



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování u gay komunity

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Václav Samuel Sládek

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování u gay komunity“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2019

.....

Václav Samuel Sládek

Poděkování

V první řadě bych rád poděkoval mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronice Benešové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícný přístup a podnětné návrhy. Velké poděkování patří informantům za jejich ochotu a čas strávený se mnou při rozhovorech ohledně mnohdy i nepříjemných tématech.

Role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování u gay komunity

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem rizikového chování u gay komunity a rolí sociálního pracovníka v prevenci takového chování. Pro stanovení závěrů této práce byly definovány tři cíle. Prvním cílem je zjistit nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity. Druhým cílem je zjistit služby, které gay komunita využívá v prevenci rizikového chování. Třetím a posledním cílem je popsat spokojenost klienta s rolí sociálního pracovníka a jeho úlohu v těchto službách.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola popisuje autorem vybrané sociálně patologické jevy neboli rizikové chování, jako je např. zneužívání návykových látek, šikana, ale i rizikové chování u gay komunity. Další kapitola vysvětluje pojem homosexualita – příčiny, coming out, rozdíly mezi mužskou a ženskou rolí u homosexuálů a pojem homofobie. Třetí kapitola se věnuje sociální práci a druhům prevence. Poslední kapitola popisuje vybrané služby, které může LGBT komunita využívat v prevenci svého rizikového chování.

Empirická část bakalářské práce představuje výsledky z polostrukturovaných rozhovorů získané od homosexuálních mužů. Rozhovorů se účastnilo 8 mužů z hlavního města Prahy a 8 mužů z Jihočeského kraje. Výběr informantů byl proveden pomocí kriteriálního výběru. Informant musel být starší 18 let, musel žít v Praze nebo v Jihočeském kraji a identifikovat se jako muž homosexuální orientace.

Výsledky výzkumu mohou být použity v praxi, případně být prezentovány v odborné literatuře. Přínosem může být informovanost pro zařízení zaměřené na prevenci rizikového chování. Dále informovanost pro všechny osoby, kteří se zabírají podobnou tematikou.

Klíčová slova

rizikové chování; sociální pracovník; role; homosexualita; služby; prevence; HIV

The role of a social worker in preventing risk behavior in the gay community

Abstract

The topic of this thesis is focused on risky behaviour of the gay community and on the role of a social worker in preventing such a behaviour. Three goals were defined to make conclusions in the thesis. The first goal is to specify the most common risky behaviour in the gay community. The second goal is to sum up available services, which gay community can use in preventing risky behaviour. The third and the last goal is to describe client satisfaction with the social worker's services and their role.

The theoretical part is divided into four chapters. In the first chapter, chosen socially-pathological phenomena alias risky behaviour such as drug abuse or bullying are described. The next chapter explains what does homosexuality mean - the causes, coming out, differences between the role of men and women in homosexual community and a term of homophobia. Finally the last chapter deals with the services, which are available for the LGBT community in preventing risky behaviour.

The empirical part of this thesis shows results of semi-structured interviews with homosexual men. Eight residents of Prague and eight men from the South Bohemia took part in the interviews. Selection of the respondents was done according to pre-defined criteria. The criteria were - age over 18, Prague or South Bohemia provenance and homosexual orientation.

The research results can be used in practice, or they can be presented in professional literature. Information may serve also to the facilities offering the prevention of risky behaviour and for experts and all the people with interest in similar topics as well.

Key words

Risky behavior; social worker; role; homosexuality; services; prevention; HIV

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Vybraná riziková chování	9
1.1.1 Rizikové chování u gay komunity	10
1.1.2 Sebevražednost	10
1.1.3 Šikana	11
1.1.4 Zneužívání psychotropních látek	13
1.1.5 Agrese	15
1.1.6 Sexuální riziková chování	16
1.1.7 Bezdomovectví	18
1.2 Homosexualita	20
1.2.2 Sexuální identifikace	21
1.3 Prevence v sociální práci	22
1.3.1 Sociální práce	23
1.3.2 Sociální pracovník	24
1.4 Vybrané služby pro LGBT komunitu	25
1.4.1 Dům světla	26
1.4.2 In IUSTITIA	26
1.4.3 Modrá linka důvěry	27
2. Cíl práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3. Metodika	29
3.1 Použitá metoda	30
3.2 Výzkumný soubor	31
4. Výsledky	32
5. Diskuze	45
6. Závěr	54
7. Seznam použitých drojů	57

8. Seznam příloh	63
9. Seznam zkratek.....	65

Úvod

Téma „Role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování u gay komunity“ si autor vybral z důvodu zájmu na počátku svého studia, kdy ho oslovil předmět sociální patologie. Díky tomuto předmětu autor přesně věděl, jakým směrem bude jeho práce orientována, a to na téma riziková chování. Jako zkoumanou skupinu byli vybráni muži s homosexuální orientací, protože je to skupina velice zajímavá a v poslední době i velice medializovaná.

Teoretická část práce se rozděluje na čtyři základní okruhy tvořící autorovo vybrané téma. V prvním okruhu autor popisuje vybraná riziková chování, které jsou dle jeho dojmu nejčastějším sociálně patologickým jevem objevující se u zkoumaných jedinců. Následně se práce zabývá informacemi ohledně homosexuality. Třetí okruh definuje pojmy prevence, sociální práce, sociální pracovník a interakce mezi nimi. Poslední část teoretické práce se věnuje vybraným službám pro gay komunitu a roli sociálního pracovníka v těchto službách.

Empirická část je realizována pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Tvoří ji šestnáct polostrukturovaných rozhovorů od komunikačních partnerů pocházejících z Jihočeského kraje a hlavního města Prahy. Výzkumný soubor byl vybírán kriteriálním výběrem. Získaná data byla vyhodnocena pomocí analýzy trsů.

Cílem této práce bylo zjistit nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity. Dále zjistit služby, které gay komunita využívá v prevenci rizikového chování. Posledním cílem bylo popsat spokojenost klienta s rolí sociálního pracovníka a jeho úlohu v těchto službách.

Výsledky výzkumu mohou být použity v praxi, případně být prezentovány v odborné literatuře. Přínosem může být informovanost pro zařízení zaměřené na prevenci rizikového chování. Dále informovanost pro všechny osoby, kteří se zabírají podobnou tématikou.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *VYBRANÁ RIZIKOVÁ CHOVÁNÍ*

Podle Bártíka a Miovského (2010) je rizikové chování takový druh vzorců chování, které mají za důsledek sociální, zdravotní, výchovné a další rizika pro jedince a pro společnost. Tento výraz nahrazuje již dříve používaný pojem sociálně patologické jevy. Fischer a Škoda (2014) uvádí, že v posledních letech můžeme pozorovat značný nárůst jevů, které nazýváme jako sociálně patologické jevy. Lze je chápat jako nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné pro veřejnost. Každý takový nežádoucí jev má svou škálu společenské nebezpečnosti. Čím je škodlivý jev pro společnost větší, tím narůstá i zájem o jeho řešení. Sociální patologie se tedy zaobírá zákonitostmi takových způsobů jednání a chování, které veřejnost hodnotí jako nežádoucí, protože narušuje její morální, sociální či právní normy. Procházka (2012) dodává, že různé publikace nahrazují pojem sociální patologie výrazem rizikové chování. Procházka přitom tvrdí, že takové výrazy přitom označují takové vzorce chování, v jejichž konečném důsledku může docházet k prokazatelné gradaci rizik výchovně vzdělávacích, sociálních, zdravotních a dalších rizik.

