vařením, úklidem a vším, co sami nezvládnou (Opatová, 2008).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jako sociální služba je určena pro osoby se zdravotním postižením, v tomto případě pro osoby s mentálním postižením, využívají lidé, kteří nemohou žít samostatně bez podpory a pomoci jiného člověka nebo jiné sociální služby. Pokud možnosti rodiny, nebo využití dalších sociálních služeb nestačí, je tato služba jedinou dostupnou možností. Před nástupem člověka s mentálním postižením do domova pro osoby se zdravotním postižením by měli být zváženy všechny jeho potřeby. Hlavní výhodou v domovech pro osoby se zdravotním postižením je poskytnutí komplexnosti služby, a to v potřebném rozsahu a kvalitě na jednom místě (Matoušek, 2013). Cílem služby tedy je, aby každá osoba s mentálním postižením mohla žít v rodinném a zejména přirozeném prostředí. Posláním služby je pomoc rodinám s výchovou a péčí o mentálně postižené jedince (Pipeková, 2006). Jak již bylo zmíněno, domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují klientům dlouhodobé a komplexní služby, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytované služby, jejich intenzita, obsah, forma a rozsah, by měli být individuální vzhledem k potřebám každého klienta této služby, s cílem na zachování, co nejvyšší míry samostatnosti a nezávislosti handicapovaného člověka (Matoušek, 2013). Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou instituce zřizované státem, kraji, obcemi s celoročním, či týdenním pobytem. V minulosti byly domovy pro osoby se zdravotním postižením nazývány jako „ústavy sociální péče“ pro

mentálně, tělesně, smyslově, či kombinovaně postižené (Matoušek, 2013). Některé domovy mohou být určeny jen pro ženy nebo muže, avšak v některých zařízeních žijí společně, což se zdá vhodnější a hlavně přirozenější z hlediska běžného života. Obě pohlaví spolu mohou komunikovat, pomáhat si, navazovat přátelství i hlubší vztahy (Švarcová, 2011).

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je dále vymezen okruh pracovníků vykonávající odbornou činnost v sociálních službách. Jsou to sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci a další odborní pracovníci, kteří poskytují sociální služby. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách, se i mimo jiné zabývá kvalitou sociálních služeb – Standardy kvality sociálních služeb, které jsou rozebrány v další kapitole.

1.1 Standardy kvality sociálních služeb

Ministerstvo práce a sociálních věcí v České republice v roce 2002 vytvořilo a v roce 2008 opět uveřejnilo, metodický materiál s názvem Standardy kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb zlepšují úroveň sociálních služeb a mají naplnit kvalitní systém sociálních služeb. Hlavním a velmi důležitým cílem při vytváření standardů kvality byla snaha zajistit podporu člověka nacházejícího se v nepříznivé životní situaci, v jeho přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vztahů. Standardy kvality sociálních služeb jsou jedním z prvních kroků v úsilí o zlepšování a zkvalitňování péče o osoby s postižením (Švarcová, 2011). Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, podle kterých lze posoudit kvalitu poskytovaných služeb. Standardy jsou formulovány obecně, proto je lze všeobecně použít na celou řadu sociálních služeb (Sokol, Trefilová, 2008). Standardy jsou rozděleny do tří základních částí. První z nich jsou takzvané **procedurální standardy**, které jsou nejdůležitější. V těchto procedurálních standardech je stanoveno, jak má vypadat poskytování služby, také upozorňují na co si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám uživatelů služeb. Větší část textu je určena ochraně práv uživatelů služeb, vytváření ochranných mechanismů, jako jsou například stížnostní postupy a jiné. Další důležitou částí jsou **personální standardy**, které popisují personální zajištění služeb a profesní rozvoj

pracovníků. Je jasné, že kvalitu služby určují lidé, to znamená pracovníci, lépe řečeno jejich dovednosti, dosažené vzdělání, vedení a podpora, ale také vytvoření kvalitních pracovních podmínek. Třetí částí jsou **provozní standardy**, které se věnují podmínkám pro poskytování sociálních služeb, což znamená informovanost o službách a jejich dostupnosti, zvyšování kvality sociálních služeb (MPSV, 2002). Kritéria standardů sociálních služeb jsou uvedeny v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dále bych chtěla uvést standardy kvality sociálních služeb dle Valenty (2012), které jsou stanoveny následovně. Pro každý uvedený standard je uvedeno několik kritérií, závazných či doporučených postupů poskytovatele služby. **Procedurální standardy** jsou následující:

- cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- ochrana práv uživatelů služeb (kam patří níže zmiňovaná služba sexuální asistence),
- 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 způsob poskytování sociální služby,
- návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje,
- místní a časová dostupnost poskytované služby,
- informovanost o poskytované sociální službě,
- prostředí a podmínky,
- nouzové a havarijní situace,
- zvyšování kvality sociální služby.

A **personální standardy** znějí takto:

- personální a organizační zajištění sociální služby,
- profesní rozvoj pracovníků a týmu, (kam patří níže míněný protokol sexuality).

Z procedurálních standardů bych chtěla zmínit pojem sexuální asistence, který se zahrnuje do ochrany práv uživatelů služeb. Z personálních pak profesní rozvoj pracovníků a týmu, kam patří protokol sexuality.

Standardy kvality sociálních služeb, jak již bylo zmíněno, zahrnují, standard Ochrana práv uživatelů sociálních služeb, který souvisí se sexualitou a partnerstvím osob s mentálním postižením. Jde o ochranu, jak osobní svobody, soukromí, tak ochranu proti diskriminaci a další. Standard tedy řeší i oblast **sexuální asistence**. Služba sexuální asistence funguje v České republice od listopadu 2015, kdy bylo vyškoleno prvních pět sexuálních asistentek. V roce 2019 bylo vyškoleno dalších třináct sexuálních asistentek a asistentů. Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají sexuální asistentky a asistenti neboli sexuální důvěrníci či dotykový pracovníci. Sexuální důvěrníci nejsou zaměstnání v zařízeních pro osoby s mentálním či jiným postižením, ale jedná se o externí službu, tedy za klientem dochází do přirozeného prostředí. Sexuálního asistenta kontaktuje osoba s mentálním postižením sama. Dotykový pracovník pomáhá, jak jedincům, párům, ale i rodičům handicapovaných osob. Rozdílem mezi dotykovým pracovníkem a pracovníkem v zařízení je ten, že dotykový pracovník se může klienta dotýkat, pohladit ho, obejmout pokud je to potřeba, nebo jít do sexuální interakce, což pracovník v zařízení sociálních služeb vykonávat nemůže (www.freya.cz). Sexuální důvěrník dále nabízí služby, jako jsou poradenství v oblasti sexuality a partnerství, možnost mluvit o tématech v této oblasti, která klienta zajímají, možnost dotýkat se poprvé sám svého těla, nácvik masturbace, a další. Zajímavým příkladem jsou země jako Německo, Holandsko, Rakousko a další, kde funguje tato služba sexuální asistence už více jak 15 let (Šídová, 2018).

Do směrnic zařízení sociálních služeb se v rámci naplňování Standardů kvality sociálních služeb, konkrétně standard Profesní rozvoj pracovníků a týmu, začal zavádět **protokol sexuality**. Protokol sexuality je souhrnný materiál, který vymezuje kompetence, pravidla, metodiku služby a také přístup a vymezení působnosti organizace. Také může zahrnovat strukturu práce se sexualitou v organizaci a pojmenovává určité kompetence pracovníků. Protokol sexuality si musí zpracovat každá organizace sama a to z určitého důvodu, a to, že musí být vytvořen pro specifickou

skupinu klientů daného zařízení. Každé zařízení má odlišné potřeby, jiné typy sociálních služeb, zaměstnanců a podobně. Pokud by byl použit jeden protokol sexuality ve více zařízeních, zcela jistě by nefungoval. Tvorba protokolu sexuality by měla být založena na dobré praxi a obsah by měl mít možnost aktualizace. Také je velmi důležité vytvářet protokoly sexuality delší časové období. Hlavním cílem protokolu sexuality je srozumitelné nastavení pravidel popisující povinnosti a práva pracovníků, ale i klientů služby (Eisner, 2013). Na vytváření protokolu sexuality by se měli podílet nejen pracovníci zařízení, ale i jeho vedení, měl by být závazný pro všechny zaměstnance, a to i když se neztotožňují s vlastním přesvědčením, představami a hodnotami (Kozáková, 2004). Také by se nemělo zapomínat na samotné klienty sociální služby. Musí být psán srozumitelně, aby mu rozuměli, jak pracovníci, tak i klienti. Proto by měl mít formu „easy to read“, což znamená zjednodušeně s přidáním piktogramy nebo obrázky. Dále jako příklad pro představu uvedu model protokolu sexuality Centra BAZALKA, o. p. s., který je zpracovaný Mgr. Lindou Grguričovou a Bc. Věrou Srdečnou. Každý níže zmíněný bod je zakončen daným postojem, jak se má pracovník zachovat, pokud se setká s takovým tématem a případně co může v organizaci očekávat klient. Obsah tohoto protokolu sexuality je takový:

- úvod – představení tohoto dokumentu,
- obecné postoje k sexualitě a vývoj jedince v této oblasti,
- formy vztahů, sexuální aktivity, chování lidí s mentálním postižením v oblasti sexuality,
- osvěta – vzdělávání zaměstnanců, výchova a osvěta klientů, osvěta zákonných zástupců,
- sexuální zneužívání – definice, hlavní příčiny zvýšené zranitelnosti osob s mentálním postižením, chování a typické symptomy zneužitého jedince, indikátory sexuálního zneužití,
- řešení problematické situace – situace spojené se sexuální tematikou, postup při zneužívání,
- zdroje – doporučená literatura,
- definice pojmů (Eisner, 2013).

2 Cílová skupina domovů pro osoby s mentálním postižením

Tato kapitola se zabývá cílovou skupinou domovů pro osoby s mentálním postižením, což jsou v této práci domovy pro osoby se zdravotním postižením. Nejprve bude zmíněno znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který definuje cílovou skupinu osob domovů pro osoby se zdravotním postižením, jako osoby „*které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoci jiné fyzické osoby*“, a v §3, písmeno g) definuje zdravotní postižení jako: „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.*“ Vágnerová (2008) uvádí, že zdravotní postižení je buď ztráta, nebo poškození organického systému, a tím dochází k omezení, narušení či úplné chybnosti určité standardní funkce. Handicap je znevýhodnění, které se projevuje omezením, nebo postižením, ale také mírou zvládnutí určitých sociálních potřeb člověka. Pro osoby s mentálním postižením používám synonyma mentální retardace či lidé s handicapem. V další kapitole je navázáno na přesnou charakteristiku osob s mentálním postižením a dále podrobnější popis klasifikace mentálního handicapu.

2.1 Charakteristika lidí s mentálním postižením

Mentální postižení je souhrnné označení ztráty inteligence a jde tak o vrozený a trvalý stav, nejedná se o nemoc. Každý člověk s mentální retardací je svébytný jedinec s vlastními lidskými potřebami, problémy, vývojovými schopnostmi, které je nutné podporovat a rozvíjet (Švarcová, 2011). Mentální retardace může být způsobena vnitřními, tedy endogenními, nebo vnějšími, tedy exogenními vlivy, a obě složky mohou působit ve vzájemné interakci. Mezi vnitřní poruchy se zařazují poruchy ve struktuře nebo funkci generického aparátu, poruchami počtu pohlavních chromozomů, poruchami metabolismu a dědičností. Vnější vlivy se rozdělují z hlediska období, ve kterém působí. V prenatálním období to mohou být biologické vlivy, což jsou například viry a bakterie, chemické vlivy jako například alkohol a drogy, a fyzikální vlivy například úrazy. V perinatálním období může dojít k nedostatečnému zásobení plodu kyslíkem. K poškození mozku u dítěte může dojít i po porodu, avšak jen do dvou let dítěte, po dvou letech dítěte se jedná o demenci (Matoušek, 2013). Dále zde bude

uvedeno několik důležitých charakteristik mentálního postižení. Jedna z charakteristik je dle Švarcové (2011, s. 28): „*Za mentálně retardované se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačních schopností.*“ Nejnovější definice je podobná předešlé definici, je dle Valenty (2018, s. 34) a říká, že mentální retardaci „*lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i částečně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“ A poslední definic, která bude zde uvedena je dle Vágnerové (2014, s. 273) „*Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“ Neschopnost dosáhnout intelektového vývoje, a to méně než 70 % normy, i když byl jedinec přijatelně výchovně stimulován.