Dle Gulové (2011) není příliš jednoduché označit, jaký jev může být označen jako sociálně patologický, protože nelze definovat, co je pro společnost normální. Na přelomu 20. století lidé označovali alkoholismus, homosexualitu, rozvodovost, prostituci nezaměstnanost a válku jako sociálně patologické. Později se k tomu i přidávala narkomanie, drogová závislost, násilí a agresivita. Velké množství různých informací a vjemů ovlivňuje celou společnost v nejrůznějších formách jejich každodenního fungování. Pokud chceme rozumět tomu, co bývá označované jako sociálně patologické, je třeba si nastavit hranice normality. Kajanová (2014) popisuje, že normalitu tvoří soubor norem stanovené danou společností na určitém regionu, tzn. že se mění časem i kulturou. To, co by mohlo být pro jednu skupinu označované jako sociálně patologické, pro druhou skupinu by to mohlo vypadat jako normální. Každé jednotlivé skupiny si vyznačují hranici své normality a podle toho se i tak chovají – platí pro všechny členy skupiny. Normy tedy určují členům společnosti orientaci a jejich fungování v běžném životě. Pokud se jedinec vychyluje těmto stanoveným normám, znamená to, že jeho chování je

často označované jako sociálně patologické pro danou společnost, tedy škodlivé. Východiskem těchto norem jsou sociální hodnoty. Tyto hodnoty nám ukazují, co různé skupiny preferují, co upřednostňují, a co je pro ně více žádané. Respektive jsou to různá kritéria hodnocení, podle nichž se často hodnotí ostatní lidi (Kajanová, 2014).

1.1.1 Rizikové chování u gay komunity

Prev – Centrum uvádí, že nejčastější rizikové chování u menšinové gay komunity je promiskuita, ze které největším důsledkem je virové onemocnění HIV, později onemocnění AIDS. Dále uvádí, že v Praze žije 8 % z celkového počtu homosexuálně orientovaných mužů. Ukázalo se, že nejúčinnějším vyhledáváním HIV pozitivních osob provádí anonymní terénní testování (Uholyeva, ©2017). Dále Dolejš a Orel (2017) definují adolescentní období, tedy i homosexuální, jako nejdynamičtější období v životě každého jedince. U adolescentů probíhají různé změny a názory na dosavadní život, je to tzv. období hledání. Sobotková (2014) dodává, že takové období může přinášet mnoho rizikového chování, kde nejvíce je zastoupena autoagrese, nezdravé stravovací návyky, zneužívání návykových látek, delikventní chování a u homosexuálně orientovaných osob převažují suicidní sklony a rizikové sexuální chování.

1.1.2 Sebevražednost

Sebevražednost definuje Milan Veselý (s. 74) jako: *Vědomé a úmyslné ukončení vlastního života, kdy si jedinec smrt přeje a chce ji svým činem přivodit. Pokud přežije, je jeho činnost kvalifikována jako neúspěšný suicidální pokus. Základním cílem této aktivity je tedy smrt.* Jedná se o určitý druh agrese, který je zaměřen vůči vlastní osobě. Vyskytuje se i názor, že suicidují většinou geneticky zatížení jedinci, u kterých se vyskytovala již dříve suicida v rodině, a jedinci převážně s duševním onemocněním. Nikdy však nebylo plně potvrzeno, že sklon k sebevraždě souvisí s dědičnou zátěží, poruchou nebo nemocí. Sebevražedné riziko může zapříčinit různá řada zdravotních, psychologických, biologických i sociálních faktorů. Je pravda, že suicidní sklony se v těchto skupinách vyskytují častěji, ale zároveň se jedná o věc individuálního charakteru, a že suiciduje i

zdravý jedinec, nejvíce však člověk nešťastný. V prvotním kontaktu s jedincem vykazující sebevražedné sklony není třeba hledat duševní poruchu nebo pátrat v historii předků, ale je na místě okamžitá komunikace a zjištění aktuálních důvodů, proč se jedinec v takové situaci ocitl (Veselý, 2011). Suicidum neznamena jen dokonáný čin, ale rovněž zahrnuje i suicidální myšlenky, záměry, pokusy a fantazie. Jedinci se suicidálními sklony mají jediné přání – přání zemřít. Řada jedinců, kteří se pokusili o sebevraždu, mají ambivalentní postoj k životu, tzn. touhu žít, ale zároveň zemřít. Smrt pro ně znamená vysvobození, uvolnění a určitou formu útěku od své zátěžové situace, do nichž se dostali, a kterou nejsou schopni zvládnout sami. Důležitou informací je způsob pokusu o sebevraždu, kde se rozlišují dva druhy sebevražedného jednání – měkčí a tvrdší. Měkčí způsob představují např. velké množství užití léků, kterého se dopouští spíše ženy a dospívající dívky z toho důvodu, že mívají falešnost představu krásného estetického vzhladu po smrti. Mezi tvrdší způsoby sebevraždy se zařazuje Fischer a Škoda skok z výšky, oběšení, užití střelné zbraně apod., kterého se naopak dopouštějí více muži. O suicidalitě se tedy mluví, jako o jedné z forem autoagrese. Spadá do sociální patologie, protože tento jev je označován za abnormální. Abnormální z různých názorů. Jedna strana tvrdí, že je to pouhý zbabělý akt, druhá tvrdí, že se jedná o odvážný čin (Fischer, Škoda, 2014).

1.1.3 Šikana

Šikana znamená ubližovat někomu, kdo se nemůže nebo neumí bránit. Nastává mezi jedinci, kteří mají rovné postavení, v práci tedy mezi kolegy, ve škole mezi studenty, ve sportovních klubech mezi sportovci atd. Lze ji dělit na šikanu přímou a nepřímou (Říčan, Janošová, 2010). Kajanová (2014) tvrdí, že o šikaně se ve většině případů hovoří jako o školní, pracovní či institucionální, tzn. různá výchovná nebo ústavní zařízení. Může se ale pochopitelně objevovat v jakémkoli prostředí.

Přímá šikana je velmi rozsáhlá. Spočívá zejména ve fyzické aktivitě pachatele. Zahrnuje působení bolesti bitím, bodáním, kopáním, pálením atd. Další aktivity spadající do přímé šikany je např. loupež (oblečení, jídla peněz), slovní napadání (nadávky, urážky, posměch) či zotročování, kdy je poškozený nátlakem ze strachu dotlačen k provádění

věcí, které by on sám za jiných okolností nikdy neudělal. Nepřímá šikana se projevuje sociální izolací. V praxi to znamená, že se jedinec stává pro okolní svět neviditelný, tedy je vylučován z jakéhokoli společenského dění a není přijímán do různých skupin. Většinou spolupůsobí nepřímá šikana s šikanou přímou navzájem (Říčan, Janošová, 2010). V případě školní závažné šikany je na místě bezprostředně informovat o skutečnostech pedagogy. Škola musí do řešení pozvat další externí pracovníky. Nikdy by neměla situaci řešit sama. Intervence by měla posléze pokračovat v několika krocích. Nejprve je nutné zabezpečit (ochránit) oběť, následně zamezit agresorům na domluvení křivé výpovědi. Posledním krokem je zavolání policie a vlastní vyšetřování (Kajanová, 2014).

Mobbing

Dle Osifa (2010) do konce 90. let minulého století se mluvílo o šikaně jako o kontextu šikaně školní. Nikdy se publikace nezaobíraly otázkou šikanování zaměstnanců na pracovišti až od počátku 90. let se rozmáhá po Evropě nový pojem – mobbing. Svobodová (2008) udává, že mobbing je druh šikany, který se odehrává na pracovišti, a to výhradně mezi dospělými osobami. Na rozdíl od tradiční šikany, která se projevuje výrazněji a více nápadněji, mobbing lze rozpoznávat hůře. Tradiční šikana se projevuje převážně fyzickým násilím. Mobbing je na druhou stranu projevován psychickým ubližováním. Je dlouhodobý, skrytý a rafinovaný. Mnohonásobně se u něj objevují pomluvy, donášení nadřízeným, různé intriky a úskoky. Všeobecným cílem mobbingu je to, aby se z jiného jedince stal problémový pracovník. Wágnerová a Janošáková (2011) tvrdí, že takový problémový pracovník v brzké době ukončí svůj pracovní právní vztah. O oběti mobbingu mluvíme, pokud je postižený obtěžován aspoň jedenkrát týdně po dobu nejméně půl roku.