2.2 Klasifikace mentálního postižení

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se obvykle označují pod pojmem inteligence. Nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi mentálním věkem, což znamená, že je odpovídající v určitém vývojovém stupni, a mezi chronologickým věkem.
$$IQ = \text{Mentální věk} / \text{chronologický věk} * 100$$
 (Švarcová, 2011). Černá (2015, s. 77) uvádí, že termín inteligence je psychologický termín, jehož definice se stále jednoznačně neustálila, avšak říká, že inteligence je: „*Schopnost myslet, učit se a na základě těchto procesů se adaptovat na požadavky prostředí.*“ Schopnost jedince řešit problémy se vztahuje k inteligenci, pokud tato schopnost chybí, je měřitelná a klasifikovatelná. Osobě, které je diagnostikováno mentální postižení musí splňovat tři určité body. První bod znamená, že úroveň rozumových schopností člověka je nižší než 70 bodů. Dalším bodem je neschopnost člověka přizpůsobení se v běžném životě. Posledním bodem je rozlišení zda se jedná o poruchu vrozenou, která je u člověka přítomna již od dětství, nebo vznikla až po narození jedince. Dle závažnosti postižení dělím mentální postižení do šesti skupin, které budou následně rozebrány níže (Thorová, 2007).

Lehká mentální retardace, IQ 50-69

Tato kategorie mentálního handicapu, představuje nepočetnější skupinu lidí s mentálním postižením, jedná se okolo 80 – 85 % osob. Charakteristika lehké mentální retardace je dle Švarcové (2011) taková, že lidé s postižením dokáží užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat. Pipeková (2006) říká, že pokud je na osoby s lehkou mentální retardací v rodině dostatečně působeno, mají velkou šanci pro socializaci. Většina osob o sebe sama dokáže pečovat, jedná se zejména o zajištění jídla, osobní hygienu, oblékání a podobné činnosti, avšak o něco pomaleji. Mnoho lidí s lehkou mentální retardací je schopno udržování lidských vztahů a práce v zaměstnání, ale vyžadují spíše praktické než teoretické dovednosti. Švarcová (2011) také uvádí, že se u těchto osob s mentálním handicapem mohou individuálně objevovat přidružené zdravotní potíže, jako je například autismus, epilepsie, další vývojové poruchy, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49

Tato skupina osob se středně těžkou mentální retardací představuje okolo 10 % postižených. U jedinců se středně těžkým mentálním postižením je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči (Švarcová, 2011). Péče o vlastní osobu je samostatná, avšak potřebují stálý dohled a občasnou pomoc. Zcela samostatného života nejsou tyto osoby schopni. Dospělí lidé s mentálním postižením jsou schopni vykonávat práci v chráněných dílnách, a to za předpokladu, že úkony jsou strukturovány a je nad nimi zajištěn dohled (Thorová, 2007). Osoby se středně těžkou mentální retardací bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, většina z nich má schopnosti k navazování nových kontaktů a ke komunikaci s druhými. Rozvoj řeči je u jedinců individuální, někteří jsou schopni jednoduché konverzace, ale druzí se dokážou stěží domluvit na svých základních potřebách. U některých osob se řeč nerozvine vůbec, ale umí se dorozumět pomocí gestikulace a další neverbální komunikací (Švarcová, 2011). Psychický vývoj těchto osob je často kombinován s epilepsií, neurologickými poruchami, tělesnými a dalšími duševními poruchami (Müller, Valenta, 2003).

Těžká mentální retardace, IQ 20-34

Těžká mentální retardace je diagnostikována přibližně u 5 % osob. Podobá se středně těžké mentální retardaci. Snížená úroveň schopností zmíněná u středně těžké mentální retardaci je však v této kategorii mnohem výraznější (Švarcová, 2011). Výchova a vzdělávání je omezená, avšak u včasného rehabilitačního, výchovného a vzdělávacího působení na jedince s mentálním postižením, je možné osvojení základních hygienických potřeb, návyků, sebeobsluhy, rozumových a komunikačních schopností, a celkového zlepšení způsobu kvality života. To samozřejmě u každého jedince individuálně (Pipeková, 2006). Tyto osoby mají často motorické poruchy s příznaky celkového poškození centrálně nervové soustavy. Časté jsou poruchy chování, stereotypní chování, hry s fekáliemi, agrese a jiné (Müller, Valenta, 2003).

Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20

Thorová (2007) uvádí, že jedinci v této skupině tvoří méně než 1 % mentálně handicapované populace. Jejich mentální věk je nižší než 18 měsíců. Vágnerová (2014) říká, že jde o kombinované postižení. Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou omezeni ve schopnosti porozumět řeči či požadavkům. V nejlepším případě jsou schopni vyjádřit se jen v neverbální komunikaci, to znamená vyjádření libosti, nelibosti, jako je například úsměv, pláč. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou komplexně závislí na péči jiných osob. Švarcová (2011) doplňuje, že tito lidé jsou často imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Potřebují neustálou pomoc druhých osob a dohled.

Jiná mentální retardace se používá pouze pokud, je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné, nebo není možné pro přidružené postižení a to například u nevidomých, neslyšících, nemluvících osob, osob s autismem, tělesně postižených osob, nebo u jedinců s těžkými poruchami chování (Švarcová, 2011).

Nespecifikovaná mentální retardace se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale bohužel není dostatek informací a poznatků, aby bylo možno člověka zařadit do jedné ze zde výše uvedených kategorií (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

3 Sexualita osob s mentálním postižením

Tato kapitola se zabývá sexualitou osob s mentálním postižením. Rozebírá nejčastější mýty a předsudky v oblasti sexuality mentálně handicapovaných osob, a následně i práci se sexualitou v pobytových zařízeních, a to včetně vzdělávání samotných klientů i pracovníků sociálních služeb. Nejdříve tedy, co je to sexualita, sexualita patří k běžným lidským potřebám. Definice sexuality dle Venglářové: (2013, s. 18) *„Za normální sexuální aktivity považujeme takové, které se odehrávají mezi psychosexuálně zralými lidmi, pokrevně nespřízněnými a s jejich jasným souhlasem. Tyto aktivity nevedou k tělesnému poškození.“* Funkce lidské sexuality není pouze reprodukční, ale přináší také pocit slasti, prožití příjemných pocitů, radosti, spokojenosti, štěstí, ale zároveň může být příčinou frustrací, zoufalství a nespokojenosti. Každý si pod sexualitou představí něco jiného, ale nemusíme si hned nepředstavovat jen fyzický sex, ale i znalost ženského a mužského těla, romantiku, emoce, lásku, intimní vztahy. Sexualita je lidskou přirozeností a součástí. Provází člověka celý život a nezáleží na věku ani jeho handicapu. Součástí lidské sexuality jsou uvědomované a neuvědomované psychické procesy a biologické pudy. Podstatnou částí sexuálního chování je chování naučené, a u každého člověka je sexualita individuální. Záleží v jaké rodině a společnosti jsme vyrostli. Zda rodina, společnost sexualitu potlačuje, omezuje nebo ji přijímá. Vůbec nejdůležitějším faktorem je přísun kvalitních informací již v dětství člověka, a to v přiměřené formě vzhledem k jeho věku nebo postižení. Aby byly pochopeny sexuální potřeby lidí s mentálním postižením, musí se myslet na to, že se jedná o přirozenou součást jejich života. Tito lidé s mentálním postižením jsou obvykle vyloučeni z běžného společenského života, a proto podléhají více autoritě. Jejich životní podmínky jsou omezené péčí, která za ně řeší opatření. Poté lidé s handicapem nemají potřebné a přirozené životní zkušenosti, neumějí řešit partnerské konflikty, komunikovat a podobně. Někteří lidé, kteří žijí v rodinách, jsou často před sexualitou chráněni a v domovech sociální péče nemívají dostatek soukromí. Proto je přirozený sexuální vývoj u lidí s mentálním postižením omezený, sexuální touhy a potřeby bývají přehlíženy a potlačovány (Thorová, 2012).

3.1 Mýty a předsudky v oblasti sexuality mentálně postižených osob

Někteří lidé dodnes odmítají uznat, že všichni lidé mají sexuální touhy, pocity, potřeby bez ohledu na jejich handicap. Často se setkáváme s předsudky, že osoby s mentálním postižením jsou nepohlavní, a že jsou dětmi po celý svůj život. Někteří lidé ve společnosti jsou přesvědčeni, že lidé s mentálním postižením jsou bez sexuálního vnímání, nemají sexuální starosti. To však není pravda (Manzdáková, 2013). V této podkapitole bude uvedeno několik nejrozšířenějších mýtů souvisejících se sexualitou mentálně postižených osob. Mezi časté mýty o lidech s mentálním postižením patří:

Člověk s postižením je jako dítě, nemá žádné sexuální potřeby, ty přece náleží až dospělým – i člověk s postižením touží uspokojovat své potřeby. Pokud se lidé k takovému člověku budou chovat jako k dítěti, mohou ho v dětské roli udržet, avšak jeho touhy se časem i přes to projeví.

Většina lidí s mentálním postižením je sexuálně deviantní – mýtus nejspíše vyplývá z neinformovanosti a strachu lidí. Osoby s mentálním postižením často neovládají své projevy sexuality, jako jsou pocity a touhy, proto se v některých situacích chovají neadekvátně.

Lidé s mentálním postižením mají obrovský sexuální apetit, nikdy nemají dost – tento mýtus vychází ze dvou rovin, a to, že lidé s handicapem jsou často obklopaní dalšími lidmi, ať už členy rodiny, pracovníky nebo spolubydlícími, a nemají dostatek soukromí, proto jsou jejich pokusy o uspokojení často vidět. Dalším možností je nedostatečná sexuální výchova a špatně nastavené hranice v jejich okolí.

Osoby s mentálním postižením nejsou schopni mít vztah – nezáleží na tom, zda je člověk s postižením nebo ne. Lidé s postižením, ale musí čelit spoustě překážek, které mohou vztah narušit nebo znemožnit. Může být složitější nalezení partnera, finanční a organizační stránka, režim ústavního zařízení, mnohdy negativní reakce okolí, či vlastních rodičů, kteří jsou proti vztahům svých dětí.

Lidé s postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahu – tento mýtus je spojen s vnímáním člověka s postižením jako

„nesvéprávné osoby“. Veřejnost si často představuje, že lidé s postižením nerozumějí sociálním a zákonným normám.

Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti – na tento předsudek neplatí žádná zákonná norma, která by sex a poté výchovu dětí zakazovala. Tento mýtus pramení z obavy, že se lidé s postižením neumí chránit při pohlavním styku a před početím potomka, který by byl také jistě postižený. Mnoho lidí s postižením, kteří žijí sexuálním životem, jsou poučeni a používají spolehlivou antikoncepci a jsou si vědomi odpovědnosti, kterou přináší starost o dítě (Eisner, 2013). I přes to má každý člověk právo rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě. Společnost by měla přizpůsobit své chování a zabezpečit důstojný život pro osoby s postižením i jejich potomky (Hloušek, 2009).

3.2 Práce se sexualitou v pobytových sociálních službách

Eisner (2013) říká, že sexualita by měla být v rámci organizace součástí poskytovaných služeb. Často organizace nabízí klientům pomoc při žití „plnohodnotným životem“, avšak pod tímto označením si každý představí jiné hodnoty a způsoby života. Někteří si představí zajištění pomoci, a to ve formě tepla, sucha, aby klient netrpěl hladu, byla mu poskytnuta pracovní činnost či aktivita, nebo aby měl možnost kontaktu se společenským prostředím. A naopak druhá část pracovníků zahrnuje do „plnohodnotného života“ i potřebu sexuální a vztahovou. Osobně si myslím, že pro kvalitu života člověka je tato potřeba velmi důležitá. Podobně je rozdělena i veřejnost, a z toho pramení mýty a předsudky, které byly zmíněny v předchozí kapitole. V některých organizacích může být práce se sexualitou součástí služby, avšak to není na první pohled znát. Pracovníci služby by měli být v otázce sexuality, vztahových potřeb a přístupu k lidem s mentálním postižením sjednoceni. Pokud se organizace začíná věnovat sexualitě svých klientů, nejdříve si musí nastavit, do jaké míry může otázku sexuality a vztahů svých klientů řešit. Také musejí brát v úvahu technické, organizační a personální podmínky, poslání organizace a služby, které nabízí. Pokud se vedení organizace rozhodne se sexualitou v organizaci pracovat, mělo by být zajištěno několik určitých kroků. A to sjednocení pracovníků organizace v přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením, zajištění kompetencí k výkonu práce, nastavení služeb v této oblasti. Dalším důležitým krokem je vypracování

protokolu sexuality (který byl již zmiňován v podkapitole 1.3), sdělení nabídky uživatelům i veřejnosti, začlenění práce se sexualitou do poskytovaných služeb organizace. Kroky nemusí být splněny současně, ale mohou se měnit a průběžně přizpůsobovat dané organizaci (Eisner, 2013).

3.3 Vzdělávání pracovníků a osvěta klientů v pobytových sociálních službách

Nové informace o problematice sexuality potřebují všichni pracovníci i klienti pobytových sociálních služeb. Každé zařízení, které chce s problematikou sexuality pracovat, musí mít dobře proškolený personál. Jedině tak se budou pracovníci cítit bezpečně a pohodlně ve svém pracovním prostředí (Thorová, 2012).

Vzdělávání pracovníků pobytových sociálních služeb

Sexualita je téma citlivé, tabuizované, osobní. Je jasné, že každý člověk, pracovník vyrůstal v jiné rodině s jinými hodnotami, a proto jsou názory na toto téma velmi odlišné. Poté je na vedení organizace, jaká kritéria nastaví. Pro snadnější sjednocení pracovníků je vhodné vytvořit pro toto téma diskusi, ve které by se měla probírat důležitá témata. Možným tématem je například právo na uspokojivý sexuální život každého člověka, každý člověk má odlišné touhy a také odlišné možnosti jejich uspokojení. Sex je základní potřeba, která by měla být naplněna. Dalším tématem může být, že sex je dovolen i mimo uzavření manželství (Eisner, 2013). Ve vzdělávání zaměstnanců pobytových služeb musí být stanoveny určité požadavky na jejich osobní schopnosti a dovednosti. Pro ty, kteří vzdělávají klienty pobytových služeb, jsou určeny tyto základní principy:

- ne, každý člověk může pracovat v této oblasti, pracovník by měl mít přiměřené sebevědomí, a také by měl být vyrovnaný s možnými pochybnostmi v této oblasti a mezilidských vztazích,
- každý pracovník potřebuje mít jistotu, že chrání klienta a zároveň podporuje jejich práva a potřeby,
- vedení pobytového zařízení pro osoby s mentálním postižením, musí zajistit pracovníkům užitečné zdroje, které jim budou nápomocné při přístupu, komunikaci a učení klienta,

- pracovníkům pobytových služeb musí být poskytnut výcvik nebo školení v oblasti sexuality a vztahů mentálně postižených osob,
- dále pak cíle týkající se sexuality při nástupu nového zaměstnance, a také znalost každého pracovníka, kde hledat potřebné dodatečné informace jako jsou například audio-vizuální zdroje, vyškolené spolupracovníky či terapeutky.

Odpovědností ze strany pracovníka k zaměstnavateli je zajištění vlastní kompetence podpory přátelských i milostných vztahů klientů (Štěrbová, 2009).

Osvěta klientů pobytových sociálních služeb

Jak už bylo zmiňováno, partnerské, sexuální a mezilidské vztahy jsou u člověka, ať už s postižením, nebo bez postižení, jednou z nejdůležitějších oblastí života. Podílí se na jeho spokojenosti a kvalitě života. Pokud se organizace nebudou zaměřovat na toto téma, nemohou mluvit o komplexnosti podpory člověka (Kozáková, 2004). Ve společnosti se stále nachází lidé, kteří tvrdí, že člověk s mentálním postižením nemá sexuální a vztahové potřeby. To však není pravda, i člověk s postižením má právo sexuální život stejně jako ostatní. Mýty a předsudky veřejnosti, jsou uvedeny v předchozí kapitole 3, podkapitola 3.1. Stejně tak, má i člověk s postižením právo na sexuální osvětu, která mu pomáhá poznávat sám sebe, svou sexualitu a orientovat se v ní. Právě sexuální osvěta pomáhá lidem s mentálním postižením prožívat plnohodnotný život, který tvoří právě sexuální či vztahové naplnění. Osvěta by tedy měla být poskytována v každé sociální službě, která se zaslouhuje na zlepšení kvality jeho života. Předpokladem organizace, která poskytuje osvětu svým klientům, je připravenost a dostatečné personálně-kompetenční vybavení (Eisner, 2013). Vzdělávání osob s mentálním postižením musí být poskytnuto všem klientům pobytových služeb bez ohledu na jejich stupeň mentálního postižení. Klienti pobytových služeb se mohou dotazovat pracovníků na potřebné otázky v oblasti sexuality a vztahů, povídat si o nich, ale tak aby bylo jednáno v soukromí, na vhodném místě a ve vhodný čas. Pokud si klient vybere nevhodnou dobu nebo místo pro diskusi o sexuálních tématech, pracovník ho musí nasměřovat na vhodnější dobu a místo. Pracovníci musí poskytovat všem klientům sociálně-sexuální informace a vzdělávání, reagovat přesně a vhodně na otázky klientů, také musí přizpůsobit vhodně komunikaci, vzhledem k postižení klientů a také respektovat důvěrnost a právo klienta (Štěrbová, 2009). Pokud je vše takto poskytováno

můžeme hovořit o vhodně poskytované osvětě klientům s mentálním postižením v pobytových sociálních službách.

4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část bakalářské práce se v první kapitole věnuje pobytové sociální službě pro osoby se zdravotním postižením, kam se zahrnují týdenní stacionáře, které jsou kompromisem mezi domácí a ústavní péčí o mentálně postiženého člověka. Chráněné bydlení, kde osoby žijí společně a s činnostmi jim pomáhají asistenti. A nakonec domovy pro osoby se zdravotním postižením, jako sociální služba pro osoby s mentálním postižením. Tato služba je určena osobám, které nemohou žít samostatně bez podpory a pomoci jiného člověka a využití dalších sociálních služeb nestačí. Dále se také první kapitola zabývá standardy kvality sociálních služeb, kam mimo jiné zapadá i protokol sexuality a sexuální asistence, která funguje v České republice od roku 2015. Druhá kapitola uvádí cílovou skupinu domovů pro osoby s mentálním postižením, kde podrobněji popisuje charakteristiku lidí s mentálním postižením a následnou klasifikaci mentálního postižení, a to rozdělení na lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci, hlubokou, jinou a nespecifikovatelnou mentální retardaci. Tato kapitola také rozebírá možný vznik mentálního postižení, což může být způsobeno buď endogenními vlivy, mezi něž patří poruchy ve struktuře, poruchy počtu pohlavních chromozomů, dědičnost, a jiné nebo exogenními vlivy, které se rozdělují z hlediska období, ve kterém působí. Poslední třetí kapitola pojednává o sexualitě osob s mentální retardací. Jsou zde uvedeny typické mýty a předsudky v oblasti sexuality této cílové skupiny. Také se práce věnuje vzdělávání pracovníků sociálních pobytových služeb a osvětě klientů těchto pobytových sociálních služeb. V následující empirické části byl stanoven výzkumný cíl bakalářské práce a formulace hlavní výzkumné otázky, společně s dílčími výzkumnými otázkami. Jsou popsány metody výzkumného šetření, popis a výběr respondentů, realizace výzkumného šetření, zpracování dat a interpretaci dílčích výzkumných otázek.

5 Metodologie výzkumného šetření

V této kapitole bude nejdříve zmíněn cíl výzkumného šetření, hlavní výzkumná otázka a s ní spojené dílčí výzkumné otázky. Následně bude popsána zvolená výzkumná strategie, její metody a techniky sběru dat potřebných pro dané výzkumné šetření. Také bude uveden výběr respondentů a interpretaci vyhodnocení dat, které byly získány. S ohledem na citlivost tohoto tématu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, základní technikou sběru dat jsou polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky a pracovníci vybraných zařízení.

5.1 Cíl výzkumného šetření a dílčí výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem (HVC) této práce je **zjistit jak sociální pracovníci/pracovnice vybraných zařízení vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytových sociálních službách.**

Hlavní výzkumná otázka (HVO) zní: **Jak sociální pracovníci/ pracovnice vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytovém sociálním zařízení?**

Hlavní výzkumnou otázka je rozdělena do tří dílčích výzkumných otázek (DVO):

První dílčí výzkumná otázka (DVO1): **Jaké jsou názory sociálních pracovníků/ pracovnic na zavedení protokolu sexuality v jejich pobytovém zařízení?**

Cílem této otázky je zjistit, zda má zařízení pokrytou problematiku sexuality osob s mentálním postižením. Také zda má vypracovaný určitý dokument (protokol sexuality) k poskytování těchto služeb. Zároveň zjistit názory sociálních pracovníků/ pracovnic na tuto problematiku.

Druhá dílčí výzkumná otázka (DVO2): **Jaký mají sociální pracovníci/ pracovníce názor na osvětu (poučení, vzdělávání) klientů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v oblasti sexuality?**

Druhým dílčím cílem je zjistit, jestli má zařízení zajištěnou určitou formu osvěty či vzdělávání pro klienty pobytové sociální služby. Zda mají pracovníci/ pracovníce přehled o tom, jaké mají jejich klienti znalosti či zkušenosti v oblasti partnerství a sexuality.

Třetí dílčí výzkumná otázka (DVO3): **Jaké mají možnosti klienti s mentálním postižením v oblasti využívání sexuálních pomůcek v pobytovém zařízení?**

Cílem třetí dílčí výzkumné otázky je zjistit, zda určitá sociální služba umožňuje klientům používat sexuální pomůcky, ať už to jsou obrazové publikace, filmy, speciální panenky a další. Také jaké mají sociální pracovníci/ pracovníce na toto téma názor, zda klienti mohou využívat služeb sexuální asistence, zjistit možnosti soukromí k využívání sexuálních pomůcek nebo aktivit.

5.2 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

Každou dílčí otázku je třeba přetransformovat do dalších tazatelských otázek. Otázky jsem použila v rozhovorech se sociálními pracovníky vybraných pobytových sociálních zařízení. Získala jsem odpovědi od všech sociálních pracovníků a po komparaci odpovědí došlo k naplnění cíle. Tvorbu otázek jsem si rozdělila na dvě části, jako první jsem vytvořila tazatelské otázky pro respondenty. A ve druhé části jsem provedla předvýzkum, ve kterém jsem si chtěla ověřit srozumitelnost a jednoznačnost mých otázek. Předvýzkum by měl být součástí každé výzkumné akce. Předvýzkum jsem realizovala s jedním vybraným respondentem, a to s pracovníci sociálního pobytového zařízení. Ve druhé fázi jsem upravila tazatelské otázky a snížila jejich počet. Výzkumné otázky by měly být široké pro dostatečnou odpověď, ale zároveň musí směřovat k určitému stanovenému cíli mé práce. Transformační tabulka je uvedena níže.

Tab. 1 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek (Zdroj: vlastní)

Hlavní výzkumná otázka HVO	Dílčí výzkumné otázky DVO	Výzkumná technika	Informant	Výzkumné indikátory	Tazatelské otázky TO
Jak sociální pracovníci/ pracovníce vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytovém sociálním zařízení?	DVO1 Jaké jsou názory sociálních pracovníků/ pracovníc na zavedení protokolu sexualit v jejich pobytovém zařízení?	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci vybraných zařízení	-protokol sexualit	TO1 TO2 TO3 TO4 TO5
	DVO2 Jaký mají sociální pracovníci/ pracovníce názor na osvětu (vzdělávání) klientů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v oblasti sexualit?	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci vybraných zařízení	-osvěta a vzdělávání klientů	TO6 TO7 TO8 TO9 TO10 TO11
	DVO3 Jaké mají možnosti klienti s mentálním postižením v oblasti využívání sexuálních pomůcek v pobytovém zařízení?	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci vybraných zařízení	-využívání sexuálních pomůcek -sexuální asistence	TO12 TO13 TO14 TO15 TO16

Tazatelské otázky, které sloužily k vedení polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky vybraných zařízení:

TO1: Jak vaše zařízení řeší problematiku sexuality?