Bossing

Dle Bednáře (2016), mobbing a bossing mají spoustu věcí společných. Oba druhy šikany se odehrávají na pracovištích, přičemž mobbing je šikana mezi spolupracovníky a bossing znamená šikanu ze strany nadřízeného ke svým podřízeným. Je nutno si uvědomit, že ne každé nepříjemné chování od nadřízeného musí nutně znamenat, že se jedná o bossing. O bossingu se jedná, pokud nadřízený své podřízené tvrdě trestá za každou chybu, dává

jim plno přesčasů a úkolů, přehnaně je kontroluje a odpírá jim volno. Tvrdé zacházení a bossing tvoří jen tenká hranice. Je těžké rozpoznat, kdy se jedná o standartní chování ke svým podřízeným, nebo zda se už jedná o šikanu, protože na každém pracovišti fungují jiné standardy chování (Bednář, 2016). Dle Nováka (2010), bossing je tedy agresí ze strany nadřízeného. Je nebezpečnější a rafinovanější. Ve většině případů se lze těžko dovolávat svých práv a mnozí pracovníci, kteří si bossingem prošli tvrdí, že nejlepší je utéct, aspoň před psychosomatickými chorobami.

Kyberšikana

Černá (2013) udává, že kyberšikana je prezentována vedle tradiční šikany jako nový fenomén, způsobený rozvojem technologií. Dále dle Kožíška a Píseckého (2016) kyberšikana je pojem, který má za cíl ublížit, vyvést z rovnováhy, ohrozit či jinak zastrašit oběť s pomocí moderních technologií, nejčastěji jde o mobilní telefony a internet. Typické znaky pro kyberšikanu označují dva pojmy, anonymní prostředí a různorodost útoků. Pro některé potencionální útočníky je anonymní prostředí tzv. spouštěcím faktorem. Faktorem, díky kterému může mít agresor falešný pocit bezpečí, a tím gradovat svoji agresivitu. Různorodost útoků znamená, že útoky můžou probíhat v různém prostředí, čase a někdy i četnosti. Útočník může svoji četnost zvýšit založením několika profilů/účetů. Oběť pak lehce může být přesvědčena, že za útokem na jeho osobu stojí celá skupina lidí. Ve virtuálním světě se lidé chovají vždy jinak, než by se chovali na veřejnosti, resp. píše to, co by na veřejnosti nikdy úst nevyslovili. Většinou po splnění svého cíle (ublížení) útočník svůj profil/účet smaže.

1.1.4 Zneužívání psychotropních látek

Psychotropním nebo-li psychoaktivním látkám se rozumí takové látky, které ovlivňují psychickou činnost jedince. Některé látky zapříčiňují i závislost. Tyto látky proto nazýváme jako návykové (Štefan, Hladík, 2012). Fischer a Škoda (2014) rozlišují závislosti na fyzické a psychické. Fyzická závislost se projevuje nepříjemnými tělesnými příznaky, které se objevují výhradně po vysazení látky, na kterou je jedinec závislý. Takové nepříjemné příznaky se projevují křečmi, třesem, pocením či průjmem. Psychická

závislost spočívá v opětovném navození duševního stavu, který je vyvolán užitím návykové látky. Vyznačuje se silnou touhou po konkrétní látce, kterou jedinec užívá. Návyková látka, též droga, působí na řadu jedinců odlišně. Respektive každý je náchylný individuálně na určitý druh drogy. Za tento jev mohou faktory zvyšující pravděpodobnost závislosti na psychotropních látkách. K rozvoji a vzniku závislosti přispívají genetické predispozice, biologické predispozice a sociální faktory (Fischer, Škoda, 2014).

Nelze říci, že genetické predispozice stoprocentně určují, kdo bude více závislejší na návykových látkách oproti ostatním jedincům. Tyto predispozice vždy spolupůsobí s dalšími faktory, které zvyšují určitou závislost. Dále uvádí, že díky mnoha různých studií ohledně genů a závislosti, můžeme usuzovat, že pokud je otec silný alkoholik, syn bude mít větší riziko závislosti na alkoholu než u dětí, u kterých rodiče alkohol nekonzumují. Biologické predispozice představují riziko spojené s fyziologickými reakcemi, tzn. že na každého jedince působí droga odlišněji. Někdo může mít po užití drogy oproti druhým příjemné pocity, druzí však mohou snášet silné deprese či nevolnost. Mít silné biologické predispozice znamená, že druhý den po užití velkého množství alkoholu, nemusí jedinec pociťovat zřetelné potíže, tedy nevolnost. Podle Fischera a Škody, sociální faktory působí v sociálním a kulturním prostředí daného jedince. Znamená to, jak je osoba ovlivňována svým prostředím, ve kterém se vyskytuje. Dodávají, že primárním činitelem na ovlivňování osobnosti vytváří rodina. Pokud členové rodiny ve většině členech kouří, je velké riziko, že jedinec bude kouřit také, protože se to stává určitým rodinným standardem. Sekundární činitel vytváří sociální skupina, tedy blízké okolí – přátelé. Terciální činitel ovlivňuje jedince podle toho, v jakém životním prostředí se nachází. Pokud jedinec žije v oblasti s vysokým výskytem užívání drog, tak je více náchylnější na užívání, než kdyby bydlel v prestižní části města (Fischer, Škoda, 2014). Matoušková (2013, s. 31) uvádí, že: *Závislost vzniká častěji u těch jedinců, u kterých převažuje narušení ve volní sféře, u neurotiků, úzkostných jedinců atd.* Dále uvádí, že podnětem pro častější užívání návykových látek mohou být např. zátěžové a traumatizující situace, časté bolesti hlavy, poruchy v sexuální oblasti a další životní selhání.

Dle Dye (2009) u mladých osob převažuje kouření marihuany, která obsahuje nebezpečné látky jako je látka THC. Jedinec po užití THC postupně ztrácí koordinaci, rovnováhu a

reakční dobu. Postupem času se projeví dlouhodobé potíže si zapamatovat, uchovávat a získávat informace. U pár procent jedinců se objevují časté deprese. V dnešním světě se tato droga stává více akceptovatelnou pro společnost, a proto se často objevuje pozitivní test na THC u jedinců za volantem. Štefan a Hladík (2012) uvádí, že mladí lidé mají také v oblibě kombinovat návykové látky s alkoholem. V České republice nejvíce převažuje konzumace pervitinu a marihuany. Po užití drogy odpadají veškeré morální zásady jedince a mohou se u nich vyskytovat sociálně patologické jevy jako např. výtržnictví, sexuální delikty, vandalismus a ublížení na zdraví. Dá se tedy říci, že drogová závislost zvyšuje kriminalitu.

1.1.5 Agrese

Agrese se řadí mezi základní lidské vlastnosti. Je to schopnost, díky které jedinec překonává různé překážky. Pomocí agresivního chování občas dosahujeme svých cílů a zdoláváme různé těžkosti (Bělík et al., 2017). Fischer a Škoda (2014) dodává, že dodnes neexistuje přesná definice agresivity, ale dlouhodobě se agresivita a násilí stává terčem otázkami psychologickými, sociologickými, ale také politickými. Agrese se typicky vyznačuje destruktivním chováním. Je důležité rozlišovat druhy agrese podle toho, jak moc je nebezpečná pro společnost, proto rozlišujeme agresivitu zlostnou, instrumentální a spontánní.