TO2: Jakým způsobem, nebo dokumentem je ve vašem zařízení zajištěna oblast sexuality?

TO3: Jak vnímáte určitý dokument – protokol sexuality ve vašem zařízení, je zde něco, co byste rád/a změnil/a, nebo co v protokolu sexuality postrádáte?

TO4: Jak vnímáte sexuální potřeby svých klientů?

TO5: Co si představíte pod pojmem, když klient „žije plnohodnotným životem“?

TO6: Jakým způsobem a zda vůbec se ve vašem zařízení provádí osvěta a vzdělávání klientů v oblasti sexuality?

TO7: Z jakého důvodu je dle Vás důležitá sexuální osvěta klientů?

TO8: Pracujete Vy osobně se sexualitou (vzděláváním) klientů, a máte nějaký určitý blok při poskytování osvěty klientům, jaký a z jakého důvodu?

TO9: Jaké dle Vašeho názoru mají lidé s mentálním postižením znalosti a zkušenosti v oblasti sexuality a partnerství?

TO10: Znáte nebo jaké si myslíte, že jsou mýty a předsudky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením?

TO11: Co by dle Vás změnilo pohled veřejnosti na sexualitu mentálně postižených osob?

TO12: Jak vnímáte používání sexuálních pomůcek klienty vašich pobytových služeb?

TO13: Jaký máte názor na používání metodických pomůcek (obrazové publikace, filmy, speciální panenky či kondomy nebo vibrátory), a zda se ve vašem zařízení také používají?

TO14: Jsou dle Vašeho názoru ve vašem zařízení poskytovány podmínky pro naplňování sexuálních potřeb?

TO15: Jakým způsobem je ve vašem zařízení řešeno soukromí klientů k prožívání sexuality?

TO16: Znáte pojem Sexuální asistence, a co si pod ním představujete?

5.3 Metody výzkumného šetření

Metodou výzkumného šetření jsem zvolila **kvalitativní výzkum**. Na úvod uvedu definici kvalitativního výzkumu dle významného metodologa Creswella: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (1998, s. 12 in Hendl, 2008, s. 48)

Tento typ výzkumu jsem si vybrala z toho důvodu, jak je již zmíněno v definici, že všechny informace jsou získávány přímým kontaktem s terénem. Kvalitativní přístup představuje studium běžného a každodenního života lidí v jejich přirozeném prostředí. Pomáhá porozumět zkoumanému sociálnímu problému. Je to interpretace sociální reality a nenumerické šetření (Reichel, 2009). Také mi kvalitativní výzkum přijde velice pružný, otázky lze i během výzkumu upravovat či doplňovat. Jinak řečeno, výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které mohou přispět k osvětlení výzkumných otázek. Konečná zpráva výzkumu zahrnuje popis místa, kde bylo zkoumáno, citace z rozhovorů a poznámek (Hendl, 2008). Možnou nevýhodu vidím v tom, že sběr dat je náročný.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila **polostrukturovaný rozhovor**, též rozhovor pomocí návodu či částečně řízený, kde jsou otevřené otázky. Dle Švaříčka (2007, s. 13) je „*cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu.*“ Výhodou polostrukturovaného rozhovoru může být ten, že připravené otázky nemají jasně dané pořadí a výzkumník může otázky pokládat opakovaně, pokud si není jistý, zda správně porozuměl odpovědi nebo může pokládat doplňující otázky. Také je při polostrukturovaném rozhovoru jistá volnost, přirozenější

kontakt s informantem, komunikace může být realističtější a tím pádem i plynulejší (Reichel, 2009).

5.4 Výběr a popis respondentů

Základním souborem pro toto výzkumné šetření byli zvoleni sociální pracovníci několika náhodně vybraných zařízení, to konkrétně pro tuto práci domovy pro osoby se zdravotním postižením s cílovou skupinou osob s mentálním postižením.

Na začátku samého zkoumání jsem začala provádět **vzorkování**. Rozhodovala jsem se, se kterými pracovníky uskutečním rozhovory, a do kterých skupin mají vybraní respondenti spadat. Také jsem si stanovila kritéria pro výběr respondentů. Myslím si, že je velmi důležité, aby účastníci měli velké životní zkušenosti s touto skupinou osob – zkoumaným jevem. **Kritéria**, která jsem zvolila pro volbu respondentů z řad pracovníků vybraných zařízení byly následující:

- pracovník/pracovnice by měl/a být v přímém kontaktu s klienty služby,
- pracovník/pracovnice by měl/a v oboru pracovat alespoň 2 roky.

Výzkumný soubor jsem stanovila metodou záměrného výběru, což znamená, že výběr byl prováděn z těch respondentů, které jsem oslovila a kteří dali souhlas s účastí. Konečný stav respondentů jsem si nechala otevřený z jistého důvodu, a to případného doplnění. Disman (2009, s. 304) říká, že „*V kvalitativním výzkumu je vzorek nasycen tehdy, když další data nepřinášejí nic nového (...)*.“

Výběrový soubor po ukončení výzkumného šetření nakonec byl šest pracovníků ze dvou pobytových sociálních zařízení tedy z domovů pro osoby se zdravotním postižením zaměřený na osoby s mentálním postižením. Tabulka 2, která obsahuje soubor vybraných respondentů je uvedena níže.

Tab. 2 Soubor vybraných respondentů – sociálních pracovníků (Zdroj: vlastní)

Označení	Věk	Nejvyšší dosažený stupeň vzdělání	Obor vzdělávání	Pracovní pozice	Délka pracovního poměru
SP1	46	Magisterské	Speciální pedagogika	Sociální pracovnice	9 let
SP2	27	Bakalářské	Sociální práce	Sociální pracovnice	3 roky
SP3	37	Magisterské	Sociální práce	Sociální pracovnice	8 let
SP4	49	Bakalářské	Sociální práce	Sociální pracovnice	11 let
SP5	34	Bakalářské	Sociální práce	Sociální pracovnice	2 roky
SP6	44	Bakalářské	Sociální práce	Sociální pracovnice	3 roky

5.5 Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsem realizovala od září 2018 do února 2019. Nejprve, během přípravné fáze, měsíce září 2018 jsem si zvolila výzkumnou metodu a připravila si předběžný časový harmonogram. Sběr dat jsem prováděla v prosinci 2018 až lednu 2019. V lednu a únoru 2019 jsem zpracovávala, analyzovala a interpretovala získaná data.

Na samém začátku realizace výzkumného šetření jsem telefonicky kontaktovala tři zařízení v Královéhradeckém kraji, které poskytují pobytovou sociální službu pro osoby se zdravotním postižením se zaměřením na cílovou skupinu osob s mentálním postižením. Kontakty na vybrané zařízení jsem našla na jejich webových stránkách. Vysvětlila jsem jim záměr mého výzkumného šetření, také průběh výzkumu a sdělila můj stanovený výzkumný cíl mojí bakalářské práce. V této fázi nastávají určitá rizika, jako je například odmítnutí zařízení či konkrétního sociálního pracovníka s poskytnutím rozhovoru. A to se také potvrdilo, na moji žádost přistoupila dvě zařízení, která s mým

výzkumem souhlasila. S žádostí s prováděním výzkumu jsem obdržela informovaný souhlas s prováděním výzkumu, který uvádím pouze jako vzor v **Příloze č. 1**. Vzorek informovaného souhlasu uvádím z důvodu, nezveřejňování identifikačních znaků zařízení, vše probíhalo v anonymitě. Dále jsem pokračovala v kontaktování sociálních pracovníků vybraných pobytových sociálních zařízení. Z každého pracoviště jsem kontaktovala tři až čtyři pracovníky s žádostí spolupráce na mém výzkumu. Všechny pracovníky jsem navštívila osobně a vysvětlila jim účel, průběh a stanovený cíl mého šetření. Účast v mém šetření mi potvrdilo šest pracovníků za předpokladu, že vše proběhne v anonymitě. Také jsem jim sdělila, že pokud budou chtít, mohou kdykoli ukončit svoji účast ve výzkumu, a také že získané informace nepoužiji jinak, než k účelům této bakalářské práce. Dalším důležitým krokem bylo sjednání osobních individuálních schůzek s každou pracovnící, po předchozí domluvě na čase a místě uskutečnění rozhovoru. Všechny sjednané schůzky se konaly v prostorách zařízení respondentů, na místě, kde jsme nebyli nikým rušeni a měli soukromí na prováděný výzkum. Nejprve jsem respondentům připomněla účel našeho setkání, průběh rozhovoru a také stanovený cíl bakalářské práce. Každý rozhovor trval od 35 do 45 minut. Vždy před začátkem našeho rozhovoru jsem respondenty ujistila, že vše bude probíhat v anonymitě. Téma sexuality a intimních vztahů je velmi citlivé, proto jsem dbala na to, abych rozhovory vedla v soukromí a s otázkou důvěry. Proto bylo důležité získat informovaný souhlas. Také jsem respondenty požádala, zda si mohou rozhovor nahrávat na diktafon. V informovaném souhlasu jsem uvedla všechna fakta, ke kterým respondent dává souhlas, a to s poskytnutím rozhovoru, zvukovým nahráváním na diktafon, a že zde sdělené informace nepoužiji jinak než k účelům vypracování mé bakalářské práce. Všichni respondenti souhlasili, tudíž obsahují osobní údaje, a proto uvádím pouze vzor v **Příloze č. 2**. Bylo velmi důležité dát respondentům při rozhovorech čas na rozmyšlení a na vyjádření svých pocitů. Vždy na začátku rozhovoru jsem respondenty požádala o několik důležitých informací a to jejich věk, ujistila jsem se, že pracují na pozici sociálního pracovníka a také jak dlouho v daném pobytovém sociálním zařízení pracují. Jak už jsem zde zmiňovala, všechny rozhovory jsem si nahrávala na diktafon, což mi umožnilo více se soustředit a vcítit do rozhovoru s respondentem, aniž bych musela neustále zapisovat odpovědi, nenarušil se oční kontakt a mohla jsem si více všimnout neverbální komunikace, což je pro následné

zpracování dat také velmi důležité. Tazatelské otázky byly pokládány v odlišném pořadí, viz. přepis rozhovoru se sociální pracovníci uvedený v příloze.

5.6 Zpracování dat

Materiálem, z kterého vycházím pro analýzu a interpretaci získaných dat, jsou audiozáznamy rozhovorů s respondenty. Rozhovory jsem následně přepsala technikou **komentované transkripce**, do takové podoby, aby se s nimi dalo lépe pracovat. Komentovaná transkripce využívá zvláštních znaků, které zdůrazňují nápadné znaky v promluvě, např. pomlky, zdůraznění, intonace hlasu nebo třeba smích, rozčilení (Hendl, 2008).

V hranatých závorkách jsou uvedeny neverbální projevy a pocity, které jsem si zapsala během rozhovorů s respondenty. Tyto vysvětlivky mi pomohly k upřesnění odpovědi. Přímé citace rozhovorů s respondenty jsou v textu uvedeny kurzívou v uvozovkách. V interpretaci dat používám označení SP1, SP2, SP3 až SP6 a výzkumník je označen písmenem V. Označení jsem zvolila z důvodu anonymizace respondentů.

Dále jsem pracovala již s přepsanými rozhovory pomocí **kódování** textu. Kódování slouží k redukci dat, kdy je text rozložen na jednotky neboli kódy. Po získání určitých kódů, přichází tzv. fáze **systematického kategorizování**, kdy se kódy seskupují dle podobnosti, či jiné souvislosti (Švaříček, 2007). Během fáze kategorizování se vytvořilo několik kategorií, ze kterých jsem vybrala odpovědi na jednotlivé dílčí výzkumné otázky. Z jednotlivých odpovědí nakonec vzešla odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

5.7 Interpretace dílčích výzkumných otázek

DVO 1: Jaké jsou názory sociálních pracovníků na zavedený protokol sexuality v jejich pobytovém zařízení?

Cílem této otázky je zjistit, zda má zařízení pokryté řešení otázky sexuality osob s mentálním postižením a zároveň má zjistit názory sociálních pracovníků na tuto problematiku. Pro účely zodpovězení této dílčí výzkumné otázky byly použity tazatelské otázky (TO) číslo 1 až 5.