Agrese zlostná, se vyznačuje impulzivním vzplanutím nezvladatelného chování. Aktér takového násilného jednání nedbá na důsledky svého chování. Při velkém vzteku je agresivita většinou doprovázena afektivním jednáním (Látalová, 2013). Pavlovský (2012) udává, že Patický afekt je velmi silná impulzivní emoce. Při své gradaci může dosáhnout toho, že jedinec nebude schopen krátkodobě ovládat své vědomí. V této situaci se jedná o tzv. mráкотný stav, kdy osoba jedná v naprosté amnézii. V tomto stavu může jedinec ublížit na zdraví druhým, v nejhorších případech i zabít, a to vše v rozporu s jeho životními postoji a danou situací.

Instrumentální agrese slouží k dosažení určitého cíle. Pokud se reaguje na určitý podnět, který je směřován na vlastní osobu, nejedná se o škodlivý sociálně patologický jev, nýbrž

o instrumentální agresi. Ta se objevuje v situacích, kde se snažíme odstranit či odvrátit hrozící škodu a nebezpečí. Nejběžnějším cílem této agrese je ochrana vlastní osoby (Fischer, Škoda, 2014). Dle Martínka (2015) tato agrese se vyznačuje tím, že jedinec má ve svém jednání chladnou hlavu a jedná naprogramovaně – emoce ukazuje jen při bránění sám sebe, aby dosáhl svého cíle, např. u vynucení lepší známky žáka u pedagoga. Fischer a Škoda (2014) definuje i spontánní agresivitu. O takovou agresivitu se jedná, pokud způsobená bolest přináší agresorovi uspokojování potřeb či emocionální uspokojení. Občas takové potřeby mohou být patologické nebo až abnormální pro společnost – např. sadismus.

1.1.6 Sexuální riziková chování

Promiskuita

Dle Jandourka (2012), promiskuita je obecně označována jako časté a nezávazné střídání sexuálních partnerů. V západních společnostech světa je tento jev v zásadě tolerován. Tolerance je ale více na straně mužů, než u žen. Dle Vališové a Kališové (2011) pohnutek pro opakování promiskuity se uvádí mnoho. Jedinec může mít vrozenou silnou sexuální apetenci, nebo si může střídáním partnerů nahrazovat nepříjemný zážitek z minulosti, nesouhlas s normami společnosti a v poslední řadě nespokojenost se sebou samým. Mezi další důvody promiskuity se také uvádí deprivace z dětství, nutnost dokázat si vlastní atraktivitu a důležitost, vyrovnání se s minulostí a jejich traumatech, překonání pocitu opuštění a zavržení. Mnoho psychologů a psychiatrů se shoduje, že sexuální styk (podobně jako onanie) má přinést úlevu a vybití od psychického napětí. Někteří jedinci si střídáním sexuálních partnerů nahrazují obecně kvalitní vztah, který nemají. Promiskuita předchází prostituci. Luntz (2010) uvádí, že mnoho studií došlo k závěrům, že promiskuitní chování je bližší mužům. Muži jsou geneticky orientováni více na polygamní vztahy, přičemž ženy upřednostňují monogamní vztahy.

Sexuologové hovoří o aktivní a pasivní promiskuitě. Aktivní promiskuita slouží jedinci k dokazování náklonosti k druhému pohlaví. Pasivní promiskuita znamená, že jedinec (většinou dívka, nebo homosexuální hoch) není schopen odmítnout jakýkoliv sexuální

zájem, neboť se bojí úzkosti z budoucího osamění (Vališová, Kasíková, 2011). Promiskuitní, též rizikové chování může vést k různým pohlavním onemocněním. V současné době se vyskytuje přes 30 onemocnění, které se přenáší pohlavním stykem (Vaničková, 2007).

Prostituce

Prostituce znamená pohlavní styk za peněžitou odměnu. Můžeme ji rozdělit na ženskou a mužskou prostituci. Mužská prostituce je označována i jako homosexuální. Tvoří ji mladí kluci, kteří utekli z domova či institucionálních zařízení. Ve většině případů jsou heterosexuální orientace, homosexuální pohlavní styk provádí pouze za peníze (Vaničková, 2007). V polovině devadesátých let minulého století se prostituce hojně rozvíjela mimo ulice do erotických klubů a masážních salónů (Weiss, 2010).

Dívčí prostituce je nejvíce frekventovaná na ulicích, salonech a v bytech. Na ulicích potkáme dívky, které utekly z domova či výchovných ústavů. Většinou se jedná o dívky romského původu. Dívky nabízejí anonymní, rychlý a laciný sex. Pro cizince zde funguje jazyková bariéra. I když se snaží většina o chráněný pohlavní sex, někdy se neubrání agresí zákazníka a praktikují sex nechráněný. Tento sex může přenášet spoustu pohlavních chorob. Prevence tedy spočívá hlavně v terénní sociální práci (Vaničková, 2007). Tyto ženy jsou výdělečně samostatné. Jejich výdělky pak dosahují někdy až závratných výšek. Veškeré své peníze investují jen do sebe – nehty, účes, oblečení (Weiss, 2010).

Vaničková (2007) uvádí, že chlapecká prostituce je běžné označována jako homosexuální. V dnešní době nastává rozmach i heterosexuální. Existují tedy dvě formy mužské prostituce: homosexuální a heterosexuální. Provozování nemá žádný vliv na jejich sexuální orientaci. Homosexuální chlapeckou prostituci vykonávají chlapci, kteří jsou sami heterosexuální. Tuto službu provozují pouze pro výdělek a vnímají to jako svůj byznys. Homosexuální prostituce se provozuje v salonech – gay kluby, veřejné domy, eskort služby a pouliční prostituce. Weiss (2010) říká, že o ženské homosexuální prostituci se příliš moc neví. Většinou však existuje v uzavřených komunitách.

Heterosexuální chlapecká prostituce není v České Republice příliš rozsáhlá. V malém množství ji najdeme v salonech, ale dominují spíše v bytové formě, ať soukromě, tak i organizovaně pod agenturou. Tuto formu prostituce nejčastěji využívají dívky, které jsou pod tlakem své falešné kamarádky donuceny si zaplatit prostituta, aby nebyly poslední pannou ve skupině. Falešná kamarádka dostane určitou částku za domluvu (Vaníčková, 2007). Dle Weisse (2010) druhou variantou se nabízí muži sami budoucím klientkám. Ve většině případů ženy muže nevyhledávají. Mužskou společnost za peníze nepřijmou až do doby, dokud jim není sama nabídnuta. K pohlavnímu styku nedochází vždy. Takový mužský prostitut funguje např. jako doprovod na společenské akce.

1.1.7 Bezdomovectví

Bezdomovec je osoba, která nemá trvalé bydliště, resp. domov. Jedná se o krátkodobý i dlouhodobý způsob života, který je charakteristický sociálním pádem a celkovou ztrátou společenské prestiže. Bezdomovectví se vyskytuje ve většině ve velkých městech, ale můžeme se s nimi setkat také na vesnicích, dokonce i v lesích a ve skalách (Kopecká, 2011). Bezdomovectví přináší velkou stresovou zátěž z každodenního ohrožení na životě. Nejde jen o ztrátu přístřeší, nýbrž i o ztrátu lidských vztahů. Život bez přístřeší je často spojován s procesem postupné desocializace (Vágnerová et. al., 2009). Bezdomovectví se řadí k hlavním problémům veřejného zdraví. Největší problém je rozvoj orálních onemocnění, které vznikají z velkého množství užívání drog, alkoholu a dalších fyzických nemocí. Bezdomovci mají omezený přístup k ústním zdravotním službám (Murria, 2018).