Na základě kódování odpovědí respondentů jsem zjistila tyto kategorie:

- a) Individuální přístup
- b) Partnerské vztahy spojené s protokolem sexuality

Odpovědi respondentů

Ad a) Individuální přístup

Všechny odpovědi se shodovaly v tom, že jejich zařízení má zpracovaný určitý dokument, ve kterém řeší problematiku sexuality, a s tím spojený individuální přístup ke každému klientovi. Pro všechny dotázané respondenty je velmi důležité, aby byl v zařízení vypracován kvalitní dokument a to Protokol sexuality. Protokol sexuality je nápomocný k řešení někdy i obtížných situací pro každého klienta, člověka s mentálním postižením individuálně. Pracovník **SP2** k tomu řekl toto: „(...) *problematiku sexuality tu řešíme metodickým pokynem a následným informováním uživatelů, nejlépe každého zvlášť. Přeci jen je každý jiný a má jiné potřeby. Musíme člověka respektovat.*“ Další odpověď zněla takto **SP1**: „*Ano, naše zařízení má zpracovaný metodický pokyn a dovolím si říct, že dobře zpracovaný.*“ Odpověď respondenta **SP3**: „(...) *Protokolem sexuality, kde řešíme individuální potřeby jednotlivých uživatelů služby a samozřejmě hledíme na zachování práv klienta i jeho spolubydlících.*“ Zajímavě se k tomuto tématu vyjádřil i respondent **SP4**: „*Ano, problematiku řešíme dokumentem – Protokolem sexuality našeho zařízení. Dbáme na individuální přístup, který hraje velkou roli. Také je velmi důležitá důvěra mezi klientem a pracovníkem, s tím souvisí i záruka mlčenlivosti a diskrétnosti.*“

Odpovědi respondentů se také shodovaly v samostatnosti a nesamostatnosti klientů pobytových služeb, např. pracovník **SP1** uvedl: „(...) *Uživatel může samostatně vykonávat činnosti, které sám zvládne, a pomoc je mu poskytnuta v oblastech, kde to potřebuje, a to v nezbytně nutném rozsahu.*“ Dotázaný respondent **SP3** souhlasil: „(...) *samostatnost u našich klientů se snažíme podporovat.*“ Podobná odpověď byla také od respondenta **SP2**: „*Někteří klienti, pokud jsou dobře poučeni, jsou velmi samostatní a samozřejmě i naopak.*“ A pracovník **SP5** ještě dodal: „*Je důležité, aby uživateli bylo umožněno jednat s vědomím vlastní odpovědnosti.*“

Dotázaní respondenti odpovídali obdobně, na otázku, co si představují pod pojmem „plnohodnotný život“ klienta. Jedna z odpovědí zněla např. takto **SP4**: „*Je to vlastně stav, kdy má klient uspokojeny všechny životní potřeby, takže i ty sexuální.*“ Další dotázaný **SP1** se vyjádřil podobně: „*(...) je to stav, kdy uživatelův život se co nejvíce přibližuje životu v intaktní společnosti, že jsou naplněny jeho potřeby, že zná způsoby, jak je vyjádřit a že mu jsou vytvořeny podmínky, aby své potřeby mohl naplnit (...).*“ Shodná odpověď byla i od pracovníka **SP2**: „*Je to vlastně, tak, když klient naší služby žije běžným způsobem života, stejně jako ostatní lidé bez zdravotního postižení.*“ Pracovník **SP6** uvedl: „*Tak, že prožívá svůj život stejně tak, jako jeho vrstevníci. Zapojuje se do běžných společenských aktivit, žije třeba i partnerským životem a tak podobně.*“

Ad b) Partnerské vztahy spojené s protokolem sexuality

Pracovníci se také zaměřili na tematiku protokolu sexuality, a s tím spojené téma partnerských vztahů, jak např. uvádí respondent **SP1**: „*(...) Protokol řeší oblast sexuality a vztahů našich lidí s mentálním postižením. Dokument se zaměřuje na tematiku sexuality našich uživatelů, na právo navazovat partnerské vztahy, také na jejich vlastní odpovědnost v této oblasti, no a samozřejmě také na osvětu a jejich ochranu před sexuálním zneužitím.*“ Podobný názor má i respondent **SP4**: „*(...) v protokolu je podpora klientů, tak aby se sami mohli vyjádřit, pokud mají své sexuální potřeby, také vysvětlujeme rizika, která jsou s tím spojena, jako těhotenství, rodičovství, odpovědnost uživatelů (...).*“ Názor dalšího dotázaného pracovníka **SP2** je shodný: „*V našem protokolu se zmiňuje i oblast partnerských vztahů, což je velmi zajímavé a důležité. V této oblasti hraje postižení velkou roli, ale ani to nemusí být překážkou, v našem zařízení máme pár, který spolu již několik let žije.*“

Zajímavě zněly odpovědi dvou dotázaných respondentů na otázku, zda v protokolu sexuality něco chybí, něco by pozměnili nebo dokonce doplnili. Odpovědi byly následující **SP6** řekl: „*(...) naše zařízení má protokol sexuality zpracován dle mého názoru dostatečně, je návodný, srozumitelný. Jedinou oblast, kterou v něm aktuálně postrádám, je svatba a to ukázala i praxe.*“ Respondent **SP5** se vyjádřil shodně s předchozím: „*Do protokolu je vždy možné volnou formou dopsat další*

podstatné informace. Momentálně řešíme oblast společného manželství u lidí s mentálním postižením, který zatím v protokolu chybí.“

Shrnutí DVO 1: Jaké jsou názory sociálních pracovníků na zavedení protokolu sexuality v jejich pobytovém zařízení?

Odpovědi respondentů se zejména zaměřovaly na individuální přístup ke každému klientovi. Dotazovaní pracovníci k tomuto uváděli, že každý člověk je odlišný, má jinou úroveň inteligence a tím pádem i jiné potřeby. Z odpovědí respondentů vyplývá, že musí ke klientovi přistupovat s respektem a tolerancí. Dle respondentů přístup ke klientovi s respektem znamená, přistupovat k člověku jako k bytosti, k celku se všemi jeho potřebami, přijímá jeho sexuální a vztahové potřeby bez výhrad – pokud tomu tak není a pouze člověka toleruje, či s jeho potřebami v sexuální oblasti nesouhlasí, bere to jen v rámci plnění pracovních povinností a jako zlo. Dále se respondenti zaměřovali na oblast sexuality, konkrétně na partnerské vztahy spojené s protokolem sexuality. Z odpovědí respondentů vyplývá, že v každém zařízení existuje určitý dokument nazvaný jako protokol sexuality, který řeší téma sexuality a vztahů osob s mentálním postižením v rámci daného zařízení. Odpovědi dvou respondentů se shodovaly v tom, že by bylo vhodné do protokolu sexuality doplnit oblast svatby a manželství.

Názor sociálních pracovníků na zavedení protokolu sexuality v jejich pobytovém zařízení je takový, že ho vnímají pozitivně – dle nich řeší sexualitu a partnerské vztahy klientů dostatečně. Dva respondenti uvedli, že jim v protokolu sexuality schází část, která by se prakticky zabývala svatbou a manželstvím.

DVO 2: Jaký mají sociální pracovníci názor na osvětu (poučení, vzdělávání) klientů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v oblasti sexuality?

Cílem je zjistit, jestli má zařízení zajištěnou určitou formu osvěty či vzdělávání pro klienty sociální služby a také, zda mají pracovníci přehled o tom, jaké mají jejich klienti znalosti a zkušenosti v oblasti partnerství a sexuality. Pro účely zodpovězení této dílčí výzkumné otázky byly použity tazatelské otázky (TO) číslo 6 až 11.

Na základě kódování odpovědí respondentů jsem zjistila tyto kategorie:

- a) Individuální/skupinová osvěta
- b) Předsudky vůči lidem s mentálním postižením

Odpovědi respondentů

Ad a) Individuální/ skupinová osvěta

Všechny odpovědi od dotázaných respondentů se shodovaly v tom, že považují za velmi důležité poskytování sexuální osvěty v jejich zařízení. Dotázaný respondent **SP1** uvedl: „*Ano, osvěta klientů je dle mě velmi důležitá, protože získávají informace v oblasti sexuality, získávají vědomosti o obecně platných normách sexuálního chování, jako je soukromí, intimita, rozlišení, co je, a co už není “normální“. Dodržování určitých hygienických pravidel (...)*“. Názor dalšího pracovníka **SP2** doplňuje: „*(...) osvěta, je důležitá, kvůli tomu, aby si klienti sami neubližovali, také aby nebylo ubližováno jim. Takže předcházení rizik, jako je antikoncepce, pohlavní choroby a tak dál (...)*“. Zajímavá odpověď zazněla od respondenta **SP5**: „*(...) je to vlastně předávání obecně platných informací. Z mého pohledu je důležitá z toho důvodu, aby měli klienti dostatek informací z oblasti sexuality. Třeba aby věděli, jaký je rozdíl mezi mužem a ženou, dokázali rozlišit přátelství a vztah. Také pojmenování rizik, prevenci sexuálního zneužívání, vyjádření souhlasu a nesouhlasu klienta.*“ Respondenti se zejména zaměřovali na individuální přístup ke každému klientovi a na partnerské vztahy spojené s protokolem sexuality.

Na základě položených otázek jsem zjistila, že se v zařízeních poskytuje jak skupinová, tak individuální osvěta. Individuální osvětě dává však většina dotázaných respondentů přednost. Pracovníci kladou důraz na způsob provádění osvěty, tedy na to, zda má o ní určitý člověk zájem. Dle respondentů je další velmi důležitou otázkou stupeň mentálního postižení daného jedince. Respondenti tedy odpovídali takto **SP3**: „*V našem zařízení osvětu při daném problému řeší pracovník v soukromí se svým klientem, a pokud nejde o určitý problém, řeší se na společných schůzkách. Sexuální osvěta je u lidí s mentálním postižením velmi důležitá, také ji samozřejmě musíme přizpůsobit každému dle stupně jeho postižení.*“ Podobně odpověděl i další dotázaný respondent **SP2**: „*(...)osvěta se provádí na schůzkách s uživateli, takže skupinově a*

pokud má klient nějaké intimní otázky, které není vhodné řešit před ostatními, tak je řešíme jednotlivě v soukromí.“ Stejně tak se vyjádřil i respondent SP6: „Ano, provádíme, ale musí mít člověk zájem. To souvisí také s jeho mentálním postižením. Dáváme přednost spíše individuálním schůzkám s klientem.“ Pracovník SP5 uvedl, že: „(...) osvětu provádí buď důvěrník, nebo externí pracovník. Osvěta je prováděna zpravidla na základě aktuální zakázky nebo potřeb klientů. Forma je buď individuální, nebo skupinová, spíše se osvědčuje forma individuální.“ Zajímavá byla odpověď respondenta SP1: „(...) individuální poskytnutí pomoci nebo podpory konkrétnímu uživateli, pokud má nějaké požadavky, potřeby. Samozřejmě musíme brát ohled na schopnosti a míru postižení toho člověka. Také na úroveň jeho chápání a musíme přihlížet na jeho sociální možnosti. Vždycky se musíme přesvědčit nebo si ověřit zda tomu klient porozuměl.“

Odpovědi na otázku, zda respondenti vnímají nějaký blok při poskytování osvěty klientům, byly následující. Čtyři dotázaní pracovníci odpověděli, že nemají žádný blok při poskytování osvěty, a tak mohou běžně pracovat s klienty. Respondent SP6 uvedl: *„Se sexualitou klientů pracuji, sama jsem prošla kurzem. Byla jsem jmenována do funkce ‚sexuálního důvěrníka‘, žádný blok nemám.“* Další názor dotázaného pracovníka SP3 zní takto: *„(...) Ano, s klienty pracuji, nemám vůči tomu žádný blok. Jsem tzv. důvěrníkem, a proto jsem kompetentní řešit konkrétní zakázky, poskytovat intervenci a sexuální osvětu, zpracovávat protokoly sexuality.“* Odlišná odpověď na otázku, zda poskytují osvětu klientům, zazněla od pracovníka SP4: *„Ne, nepracuji. Víte, já bych to dělat nemohla, mám v sobě jakýsi blok. Bohužel se necítím být kompetentní poskytovat sexuální osvětu. Já mám sex a sexualitu spojenou s něčím hezkým a příjemným. A u lidí s mentálním postižením mi to přijde divné. Proto tuto činnost přenechám zkušenějším a šikovnějším kolegyním a kolegům.“*

Ad b) Předsudky vůči lidem s mentálním postižením

Problematika sexuality u lidí s mentálním postižením obsahuje velké množství různých předsudků, mýtů, pověr, které se stále o lidech s mentálním postižením objevují. Veřejnost je bohužel šíří, i přes to, že nejsou mnohdy pravdivé. Mýty a předsudky se zabývala otázka č. 10, kde jeden respondent odpověděl, že žádné předsudky a mýty v této oblasti v souvislosti s lidmi s mentálním postižením nezná.