Kopecká (2011) popisuje bezdomovce nejčastěji ve věku 25-60 let. V posledních letech nabývá nárůst mladých bezdomovců. Jsou to především lidé, kteří opustili rodinu kvůli vzájemným konfliktům nebo odešli z ústavní výchovy. Horní věková hranice je ovlivněna špatnými životními podmínkami, ve kterých bezdomovci přežívají. Dále hrají roli rizikový životní styl a nedostatečná péče o vlastní zdraví. Jeho osobnost je silně ovlivněna psychickými změnami, díky podmínkách, ve kterých žije. Citové prožívání je vyhaslé a otupělé. Cítí se velice zatížen z velkého množství jejich problémů, a proto jsou často deprimovaní a naštvaní. Sociální schopnosti jsou snižené, tzn. že jedinec si sám nezvládne

vyřídít občanský průkaz, požádat o sociální dávky apod. Většina bezdomovců je naučena na životní styl beznadějnosti – nic nechtějí, nečekají, o nic nového se nepokouší a celkově rezignují na okolní svět. Marek (2012) dodává, že majoritní společnost považuje marginalizaci neboli bezdomovectví záporným odchýlením od společenských norem, a proto se jedinec bez domova dostává do společenské stigmatizace. Postoj veřejnosti je pak odmítavý, odsuzující a pro většinu lidí je takový životní styl příkladnou ukázkou sociální patologie.

Hradecký a Hradecká (1996) rozlišují bezdomovectví na:

- Zjevné – bezdomovec jde rozpoznat na první pohled podle jeho vzhledu a lokality, kde se vyskytuje. Jsou to převážně lidé žijící pod mostem, v parku a různých opuštěných uličkách. Občas tam žijí i celé rodiny pospolu.
- Skryté - jsou lidé, na kterých nelze rozpoznat, zda jsou bez domova. Skrytý bezdomovec může chodit i na brigády a přespává v opuštěných domech, squatech, stanech, ale i po svých známých.
- Potencionální – osoby, které v budoucnu čeká život bez domova. Jsou to většinou lidé, kteří budou propuštěni z výkonu trestu. Dále lidé žijící ve špatných bytových podmínkách, lidé se špatnou smlouvou na pronájem bytu a mladí lidé opouštějící dětský domov.

Příčiny bezdomovectví u jedinců jsou odlišné, ale u každého nich je charakteristická změna životního stylu zapříčiněná náhlými událostmi v jeho životě, které jedinec nedokáže nebo nemůže vyřešit. Takové problémy se nakumulují až do té fáze, kdy osoba začne rezignovat. Stěžejním bodem v takové krizi hraje rodina, která má být oporou pro jedince, nikoli zdroj stresu a trápení (Marek et. al., 2012). Příčiny bezdomovectví se pak dělí na objektivní a subjektivní. Objektivní (vnější) příčiny bezdomovectví lze přikládat k ekonomické krizi, ke špatné bytové politice či nezaměstnanosti. Je potřeba myslet na absenci bezdomovců za komunistického režimu – každý musel chodit do práce, jinak byl poslán do výkonu trestu. Bezdomovci se začali objevovat s rozsáhlou prezidentskou amnestií. Za subjektivní (vnitřní) příčiny mohou osobní důvody daného jedince. Patří sem rozvod, zadluženost, problémy ve vztazích, zdravotní handicap či psychická diagnóza, včetně toxikomanie a alkoholismu (Kajanová, 2014).

Dle Kajanové (2014) intervence sociálního pracovníka k bezdomovectví spočívá primárně v obstarávání dokladů. Bez dokladů jedinci nemohou žádat o sociální dávky ani se hlásit o pracovní místa. Problém spočívá v zadluženosti osob z nebankovních půjček a dlužích u zdravotních pojišťoven a dopravního podniku. Pro osoby bez přístřeší fungují různá sociální zařízení jako např. azylové doby či nabídky pomoci od charitativních organizací (Marek et. al., 2012).

1.2 HOMOSEXUALITA

Podle Weisse (2010), homosexualita znamená náklonost ke stejnému pohlaví. Pro homosexuální muže se často používá označení gay. Pro homosexuální ženy se užívá slovo lesbička. Dále Jandourek (2008) udává, že homosexualita se v minulosti zaměřovala s pedofilií, což je heterosexuální vztah k dětem, pederastií, která znamená homosexuální vztah muže k chlapci a efebolií, která se vyskytovala v antickém Řecku jako náklonost mezi učitelem a žákem, která byla tolerována. Homosexualita si prošla mnoha úpravami a změnami ve vnímání společnosti. Dnes se opět objevuje snaha o to, by se homosexuální vztahy považovaly za rovnocenné s heterosexuálními. Poslední změna se projevila zákonem o registrovaném partnerství, který vstoupil v platnost od 1. července 2006.

Příčiny homosexuality

Příčiny homosexuality jsou vrozené. U jedinců se to nejčastěji projevuje kolem puberty. Nelze se homosexualitu naučit, okoukat a nikdo se nedá nakazit. V období zrání, tedy do puberty se dítě snaží neodlišovat od heterosexuální většiny, působí na něj tzv. heterosexuální nátlak (Pastor, 2007). Některé myšlenkové směry uvádějí, že se homosexualita získává i sociálním učením a ranných erotických a sexuálních zážitků. Další příčiny se uvádějí jako stres matky v těhotenství nebo až příliš dominantní vůle matky v rodině (Jandourek, 2008). Občané věřící ve vrozenou homosexualitu, mají větší pochopení s právy a osobností homosexuálních jedinců. Naopak jsou lidé, kteří věří, že homosexualita je vytvořena sociálním prostředím, a proto homosexuální jedince odsuzují a diskriminují (Rosario, 2012).

1.2.1 Sexuální identifikace

Sexuální identifikace, často nahrazována pojmem coming out, je proces sebezpřijetí a vyrovnávání se s homosexuální orientací. Ve většině případů dochází v období puberty. V prvotních fázích nastane vnitro-psychický konflikt, kdy se jedinec musí vyrovnávat se svojí sexuální orientací a přiřadit se na stranu menšiny, která je pro něj v ten moment negativní, protože cítí z veřejnosti, že bude vyřazen na okraj společnosti. V takovém období se zvětšuje riziko společenské diskriminace a sociálně patologických jevů včetně neustálých depresí, sebevražedných myšlenek a větší náchylností na návykové látky (Weiss, 2010). Dle Pastora (2007) většina homosexuálních jedinců má sexuální vztah i s opačným pohlavím, poté postupně zjistí, že to není ono. Člověk nezjistí ze dne na den, že má opačnou sexuální orientaci. Pro jedince nastane období trápení, přemýšlení, obviňování, usuzování o opaku, ale přesto vždy dojde osoba k tomu, že má homosexuální orientaci. Weiss (2010) udává, že nejtěžší pro homosexuální menšinu je přiznání ohledně své sexuální orientace vlastní rodině. Čím těsnější vztahy v rodině jsou, tím dříve se jedinec svěří a naopak.

Ženská versus mužská homosexualita

Pastor popisuje ženskou homosexualitu jako vztah mezi dvěma ženami. Na rozdíl od heterosexuálů a gayů mají lesbičky svůj vztah více něžnějším a emotivnějším. Mají velký problém najít k sobě partnerku, ale díky své ženské stránce jsou si lesbičky velice věrné. Lesbičky si nerozdělují své role – chtějí být dvě ženy, nikoli muž a žena. Mužské homosexuální vztahy jsou více promiskuitní. Vychází to z mužské přirozenosti a v tomto případě se to násobí dvěma. Dokáží lehce najít svého partnera, ale je těžké si ho udržet. Pokud mají dlouho trvalejší vztah, tvoří to z nich nerozlučnou dvojici. U těchto vztahů se dají ve většině případů vyzorovat maskulinní a femininní role, tedy roli mužskou a roli ženskou (Pastor, 2007). Lesbičky jsou akceptovatelnější pro společnost více než gayové, a proto ženy držící se za ruce nepoutají tak velkou pozornost, jako když se drží za ruce dva muži. Za takový názor společnosti může ve větší míře historie, média a daná kultura (Seidl, 2012).

Homofobie

Homofobie je strach z homosexuálních osob. Být homofobní znamená mít proti homosexuálům odpor, označovat je za odpudivé a hříšné. Projevuje se posměšky, urážkami, stereotypy, předsudky, agresivitou a celkovou nedůvěrou k této menšině (Kolektiv, 2014). Internalizovaná homofobie znamená, že homosexuální osoba má určitý druh odporu vůči své vlastní menšině, což může velice zkomplikovat proces coming-outu a může postupně vést k psychiatrickým poruchám (Weiss, 2010).

1.3 PREVENCE V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Prevence

Prevence je činnost, která vede k zabránění vzniku různých onemocnění, k upevnění zdraví a především má vést k prodloužení aktivní délky života (Čevela et al., 2009). Zahrnuje celou řadu oblastí – zdravotní, sociální, vzdělávací, právní, životního prostředí atd. a jsou navzájem provázané. Sociální prevence tedy usiluje o snížení či odstranění rizik u jedinců. Zabývá se zabraňováním vzniku, zachycováním a zpomalováním určité sociální události. Tím snižují nebo deformují rozvoj postupné gradace, a tím tak minimalizují dopad na lidské zdraví (Kukla, 2016).

Primární prevence

Kulka (2016) uvádí, že na primární prevenci by se měla podílet celá společnost. Dělí se na specifickou a nespecifickou primární prevenci. Specifická prevence spočívá v předcházení přímo konkrétnímu riziku. Nespecifická prevence se vyznačuje především preventivními programy a různými dalšími programy na zkvalitnění svého fyzického a psychického zdraví. Čevela (2009) dodává, že první fáze prevence má ochránit a posílit zdraví. Na této prevenci se výrazně podílí obor epidemiologie, která zabraňuje šíření infekčních onemocnění a hygienická služba, která kontroluje kvalitu našeho zdraví ve společnosti.

Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá ve včasném vyhledávání sociálního problému. Důraz je kladen na včasnou diagnostiku a zahájení řešení dané situace, onemocnění či terapie. Spočívá v preventivních prohlídkách, samovyšetřováním a screeningu (Kukla, 2016). Čevela (2009) tvrdí, že hlavními nástroji této prevence je včasná diagnóza a následně účinná preventivně zaměřená terapie. Cílem je předcházení již vzniklého onemocnění či sociální události, jejím nevratným změnám, komplikacím, invaliditě atd.

Terciální prevence

Terciální prevence zmírňuje sociální problém, který už nastal. V sociální terciální prevenci ho představuje ucelená rehabilitace, která má za cíl obnovit už omezené nebo ztracené funkce organismu tak, aby člověk mohl opět naplňovat své role a vrátit se do svého obvyklého pracovního procesu (Čevela et al., 2009). Cílem je tedy omezování gradace onemocnění, snížení jeho následků a co nejdéle udržet kvalitu života klienta (Jelínková, 2014).

1.3.1 Sociální práce

Matoušek (2012) definuje sociální práci jako odbornou disciplínu, která zajišťuje profesionální úroveň péče o potřebné pomoci svých metod sociální práce. Vstupuje do života všech sociálně znevýhodněných skupin. Vstupovat může v podobě služby nebo aktivity. Konečným cílem sociální práce je napomáhat klientům tak, aby si klient později už mohl problém vyřešit sám, respektive bez pomoci sociální služby. Gulová (2011) dodává, že důležitou součástí je podpora fungování klienta v takových situacích, které klient nemůže zvládnout sám svépomocí. Dále říká, že sociální práce ve velké míře spoléhá na společenskou solidaritu, o kterou se opírá. O sociální práci se hovoří jako o multidisciplinární odbornou disciplínou, protože spolupracuje s dalšími vědními disciplínami, jako např. pedagogika, zdravotnictví, právo atd. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v ČR definuje tři druhy sociálních služeb, a to sociální poradenství

(základní a odborné), služby sociální péče a služby sociální prevence. Vykonávání těchto služeb je realizováno formou pobytovou, ambulantní a terénní.

1.3.2 Sociální pracovník

Gulová (2011) popisuje sociálního pracovníka jako pracovníka, který vnímá klienta v jedinečnosti jeho situace, tzn. že klient musí mít možnost vyjádřit se k jeho vlastní situaci. Následně by měl pracovník zaujmout svá stanoviska a popřípadě navrhnout svá vlastní řešení k dané situaci. Důležitou roli zde hraje empatie, a s ní související vstřícnost a vřelost ke klientovi. Hluboká empatie dokáže propojit klienta s pracovníkem tak, že sociální pracovník dokáže působit profesionálně a efektivně. Následně tvrdí, že sociální pracovník musí být schopen pracovat bez předsudků. S akceptací klienta souvisí i nemoralizování. Velmi důležitým bodem je dle Gulové diskretnost, která má základy už i v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro přesnější vizualizaci profese sociálního pracovníka byl vyhotoven etický kodex sociálního pracovníka. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociálního pracovníka, jako pracovníka vykonávajícího sociální šetření. Další jeho činností je řešení sociálně právních problémů a v zařízeních poskytnutí metodické, analytické a koncepční činnosti v sociální oblasti. Dále provádí odborné činnosti v zařízeních poskytující sociální služby, tedy v sociální prevenci, krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitaci. Předpokladem pro výkon sociálního pracovníka je bezúhonnost, plná svéprávnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, která je dána tímto zákonem. Odborná způsobilost pro výkon je splněna po úspěšném dokončení vyššího odborného vzdělání v oblasti sociálních služeb. Druhým způsobem pro získání odborné způsobilosti pro výkon sociálního pracovníka je získána po úspěšném dokončení vysokoškolského vzdělání, které bylo získáno studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřený na oblast sociálních služeb.

1.4 VYBRANÉ SLUŽBY PRO LGBT KOMUNITU

Specializované sociální služby pro LGBT komunitu v České republice neexistují, ale jsou zařízení, ve kterých většina klientů je homosexuálních. Taková zařízení mohou navštěvovat i heterosexuální klienti. V ČR dle Benešové (2010) a jejího výzkumu v disertační práci lze říci, že homosexuální menšina by uvítala v okresním městě poradnu, která by jim pomáhala řešit problémy spojené s jejich sexuální orientací. Nejvíce si žádají poradnu zaměřenou na základní poradenství, či rodinné poradenství. Následně byla žádána sociálně, pracovně-právní poradna. Ve článku *Social Work degree* (© 2018) lze dočíst, že v zahraničí se sociální práce s LGBT komunitou zabývá ve většině případů adoptí dětí homosexuálním párem, kdy se snaží napomoci páru vytvořit láskyplný domov, napomoci v administrativní úpravě a vypořádat se s emocemi dítěte při předávání nového dítěte do rodiny. Cline (2016) dodává, že ani sociální práce s LGBT dětmi není v České republice příliš rozsáhlá. Je to spíše záležitostí zahraničního charakteru. V práci s LGBT dětmi by se měly plně zaktivovat všechny pedagogické, sociální, a hlavně rodičovské aktivity. Sociální práce je tedy propletena s dalšími odvětvími, s kterými dítě přijde do styku, respektive sociální pracovník musí vždy spolupracovat s pedagogy ve školním zařízení a s jeho rodiči. Dítě začíná pochybovat o své sexualitě kolem pátého roku věku a později. V této době by mělo dítě vědět, že neexistují pouze heterosexuálně orientované děti, ale i homosexuálně orientované. Potřebuje pochopit, že i homosexuální orientace je v pořádku, nevychyluje ze společenských norem a znamená to být také „normálním“. Velkým chybějícím faktorem ovlivňující dětské myšlení a chápání je nedostatek sexuální výchovy ve školních zařízeních. V České republice je taková výchova přenechána z větší části na rodičích. Role sociálního pracovníka by měla spočívat v komunikaci s dítětem. Měl by naslouchat a nechat dítě se dotazovat na různé otázky vzhledem k jeho sexuální orientaci. Posléze poslat dítě na školní poradenství, nikoli ho však do toho nutit, spíše ho v návštěvě povzbuzovat a nechat otevřenou volbu na něm.