„Neznám, asi žádné. Nikdy jsem se s nimi zatím nesetkala“ (SP2). Zbýlých pět respondentů odpovědělo, že některé předsudky znají, ale při jejich práci je nijak neovlivňují. SP5 se vyjádřil takto: „(...) znám, a sama se s nimi setkávám, ale nemohu říct, že by mě to nějak ovlivňovalo při mé práci.“ Respondent SP4 uvedl zajímavou odpověď: „Ano, je jich spousta. Konkrétně mě asi ale neovlivňují. Určitě by pomohlo integrovat tyto osoby do společnosti, nebo alespoň veřejnost více o tomto problému informovat, ať už samotnou organizací, nebo alespoň různými časopisy, nebo třeba vzdělávání na vysokých, středních školách zaměřeny na tuto problematiku.“ Další pracovník SP3 se vyjádřil obdobně: „Setkávám se s předsudky. Podle mě je důležitá informovanost veřejnosti, a to, aby si veřejnost uvědomila, že i osoby se zdravotním, mentálním postižením mají stejné potřeby jako ostatní, zdravá populace.“ Pracovníci také uváděli některé mýty a předsudky se kterými se často setkávají v řadách veřejnosti. Respondent SP6 uvedl tyto předsudky: „(...) třeba, že by neměli mít děti, právo prožívat sexuální život (...).“ Názor respondenta SP1 zněl takto: „Ano, těch je asi hodně. Ale zmíním takové dva. Myslím, že největším mýtem, který si lidé myslí je, že lidé s mentálním postižením jsou věčnými dětmi, proto není třeba řešit jejich sexualitu, a druhým, že takový lidé nejsou pro svoje postižení schopni navazovat partnerské vztahy.“ Podobná odpověď byla i respondenta SP5: „Slyším například, že lidé s mentálním postižením nebudou vést partnerský život, nebo třeba, že nemohou mít sex.“

Shrnutí DVO 2: Jaký mají sociální pracovníci názor na osvětu klientů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v oblasti sexuality?

Respondenti se zejména zaměřovali na osvětu a předsudky vůči lidem s mentálním postižením. Dotázaní respondenti považují za důležité poskytování sexuální osvěty v jejich zařízení zejména z důvodu získávání vědomostí o klientově intimitě, hygienických pravidel, předcházení rizik jako jsou pohlavní choroby, sexuální zneužívání, nechtěné těhotenství a také, aby klient neublížil sám sobě. Osvěta se poskytuje jak individuální, tak skupinová, avšak respondenti preferují osvětu individuální. Pro účely této osvěty je v jednom ze zařízení k dispozici osoba vykonávající funkci sexuálního důvěrníka. Co se předsudků vůči lidem s mentálním postižením týče, tak pět ze šesti respondentů uvedlo, že se s předsudky setkávají. Těmto čtyřem respondentům to ve výkonu práce nijak neovlivňuje. Mezi nejčastěji zmiňované

předsudky například patří, že osoby s mentálním postižením nemohou vést partnerský a sexuální život a také, že by neměli mít děti.

Z odpovědí sociálních pracovníků vyplývá, že názor na osvětu klientů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v oblasti sexuality mají pozitivní. Poskytování osvěty vnímají jako velmi důležitou z důvodů uvedených v předchozím odstavci.

DVO 3: Jaké mají možnosti klienti s mentálním postižením v oblasti využívání sexuálních pomůcek v pobytovém zařízení?

Cílem je zjistit, zda určitá sociální služba umožňuje klientům používat sexuální pomůcky a také, jaké mají sociální pracovníci na toto téma názor, zda klienti mohou využívat služeb sexuální asistence a pokud ano, jaké mají klienti možnosti soukromí k využívání těchto pomůcek nebo provozování aktivit. Pro účely zodpovězení této dílčí výzkumné otázky byly použity tazatelské otázky (TO) číslo 12 až 16.

Na základě kódování odpovědí respondentů jsem zjistila tyto kategorie:

- a) Vhodné/nevhodné podmínky
- b) Metodické pomůcky
- c) Sexuální asistence

Odpovědi respondentů

Ad a) Vhodné/nevhodné podmínky

Všichni dotazovaní pracovníci uváděli, že v jejich zařízení jsou, dle jejich názoru, poskytovány vhodné podmínky, a to ať už se jedná o soukromí klientů jako takovém, tak i při prožívání jejich sexuality. „*Myslím, že ano. V našem zařízení jsou požadavky klientů do určitých možností naplňovány*“ (SP2). Dotázaný respondent SP5 uvedl: „*Klienti jsou v rámci osvěty informováni o tom, že se sexuální potřeby uspokojují v soukromí. Tedy ve svém pokoji.*“ Pracovnice SP6 odpověděla: „*Klienti mají k dispozici klíče od svých pokojů, mohou si kdykoliv své soukromí zajistit sami. Je jim to stále opakováno.*“ Další odpověď pracovníka SP4 zněla takto: „*(...) naši klienti vědí, a jsou o tom stále informováni, že před vstupem do jejich pokoje se tlučá, a až po svolení*

se může vcházet. Takže určité soukromí, pokud je potřeba, mají.“ Respondent **SP1** k tomuto tématu ještě dodal: „Naši uživatelé bydlí na jedno nebo dvoulůžkových pokojích soukromí tedy lze zajistit. Ale nějakou zvláštní místnost pro setkání partnerských dvojic nemáme.“ Odpovědi dvou dotázaných respondentů se shodovaly v tom, že je obtížné, aby se klient jakkoliv mohl seznámit s partnerem opačného pohlaví. Respondent **SP1** uvedl: „Naše služba poskytuje služby sice pro ženy i muže, dnes máme zatím muže pouze dva, z toho jeden žije v partnerském vztahu s jednou naší uživatelkou a partnery jsou již mnoho let.“ Pracovník **SP2** měl zajímavou odpověď: „(...) klienti se vlastně nemají kde seznámit. Na společenské akce, jako je třeba ples, se dostanou jednou do roka. Jinak jsou většinu času v zařízení. Navíc jim to ani jejich zdravotní stav mnohdy nedovoluje.“ Respondent **SP1** ještě dodal: „Partnery mají i jiné naše uživatelky, ovšem ty se vídají se svými partnery jen formou návštěv. Takže, ano, podmínky pro naplňování sexuálních potřeb se snažíme poskytovat, avšak v rámci možností pobytové sociální služby.“

Ad b) Metodické pomůcky

Čtyři dotázaní respondenti mají velmi pozitivní názor na používání sexuálních pomůcek v jejich zařízení. Dotázaný respondent **SP5** zmiňuje následující: „Používání sexuálních pomůcek беру úplně stejně jako u všech jiných osob. Bez ohledu na postižení našich klientů.“ Další pracovník **SP3** má shodný názor: „Ano, používání sexuálních pomůcek vnímám jako dobrou věc k dosažení uspokojení klientových potřeb.“ Pracovník **SP1** se vyjádřil takto: „(...) používání pomůcek беру jako běžnou formu sexuálního vyjádření, která se neobejde bez poučení o bezpečném používání (...).“ Respondent **SP2** k tomuto uvedl: „Na mém úseku má pouze jedna klientka vibrátor, který používá.“ Jeden z respondentů řekl, že nemá s takovou situací zkušenosti, **SP6** uvádí: „Nijak používání pomůcek nevnímám. Jelikož jsem doposud osobně s žádným klientem neřešila takovou situaci o používání sexuálních pomůcek. Je možné, že takovou zakázku měl jiný můj spolupracovník. Z důvodu mlčenlivosti si takové informace, ale neříkáme.“ **SP4** sdílí podobný názor jako **SP6**. Všichni pracovníci odpověděli shodně na otázku používání metodických pomůcek v jejich zařízeních. I pracovníci, kteří doposud nemají žádné zkušenosti s používáním sexuálních pomůcek klienty, takové metodické pomůcky v zařízení mají. Metodické pomůcky jsou ideální možností osvěty

při předávání důležitých informací klientům. Názor respondenta **SP4** je takový: „*Dle mého názoru je důležité používat při práci s klienty metodické pomůcky. Náš domov má k dispozici panenky, publikace i filmy na DVD.*“ Další pracovník **SP6** vnímá používání metodických pomůcek takto: „*Určitě, usnadní to osvětu a rozvoj sexuálního vyjádření.*“ Pracovník **SP1** popisuje: „*(...) v našem zařízení některé také používáme. Máme tu nějaké filmy s touto tematikou, obrázkové karty, a také jsou velmi dobré metodické panenky, se kterými se velmi dobře pracuje. Dají se na nich velice dobře vysvětlit a ukázat položené otázky od klientů.*“ Také pracovník **SP5** dodává: „*(...) Máme k dispozici listy sexuality, filmy, speciální panenky. Pomůcky nám hodně pomáhají při intervenci nebo osvětě, při předávání informací či ověřování pochopení klientů.*“

Ad c) Sexuální asistence

Odpovědi na otázku týkající se sexuální asistence byly zajímavé. Všichni dotázaní respondenti se shodovali v tom, že pojem znají, ale názory byly různé. Třeba respondent **SP5** řekl: „*Ano, tento pojem znám. Sexuální asistence je poskytována osobám se zdravotním postižením nebo seniorům. Ale nedovedu si představit využití v naší službě.*“ Respondent **SP1** uvádí: „*(...) znám pojem sexuální asistence, a umím si představit její využití v případě osob s tělesným postižením, kteří pojmu i obsahu takové služby rozumějí a vědí, co od ní očekávat. V našem zařízení nepracují odborně proškolení pracovníci tedy sexuální asistenti a o externím objednání této služby ze strany našich uživatelů nevím.*“ Zajímavý názor měl pracovník **SP2**: „*(...) znám, jsou to proškolené sexuální asistentky, které vykonávají sexuální asistenci u lidí s postižením, jak mentálním, tak zdravotním. Jednu takovou organizaci znám, myslím, že se jmenuje FREYA.*“ Negativní názor měl pracovník **SP3**: „*Ano, znám. Ale nejsem toho zastáncem, přijde mi to nechutné. Nechápu, jak někdo toto může poskytovat, ale nic proti gustu.*“

Shrnutí DVO 3: Jaké mají možnosti klienti s mentálním postižením v oblasti využívání sexuálních pomůcek v pobytovém zařízení?

Respondenti nejvíce zmiňovali vhodné či nevhodné podmínky, metodické pomůcky a sexuální asistenci. Všichni dotazovaní pracovníci uvedli, že v jejich zařízení jsou, dle jejich názoru, poskytovány vhodné podmínky k prožívání sexuality klientů. Z odpovědí vyplývá, že klienti si mohou zajistit soukromí zamčením vlastního pokoje a

jsou stále o této možnosti informováni. Stejně tak jsou informováni, že před vstupem do cizího pokoje se tlučká a až se svolením mohou vcházet. Čtyři respondenti mají pozitivní názor na používání sexuálních pomůcek v jejich zařízení. Všichni respondenti uváděli, že metodické pomůcky v zařízení mají a považují je jako ideální možnost k předávání důležitých informací klientům skrze osvětu. Z odpovědí respondentů vyplývá, že mezi nejvíce oblíbené pomůcky při provádění osvěty patří speciální panenky, filmy a publikace. Na otázku sexuální asistence se pracovníci shodovali v tom, že pojem znají, avšak názory byly rozmanité – od názorů, že si nedovedou poskytování služeb sexuální asistence v jejich zařízení představit, přes neutrální názor, až po negativní v tom smyslu, že to pracovníkovi přišlo jako nechutné.

Odpověď na otázku, jaké mají možnosti klienti s mentálním postižením v oblasti využívání sexuálních pomůcek v pobytovém zařízení, je taková, že klienti mají možnost využívat sexuální pomůcky ve škále od speciálních panenek, přes vibrátory, až po vizuální publikace. Klienti jsou informováni o správném používání těchto pomůcek a stejně tak lze prospěšně tyto pomůcky nadále využít k předávání dalších důležitých informací.

6 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky

Hlavní výzkumnou otázkou je: Jak sociální pracovníci/pracovnice vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytovém sociálním zařízení? Na tuto hlavní výzkumnou otázku měly pomoci nalézt odpověď tři dílčí výzkumné otázky.

Výsledkem shrnutí první dílčí výzkumné otázky je zjištění názoru sociálních pracovníků/pracovnic na zavedený protokol sexuality v jejich pobytovém zařízení. Názor dotazovaných sociálních pracovníků je takový, že dle jejich názorů řeší sexualitu a partnerské vztahy klientů dostatečně, a to i přes to, že dvěma respondentům protokolu sexuality schází pasáž, která by se zabývala svatbou a manželstvím. Výsledkem shrnutí druhé dílčí výzkumné otázky je zjištění názoru sociálních pracovníků/pracovnic na osvětu klientů s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v oblasti sexuality. Sociální pracovníci mají jednoznačně kladný názor na osvětu klientů z důvodu získávání znalostí o hygienických pravidlech, o klientově intimitě, předcházení rizik, jako jsou pohlavní choroby, nechtěné těhotenství, sexuální zneužívání a také, aby klient neublížil sobě samému. Výsledkem shrnutí třetí dílčí výzkumné otázky je zjištění možností klientů s mentálním postižením v oblasti využívání sexuálních pomůcek v pobytovém zařízení. Z odpovědí respondentů vyplývá, že klienti mají v pobytovém zařízení k dispozici různé sexuální pomůcky – speciální panenky, vibrátory, DVD filmy a různé další publikace. Klienti jsou opakovaně informováni o správném používání těchto pomůcek.

Ze shrnutí tří dílčích výzkumných otázek vyplývá jasná odpověď na hlavní výzkumnou otázku, a to taková, že sociální pracovníci/pracovnice vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytovém sociálním zařízení pozitivně. A to z toho důvodu, že dotazovaní považují zavedený protokol sexuality za dostatečně návodný, jelikož se zároveň zabývá oblastí tělesné sexuality, hygieny, zdraví, vztahů, sexuálního bezpečí a využívání sexuálních pomůcek.

Závěr

V práci byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka, které bylo dosaženo pomocí tří dílčích výzkumných otázek. Tím byl splněn hlavní cíl výzkumného šetření, a to zjištění jak sociální pracovníci/pracovnice vybraných zařízení vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytových sociálních službách, který byl naplněn zpracováním teoretické a empirické části bakalářské práce.

Pro empirickou část bakalářské práce je vybrán kvalitativní výzkumná strategie s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru, která umožňuje prozkoumat danou problematiku hlouběji. Výsledkem výzkumného šetření tedy je že sociální pracovníci/pracovnice vnímají problematiku práce se sexualitou osob s mentálním postižením v pobytových sociálních službách pozitivně. A to z toho důvodu, že dotazovaní považují zavedený protokol sexuality za dostatečně návodný, neboť se zároveň zabývá oblastí tělesné sexuality, hygieny, zdraví, vztahů, sexuálního bezpečí a využívání sexuálních pomůcek. Lze se tedy domnívat, že hlavní cíl bakalářské práce je splněn a také lze usuzovat, že zvolený kvalitativní výzkumný přístup byl zvolen správně.

Z výzkumného šetření vyplývá, že je potřeba při práci dbát na individuální přístup ke klientovi a to zejména při řešení otázek z oblasti sexuality, jelikož každý klient má jiné potřeby, které je nutné respektovat. Při práci s klientem je taktéž důležitá určitá důvěra mezi klientem a pracovníkem. Sociální pracovníci spíše preferují individuální osvětu před skupinovou osvětou. Dalším velmi zmiňovaným tématem, vyplývajícím z odpovědí respondentů, je protokol sexuality, který se například zabývá oblastí sexuality a vztahů osob s mentálním postižením. Dotázaní respondenti považují protokol sexuality za dobře zpracovaný, ačkoliv dva respondenti shledávají určitý nedostatek v tomto protokolu, konkrétně v chybějící oblasti, která by se zabývala svatbou a manželstvím. Jako možné doporučení pro praxi vidím ve zřízení specifické místnosti sloužící pro setkávání partnerských dvojic, která by sloužila k zajištění jejich soukromí, což ostatně vyplývá z výzkumného šetření. V současné době takovéto specifické místnosti v pobytových zařízeních tohoto typu nejsou příliš běžné. Stejně tak vidím možnost ve využití sexuální asistence v případě, že by byly klientům k dispozici tyto specifické místnosti.

Bakalářská práce poukazuje na současnou situaci spojenou se sexualitou osob s mentálním postižením včetně těch nacházející se v pobytových zařízeních, o které není příliš často diskutováno. Dalším účelem, a zároveň možným přínosem, je pokus o vyvrácení mýtů a předsudků týkající se sexuality osob s mentálním postižením. Práce je určena pro sociální pracovníky pracující s cílovou skupinou osob s mentálním postižením. Studenti a široká veřejnost mohou tuto práci využít jako možný zdroj informací o problematice sexuality osob s mentálním postižením.

Jako vhodný námět pro další výzkum vidím v možnosti kvalitativního zkoumání možností poskytování služeb sexuální asistence v pobytových sociálních zařízeních.

Seznam tabulek

Tab. 1 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

Tab. 2 Soubor vybraných respondentů – sociálních pracovníků

Seznam použité literatury

- BARTOŇOVÁ, Miroslava; BAZALOVÁ, Barbora; PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
- ČERMÁKOVÁ, Kristýna; JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. 1. vyd. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002, 112 s. ISBN 80-86552-45-4.
- ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-0139-7.
- EISNER, Petr. *Práce se sexualitou v rámci organizace*. In: VENGLÁŘOVÁ, Martina; EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
- EISNER, Petr. *Sexualita lidí s mentálním postižením*. In: VENGLÁŘOVÁ, Martina; EISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HENDL, Jan; REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2017. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HLOUŠEK, Jan. *Právní aspekty v oblasti sexuality mentálně postižených*. In: VANICKÝ, Josef; TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Sexualita mentálně postižených II*. Praha: Orfeus, 2009. 142 s. ISBN 978-80-903519-7-4.
- JŮN, Hynek. *K čemu slouží protokol sexuality, intimity a vztahů?* In: THOROVÁ, Kateřina; JŮN, Hynek. *Vztahy, intimity a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. 1. vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012. 116 s. ISBN 978-80-87690-08-6.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In: *Sexualita mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Orfeus, 2004. 80 s. ISBN 80-903519-0-5.

MANZDÁKOVÁ, L. Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 183 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.

NOVOSAD, Libor. *Základy sociálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

OPATOVÁ, Alena. Sociální práce s člověkem s mentálním postižením. In: MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

Sexuální asistence [online]. 2018. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs/vse-o-sexualite/sexualni-asistence#co%20je%20sa>.

SOKOL, Radek; TREFILOVÁ Věra. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-7357-316-4.

ŠÍDOVÁ, Lucie. Sexuální asistence, služba, která vrací lidem chuť do života. Sociální služby. 2018, roč. XX, č. 6-7, s. 40 -42. ISSN 1803-7348.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, s.r.o., 2009. 88 s. ISBN 978-80-7415-005-0.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEDOVIČ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Obecné informace o sexualitě*. In: THOROVÁ, Kateřina; JŮN, Hynek. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. 1. vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012. 116 s. ISBN 978-80-87690-08-6.

THOROVÁ, Kateřina. *Pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace a syndromy pojící se s mentální retardací*. In: ČADILOVÁ, Věra; JŮN, Hynek; THOROVÁ, Kateřina a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

THOROVÁ, Kateřina. *Vzdělávání personálu a klientů*. In: THOROVÁ, Kateřina; JŮN, Hynek. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. 1. vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012. 116 s. ISBN 978-80-87690-08-6.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALENTA, Milan. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan; MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 386 s. ISBN 80-7320-039-2.

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

Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. 2018. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ÚZ č. 1179,
Sagit a.s, Ostrava - Hrabůvka, 2017, s. 109 – 190. ISBN 978-80-7488-211-1.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Vzor informovaného souhlasu k rozhovoru bakalářské práce

Příloha č. 2 Vzor informovaného souhlasu pro účely bakalářské práce

Příloha č. 3 Přepis rozhovoru se sociální pracovnící

Příloha č. 1

Informovaný souhlas k rozhovoru bakalářské práce Anety Doležalové

Já, níže podepsaný/á dávám tímto souhlas k rozhovoru, nahrávání a použití informací z těchto rozhovorů pro účely vypracování bakalářské práce do bakalářské práce Anety Doležalové, studentky Filozofické fakulty, Ústavu sociální práce, Univerzity Hradec Králové. Název bakalářské práce je „Problematika sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách“.

Datum rozhovoru:

Podpis:

Příloha č. 2

Vzor informovaného souhlasu pro účely bakalářské práce Anety Doležalové

Hradec Králové, X.X.2019

Žádost o souhlas s prováděním výzkumu

Vážený pane řediteli,

obracím se na Vás se žádostí o souhlas s prováděním výzkumu ve Vašem zařízení. Výzkum bude součástí mé bakalářské práce na téma „Problematika sexuality osob s mentálním postižením z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách“.

Formou výzkumu by byly polostrukturované rozhovory s vybranými sociálními pracovníky v měsících prosinec 2018 – leden 2019.

Moji bakalářskou práci a výstupy z výzkumného šetření Vám ráda poskytnu, pokud budete mít zájem.

Děkuji.

Aneta Doležalová

Příloha č. 3

Přepis rozhovoru se sociální pracovnící

Na první schůzku jsem se s respondentkou sešla osobně několik dní před uskutečněním rozhovoru, kdy jsem se ji zeptala, zda by mi rozhovor poskytla. Přiblížila jsem jí, z jakého důvodu bych s ní ráda mluvila, vysvětlila jí průběh našeho rozhovoru, účel a stanovený cíl. Také jsem ji požádala, zda je možné si rozhovor nahrávat na diktafon, vysvětlila jsem jí, že je to pro mě lepší, když si spolu budeme přirozeně povídat a poté si rozhovor zpětně přehraji a doplním či přepíši informace. Poté jsem si s ní domluvila další schůzku, čas a místo uskutečnění rozhovoru. Další setkání se odehrávalo na pracovišti, v kanceláři respondentky v její pracovní dobu. Kancelář respondentky byla velice příjemná, nervozita rychle opadla a rozhovor byl plynulý a přirozený. Respondentka se vším uvedeným souhlasila.

V: Dobrý den, chtěla bych Vám ještě jednou poděkovat, že jste si na mě udělala čas. Moc si toho vážím.

SP1: *„Ale prosím Vás, to je dobré, nemusíte děkovat. Já to znám, moje dcera také studuje a vím, co to vše obnáší. Máte zajímavé téma, jsem ráda, že jste se obrátila zrovna na mě. A doufám, že Vám moje odpovědi alespoň pomohou [úsměv].“*

V: Dobře. Na začátek bych Vás chtěla upozornit, pokud bude nějaká otázka nejasná nebo nesrozumitelná, tak se ptejte, budu jen ráda. Taky když pro Vás bude některá otázka nepříjemná, nemusíte mi na ní odpovídat a půjdeme dál.

SP1: *„Určitě, pokud mi bude něco nejasné, budu se ptát.“*

V: TO1 Dobře, to je snad vše, tak můžeme začít. Nejprve bych se Vás chtěla zeptat, jak a jestli vůbec vaše zařízení řeší problematiku sexuality?

SP1: *„Ano, naše zařízení problematiku sexuality řeší, a to podle individuálních potřeb jednotlivých uživatelů a samozřejmě i s ohledem na zachování práv uživatele samotného i jeho spolubydlících.“*

V: TO2 Hm, a máte nějaký dokument nebo jakým způsobem je ve vašem zařízení zajištěna tato oblast, oblast sexuality?