1.4.1 *Dům světla*

Jedná se o českou společnost, která vznikla z iniciativy blízkých HIV pozitivních osob, jejich rodin a známých v roce 1989. Kladou si za cíl pomáhat s každodenními situacemi, které přináší virus HIV a následně onemocnění AIDS. Postupně časem se společnost rozšířila o veřejnou osvětu a prevenci. Za svou působnost vybuodovala 6 poboček v celé České republice – Praha, Ostrava, Olomouc, České Budějovice, Teplice a Hradec Králové. Celoročně se provede více než 11 tisíc odběrů na vlastní žádost, kde polovina klientů se testuje právě v tomto zařízení. Testovat se mohou klienti i na hepatitidu B, C a syfilis. Koncem devadesátých let dvacátého století se otevřelo sociálně-azylové centrum pro HIV pozitivní osoby, kde se poskytuje bezplatné HIV testování a pobytové služby. Sociální služba se poskytuje v azylovém domě v Praze. Posláním azylového domu je pomáhat HIV pozitivním osobám, které se ocitli v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení v samostatném fungování ve společnosti, tzn. mít kde bydlet, mít práci a zajištěný příjem, v co nejkratší možné době. Zařízení azylový dům je pro osoby starší osmnácti let či HIV pozitivní rodiče s dětmi. Role sociálního pracovníka spočívá v pomoci klientům při uplatňování jejich práv, obstarávání osobních záležitostí a oprávněných zájmů. Jedná se tedy především o upevňování vztahů v rodině, začleňování na trhu práce, zajišťování ubytování, podpora při komunikaci s úřady, vyřizování osobních dokladů a dlužných záležitostí (Česká společnost AIDS pomoc, © 2018). Společnost se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde je stanoveno vzdělání sociálního pracovníka. Následně podle § 37 odst. 2 poskytuje společnost základní sociální poradenství. Azylový dům definuje § 57.

1.4.2 *In IUSTITIA*

Poradna Justýna byla založena 9.2. 2009 a v roce 2013 se změnila z občanského sdružení na obecně prospěšnou společnost. Vedle poradenství In IUSTITIA vydává své publikace a vzdělává ohledně trestního práva a sociálních služeb. Dále poskytuje ambulantní a terénní odborné poradenství. Posláním společnosti je zajištění právních informací, sociálních služeb a zastupování osob, které se staly obětí násilí z nenávisli vůči jejich etnicitě, barvi pleti, náboženského vyznání, sexuální orientaci či příslušnosti k sociální

skupině. Sociální služby spočívají v pomoci ženám bez přístřeší, které se staly obětí násilí, či byly ohroženi násilím. Role sociálního pracovníka v In IUSTITIE znamená napomoci klientům zorientovat se v tom, co se stalo. Následně stabilizovat sociální situaci klienta a pomalu je směřovat k návratu do života. Zajistit odbornou pomoc klientům ve spolupráci s dalšími sociálními službami, případně s policií ČR či státní správou po celé České republice (In IUSTITIA, © 2018). Zařízení se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a nejvíce poskytuje sociální službu podle §37 odst. 3 odborné poradenství.

1.4.3 Modrá linka důvěry

Linka důvěry je pro všechny děti i dospělé osoby, které potřebují poradit nebo pomoci s jejich problémem. V životě každého jedince mohou občas nastat takové situace, které jsou vážného až mimořádného charakteru, a se kterými se nemůže osoba nikomu svěřit. Pro tento případ existují linky důvěry. Lidé mohou zavolat na linku i pro případ, že se potřebují někomu vypovídat, svěřit se někomu. Mezi základní pravidla patří anonymita a důvěra, kterou nemůže pracovník linky porušit, ledaže by nebyla porušena ohlašovací povinnost. Ta nastává ve chvíli, kdy pracovník zjistí, že by se u dítěte mohl vyskytovat syndrom CAN, nebo se jednalo o trestnou činnost, kterou by chtěl jedinec spáchat. Pracovníci na lince důvěry jsou psychologové, sociální pracovníci, pedagogové a další odborníci se speciálním vzděláním, respektive odborníci v telefonické krizové intervenci a internetovém poradenství. Role krizového intervenanta na lince důvěry je především aktivní naslouchání volajících. Dále poskytuje informace, odkazuje na další instituce v rámci psychosociální sítě, nabízí rady spolu s náměty, a především mobilizuje veškeré síly klienta tak, aby daný problém nebo krizi mohl vyřešit vlastními silami, pokud je to tedy možné (Modrá linka, © 2018). Linka důvěry se řídí zákonem č. 108/206 Sb. o sociálních službách, konkrétně § 55 telefonická krizová pomoc.

2. CÍL PRÁCE A VÝKUMNÉ OTÁZKY

Kapitola se věnuje praktické části práce. Stanovuji si zde cíle mé práce a následně výzkumné otázky.

2.1 Cíl práce

Cíle práce jsem si stanovil tři. Prvním mým zvoleným cílem je zjistit nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity. Za druhý cíl jsem stanovil zjistit služby, které gay komunita vyhledává v prevenci rizikového chování. Posledním cílem je popsat spokojenost klienta s rolí sociálního pracovníka a jeho úlohu v těchto službách.

2.2 Výzkumné otázky

S ohledem na své tři výše popsané cíle jsem stanovil čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní: „Jaké jsou nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity?“ Druhá výzkumná otázka má a úkol zjistit: „Jaké služby využívá gay komunita v prevenci rizikového chování?“ Třetí výzkumnou otázku jsem si stanovil: „Jaká je role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování?“ Následně jsem navazoval čtvrtou výzkumnou otázkou: „Jaká je spokojenost klientů s rolí sociálního pracovníka?“

3. METODIKA

Pro řešení bakalářské práce jsem vybral kvalitativní výzkumnou strategii. Ve výzkumném šetření jsem sbíral data za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Tuto metodiku jsem si vybral, abych hloubkově zkoumal a vyhotovil své stanovené cíle. Pro analýzu zhotovených dat jsem použil metodu vytváření trsů.

Reichel (2009) uvádí, že kvalitativní výzkumná strategie zkoumá určitý proces, prvek, ale i fenomén v přirozených podmínkách. Je důležité se snažit takovým jevům porozumět, a pokud je to možné, následně vytvořit komplexní obraz jako jednotný integrovaný celek. Dle Walkera (2013) je kvantitativní výzkum složitá oblast. Říká, že výzkumník se musí snažit nejvíce o neobjektivnější a nejvědecktější přístup, aby jejich zjištění a názory neovlivňovali samotné informanty. Ovlivňování může být zapříčiněno vlastními zkušenostmi, znalostmi a osobními názory výzkumníka. Proto je velice důležité se do rozhovorů příliš „nevměšovat“. Tímto přístupem se minimalizuje ovlivňování výsledků od informantů. Reichel (2009) dodává, že mohou nastat situace, kdy informant může odpovídat odlišněji v rámci výzkumu, aby se předvedl v tzv. „lepší světlo“, než kdyby zkoumaný nebyl.

Kajanová, Dvořáčková a Stránský (2017) uvádějí, že kvalitativní strategie je náročnější na analýzu, nicméně je méně náročná na sběr dat oproti kvantitativní strategii. Walker (2013) udává, kvalitativní výzkum shromažďuje lidská slova, která následně používá jako klíče ke studovanému tématu. Jelikož jsou slova v tomto výzkumu velice důležitá, výzkumníci často přepisují rozhovory velice pečlivě. Takový přepis je následně jako „umělecké“ dílo a velkým zdrojem cenných dat.

Etika výzkumu

Dle Walkera (2013) Etická část výzkumu by se měla brát velice vážně. Jedná se nejen o formální ochranu zkoumaných informantů, ale i o ochranu výzkumníka v souvislosti s porušováním zákona. Základní axiom etiky ve výzkumu vychází z toho, že informant by měl odejít z výzkumu ve stejném psychickém stavu, ve kterém přišel. Právě pro tento

případ by se měl výzkumník zamyslet nad postupem, aby informantovi nebylo nijak ublíženo. Walker dále uvádí etické body, které je nutné dodržovat.