SP1: „Ano, naše zařízení má zpracovaný metodický pokyn a dovolím si říct, že dobře zpracovaný. [úsměv] Protokol řeší oblast sexuality a vztahů našich lidí s mentálním postižením. Dokument se zaměřuje na tematiku sexuality našich uživatelů, na právo navazovat partnerské vztahy, také na jejich vlastní odpovědnost v této oblasti, no a samozřejmě také na osvětu a jejich ochranu před sexuálním zneužitím.“

V: TO3 Další otázka, která souvisí s vaším protokolem sexuality v zařízení, je jak tento protokol vnímáte a jestli je v něm něco, co byste ráda změnila nebo, co tam třeba postrádáte?

SP1: „No, [pokrčení ramen] asi ne, nic bych v našem protokolu neměnila. V protokolu sexuality je vše potřebné zmíněno, například je prostor věnován tématům, jako jsou:

- podpora uživatelů v takové podobě, aby se sami mohli vyjádřit ke svým sexuálním potřebám,
- jsou tam vysvětlena určitá rizika, jako jsou například těhotenství, rodičovství, regulace porodnosti, s tím spojené téma antikoncepce, ochrana před pohlavními chorobami (kondomy),
- sexuální osvěta, která musí být samozřejmě přiměřená potřebám a míře postižení jednotlivého uživatele a jeho rozpoznávacích schopností,
- a na závěr odpovědnost uživatelů, ale také odpovědnost zaměstnanců.“

V: TO6 Když jste zmínila oblast sexuální osvěty, chtěla bych se zeptat, jakým způsobem se ve vašem zařízení provádí osvěta a vzdělávání klientů?

SP1: „Ano, určitě. Vzdělávání a osvěta klientů, probíhá na takových dvou úrovních. Nejprve tam jsou, obecná pravidla a zásady sexuálního chování a projevů jednotlivce. To je třeba uvědomění si vlastního pohlaví a tělesných rozdílů mezi muži a ženami, a také rozdílnost jejich rolí ve společnosti. Dále se klienti poučují o vhodných nebo nevhodných a společensky přijatelné terminologii, no, také se musí poučit o jejich právu a na možnost vyjádření své vlastní sexuality, a to s ohledem na nějaké všeobecně uznávaná pravidla společenského chování a respektování práv druhých osob. Další, co

je důležité je klienty poučit o důsledcích sexuálního chování, čím myslím třeba nebezpečí početí, nákaza některými pohlavními chorobami a také, že musí převzít vlastní odpovědnosti za svoje chování. Nakonec se poučují o právu na ochranu před sexuálním zneužitím, v jakékoliv formě.“

„A na té druhé úrovni je individuální poskytnutí pomoci nebo podpory konkrétnímu uživateli, pokud má nějaké požadavky, potřeby. Samozřejmě musíme brát ohled na schopnosti a míru postižení toho člověka. Také na úroveň jeho chápání a musíme přihlížet na jeho sociální možnosti. Vždycky se musíme přesvědčit nebo si ověřit zda tomu klient porozuměl. A také je důležité poskytovat poučení bez nějakých předsudků.“

V: TO7 Možná jste mi už v předchozích otázkách odpověděla, ale i přesto se zeptám, proč nebo jakého důvodu je podle Vás důležitá sexuální osvěta klientů?

SP1: „Ano, osvěta klientů je dle mě velmi důležitá, protože získávají informace v oblasti sexuality, získávají vědomosti o obecně platných normách sexuálního chování, jako je soukromí, intimita, rozlišení, co je, a co už není “normální“. Dodržování určitých hygienických pravidel, jako je mytí intimních partií. Také jak už jsem zmiňovala před chvílí předcházení rizik, což je tedy ta antikoncepce nebo pohlavní choroby, také kde je možné se na veřejnosti dotýkat, jak se mohou dotýkat ostatních. A důležitou věcí je rozpoznání nebezpečí, což jsou některé formy sexuálního zneužívání, ze strany druhých osob. Klidně Vám mohu popsat různé druhy zneužívání, pokud chcete.“

V: Tak jo, dobře, to mě zajímá.

SP1: „Tak dobře, začnu asi bezkontaktním zneužíváním. Je to vlastně chování, kterým osoba usiluje o vlastní sexuální vzrušení, což je například pozorování nahého uživatele, obnažování se před ním, vystavování uživatele pornografickému materiálu nebo třeba vulgární a sexuální narážky a další“.

„Pak může být kontaktní zneužívání. A to je osahávání, líbání, hlazení na intimních místech, vyžadování od uživatele provádět podobné dotyky na osobě, vynucený pohlavní styk a to tedy jakéhokoliv charakteru“.

„Další je například exhibicionismu, harassment, obtěžování a sexuální útok. Naši klienti musí umět rozpoznat, popsat nebo odlišit, kdo a co může. Které dotyky jsou

normální, to je tedy například v rámci té podpory při osobní hygieně nebo oblékání. Kdo je může provádět a od koho jsou již nepřijatelné a že je třeba se jim bránit.“

V: TO9 Děkuji za velmi vyčerpávající odpověď [úsměv]. Dál bych se ráda zeptala, jaké podle Vašeho názoru mají lidé s mentálním postižením znalosti a zkušenosti v oblasti sexuality a partnerství?

SP1: „To je velmi individuální a záleží hodně na prostředí, kde ty osoby žijí. Určitě jsou jak rodiny, tak i pobytové sociální služby, kde je oblast sexuality i u dospělých osob s postižením tabu a okolí se tváří, že člověk s postižením zvláště pak s mentálním postižením, nemá v této oblasti žádné potřeby ani očekávání.“

V: Ano, k otázkám, které se týkají veřejnosti, se také dostaneme.

SP1: „Dobře, tak nejprve tato otázka, v našem zařízení tato oblast života uživatelů opomíjena určitě není, uživatelům je poskytována podpora při navazování přátelských a partnerských vztahů a individuálně je poskytováno poučení v oblasti sexuálního chování.“

„Osobně se domnívám, že všeobecně mají osoby s mentálním postižením jen malé znalosti a zkušenosti, co se týká této oblasti, což může být do jisté míry způsobeno nedostatkem příležitostí navazovat kontakty a partnerské vztahy, svoji roli jistě hraje i míra postižení.“

V: TO8 Děkuji za odpověď, to je informací. Teď další otázka. Pracujete Vy se sexualitou (vzděláváním) klientů, anebo máte nějaký blok při poskytování osvěty klientům, a jestli ano, tak z jakého důvodu?

SP1: „To je zajímavá otázka, ale já osobně se na vzdělávání uživatelů nepodílím, jsem jen nápomocnou formou metodické pomoci, při tvorbě interních pravidel nebo dokumentů a poskytnutí konzultací pracovníků pokud potřebují.“

V: TO4 Aha, dobře. Dále bych se ráda zeptala, jak vnímáte sexuální potřeby svých klientů?

SP1: „Hm, no jako každé jiné potřeby, které jsou nedílnou součástí každého jedince, osoby se zdravotním postižením nevyjímaje. Důležitá je vzájemná důvěra mezi

uživatelé a pracovníkem poskytujícím podporu, také hraje velkou roli individuální přístup a to se zárukou mlčenlivosti a diskrétnosti. Vytvoření podmínek pro zajištění těchto potřeb vede ke schopnosti uživatele navazovat přátelské a partnerské vztahy a seberealizaci, následně ke zvýšení sebevědomí uživatele, jeho spokojenosti a případně odvrácení vyloučení uživatele ze společnosti.“

V: TO5 A ještě otázka přímo na Vás. Co si představíte pod pojmem, když klient „žije plnohodnotným životem“?

SP1: „Patrně je to stav, kdy uživatelův život se co nejvíce přibližuje životu v intaktní společnosti, že jsou naplněny jeho potřeby, že zná způsoby, jak je vyjádřit a že mu jsou vytvořeny podmínky, aby své potřeby mohl naplnit. Také je důležité, aby uživateli bylo umožněno jednat s vědomím vlastní odpovědnosti. Uživatel může samostatně vykonávat činnosti, které sám zvládne, a pomoc je mu poskytnuta v oblastech, kde to potřebuje, a to v nezbytně nutném rozsahu.“

TO14: Hm, ano, děkuji. Jdeme na další otázku. Jsou dle vašeho názoru ve vašem zařízení poskytovány podmínky pro naplňování sexuálních potřeb?

SP1: “Naše služba poskytuje služby sice pro ženy i muže, ale historicky jsme byli sociální službou výhradně pro ženy a dívky, dnes máme zatím muže pouze dva, z toho jeden žije v partnerském vztahu s jednou naší uživatelkou a partnery jsou již mnoho let. Partnery mají i jiné naše uživatelky, ovšem ty se vídají se svými partnery jen formou návštěv. Takže, ano, podmínky pro naplňování sexuálních potřeb se snažíme poskytovat, avšak v rámci možností pobytové sociální služby.“

V: TO13 Aha, to je velmi zajímavé, že tu máte pár, který spolu žije už několik let. Jdeme rovnou na další. Ráda bych věděla, jaký máte názor na používání metodických pomůcek a zda se ve vašem zařízení také používají? Pomůcky myslím, třeba filmy, obrázky, panenky nebo i jiné.

SP1: „To je velmi zajímavé. Já osobně považuji tyto metodické materiály a pomůcky za velmi užitečné a vedoucí k povědomí veřejnosti o existenci potřeby a schopnosti sexuálního vyjádření osob s mentálním postižením. A ta další otázka byla, zda se v našem zařízení používají, že ano?“

V: Ano, přesně tak. Jestli se tady u Vás také používají.

SP1: „*Jo, v našem zařízení některé také používáme. Máme tu nějaké filmy s touto tematikou, obrázkové karty, a také jsou velmi dobré metodické panenky, se kterými se velmi dobře pracuje. Dají se na nich velice dobře vysvětlit a ukázat položené otázky od klientů.*“

V: TO12 A jak vnímáte Vy používání sexuálních pomůcek klienty?

SP1: „*Já používání pomůcek beru jako běžnou formu sexuálního vyjádření, která se neobejde bez poučení o bezpečném používání, o úzkostlivém dodržování hygieny, o nutnosti intimity a nenarušování soukromí spolubydlících.*“

V: TO15 Ano, takže přirozeně. A jakým způsobem je ve vašem zařízení řešeno soukromí klientů, tedy ohledně sexuality?

SP1: „*Naši uživatelé bydlí na jedno nebo dvoulůžkových pokojích, soukromí tedy lze zajistit. Ale nějakou zvláštní místnost pro setkání partnerských dvojic nemáme.*“

V: TO16 Ted' trochu jiná otázka, znáte pojem Sexuální asistence, a co si pod ním představujete?

SP1: „*Ano, to víte, že znám pojem sexuální asistence, a umím si představit její využití v případě osob s tělesným postižením, kteří pojmu i obsahu takové služby rozumějí a vědí, co od ní očekávat. V našem zařízení nepracují odborně proškolení pracovníci tedy sexuální asistenti a o externím objednání této služby ze strany našich uživatelů nevím.*“

V: TO10 Pomalu se blížíme do konce. Ted' otázka k mýtům a předsudkům. Znáte nebo jaké si myslíte, že jsou v této oblasti u osob s mentálním postižením?

SP1: „*Ano, těch je asi hodně. Ale zmíním takové dva. Myslím, že největším mýtem, který si lidé myslí je, že lidé s mentálním postižením jsou věčnými dětmi, proto není třeba řešit jejich sexualitu, a druhým, že takový lidé nejsou pro svoje postižení schopni navazovat partnerské vztahy.*“

„*Domnívám se, že tyto mýty jsou stále hodně ve společnosti rozšířené, dokonce si někteří lidé myslí, že ve spoustě aktivit jsou lidé s mentálním postižením limitováni a*

omezování z titulu svého omezení svéprávnosti, které však s běžným vedením života a už vůbec ne s jejich sexualitou vůbec nesouvisí. “

V: TO11 Děkuji za odpověď. A poslední otázka. Co by dle Vás změnilo pohled veřejnosti na sexualitu mentálně postižených osob?

SP1: *„Určitě integrace těchto osob do společnosti, taky otevřenost pobytových sociálních služeb vůči veřejnosti, přiblížení se a spolupráce s místní komunitou, tím myslím s místními organizacemi, sdruženími, obcemi, zapojení uživatelů do kulturního a společenského života v místě pobytové služby. [zamyšlení] Hm, také pomoc odborné veřejnosti v podobě článků, publikací, vzdělávání na středních a vysokých školách se zaměřením na problematiku sociálních služeb a osob se zdravotním postižením, spolupráce s lékaři, občanskými poradnami a podobně. “*