- Informovaný souhlas
- Ochrana osobních údajů

Informovaný souhlas informantů, že se budou dobrovolně účastnit výzkumu. Tzn., že informanti berou na vědomí, jakým tématem se studie zabývá a svobodně vyjádří souhlas na účasti. Ochrana osobních údajů chrání identitu zkoumaných informantů – zásada anonymity. Miovský (2006) doplňuje etiku dalšími dvěma body, a to:

- Zajištění emočního a psychického bezpečí
- Zpřístupnění výsledků výzkumu účastníkům výzkumu

Na emoční a psychické bezpečí je kladen důraz především v kvalitativní strategii, při níž se často probírají intimní a osobní témata, které nejsou občas příjemné. Zpřístupnění výsledků by se mělo podat informantům v rozumné podobě (např. v jiném jazyce) tak, aby všem byly výsledky srozumitelné. O vypracování výsledků by se mělo hovořit již už v průběhu sběru dat.

3.1 Použitá metoda

Polostrukturovaný rozhovor

Jak uvádí Miovský (2006), polostrukturovaný rozhovor je předem vytvořený soubor otázek, které jsou pro výzkumníka závazné. Takový soubor vymezuje okruh otázek, které budou pro rozhovor stěžejní. Jedná se tedy o rozhovor s návodem. Otázky se tedy mohou během rozhovoru měnit, ale musí vždy směřovat k plnění stanovených cílů. Návod by měl obsahovat otázky základní, které jsou třeba pro uvolnění atmosféry mezi výzkumníkem a informantem. Posléze lze přejít na otázky výzkumné a doplňkové. Dle Kajanové, Dvořáčkové a Stránského (2017) lze u dětí používat kresbu, která slouží jako pomůcka pro zlepšení chodu rozhovoru.

3.2 Výzkumný soubor

Jak je patrné z názvu bakalářské práce, výzkumný soubor tvoří 16 homosexuálních mužů. Pro porovnání jsem si vybral svůj rodný Jihočeský kraj a následující samosprávný celek hlavního města Prahy. Celkový počet informantů z Jihočeského kraje je 8 mužů. Komunikačních partnerů z Prahy je také 8. Data byla sbírána do té doby, dokud se nezačala opakovat tvrzení ostatních respondentů, tedy do vysycení. Vybral jsem si tyto kraje proto, abych porovnal Jihočeský kraj s hlavním městem České republiky, protože chci potvrdit tvrzení, že ve velkých městech vznikají časté sociálně patologické jevy ve společnosti, než-li v menších městech a vesnicích. Informanti byli vybíráni na základě kritériálního výběru, kdy museli splnit kritéria, které jsou pro zahájení výzkumu nezbytné. Informanti byli na samém počátku výzkumu informováni o těchto kritériích výběru. Kritéria byla následovná:

- Informant musí být starší 18 let
- Informant se sám identifikuje jako muž homosexuální orientace
- Informant žije v Jihočeském kraji nebo v Praze

Ačkoli se jedná v poslední době o velmi medializované téma, najít informanty bylo složitější, než jsem si myslel. Hledání informantů probíhalo v první řadě mezi blízkými osobami, popř. na doporučení dalších osob, tzv. snowball sampling. Po vyčerpání této metody bylo nutné podání inzerátu na gay seznamkách, konkrétně na seznamkách www.iboys.cz a www.nakluky.cz, kde se na tuto výzvu obracelo mnoho mužů. Po zjištění, zda spadají do stanovených kritérií mohl být uskutečněn kontakt a následný rozhovor. Na začátku rozhovoru jsem se nejdříve ptal na informovaný souhlas, přičemž už byl nahráván tento souhlas na diktafon. Následně byli všichni informanti poučeni o dobrovolnosti výzkumu a možnosti odstoupení z výzkumu, příp. zaslání výsledků po dokončení.

4. VÝSLEDKY

V této kapitole jsou uvedeny získané výsledky z polostrukturovaných rozhovorů ke kvalitativnímu výzkumu. Cílem dotazování bylo zjištění výsledků vedoucí k zodpovězení stanovených výzkumných otázek:

- Jaké jsou nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity?
- Jaké služby využívá gay komunita v prevenci rizikového chování?
- Jaká je role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování?
- Jaká je spokojenost klientů s rolí sociálního pracovníka?

Tabulka č. 1: Informace o komunikačních partnerech

Informant	Současný věk	Trvalé bydliště
I 1	22	Praha
I 2	24	Praha
I 3	24	Praha
I 4	27	Praha
I 5	26	Praha
I 6	27	Praha
I 7	29	Praha
I 8	23	Praha
I 9	23	Jihočeský kraj
I 10	29	Jihočeský kraj
I 11	21	Jihočeský kraj
I 12	26	Jihočeský kraj
I 13	20	Jihočeský kraj
I 14	34	Jihočeský kraj
I 15	36	Jihočeský kraj
I 16	32	Jihočeský kraj

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

První výzkumná otázka má za úkol zjistit nejčastěji vyskytující s riziková chování u gay komunity.

Tabulka č. 2: Riziková chování informantů

Informant	Diagnosti- kované psychické problémy	Rizikové sexuální chování	Užívání návykových látek	Nadměrné užívání alkoholu	Prvky šikany
I 1	X				
I 2		X			
I 3		X	X		
I 4			X	X	
I 5		X			
I 6			X		
I 7				X	
I 8		X		X	
I 9	X				
I 10		X			
I 11		X	X		X
I 12		X	X		
I 13					
I 14		X			
I 15		X		X	
I 16		X			

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 popisuje jednotlivá riziková chování, které informanti provozují. V tabulce je zobrazeno, že většina homosexuálních mužů má nechráněný pohlavní styk nebo se chovají promiskuitně, tj. střídají často sexuální partnery.

„Občas jsem se choval rizikově v tom, že jsem prostě jsem nemyslel moc na zdraví a občas jsem měl nechráněný anální styk.“ (I 2).

„Promiskuita, aneb všude kolem mě jsou moc pěkní kluci a já jsem často nadržený (smích). Mám častěji sex s chlapama a občas i nechráněnej.“ (I 5).

„Rizikovému chování se vyhýbám, nicméně několikrát se mi stalo, že jsem měl pohlavní styl s klukem, kterého jsem neznal a neměl jsem žádné informace o jeho zdravotním stavu.“ Dále dodává: „K dané situaci došlo při trávení volného času v klubu, kdy jsme se seznámili a byli jsme si sympatičtí. Povídali jsme si, a nakonec jsme spolu odešli k němu domů, kde došlo k pohlavnímu styku. Nikdy více jsme se již neviděli a nejsem v kontaktu.“ (I 10).

Další informanti dodávají k nechráněnému pohlavnímu styku anebo promiskuitě, i další rizikové chování.

„Nechráněný sex a občas drogy. Došlo k tomu rychle a prostě v zápalu vášně, zda se to dá tak popsat, došlo na sex bez kondomu. Ohledně drog (pomlka) pouze taneční drogy málokdy.“ (I 3).

„Ano (pomlka) ... Po jistých životních situacích jsem krátkodobě víc pil a byl více promiskuitní, než se to ve mně srovnalo (pomlka) ... po rozchodu s přítelem apod.“ (I 8).

„Bylo krátké období, kdy jsem byl uživatel drog. Většinou šlo o taneční drogy. Tohle období už přešlo. Promiskuitní jsem byl v tom smyslu, že když jsem se opil, občas jsem měl sex s neznámými muži. Další dny jsem se pak styděl za sebe. V poslední řadě to byla tradiční šikana ohledně mojí orientace na škole.“ Na otázku, kde a jak k těmto situacím došlo informant odpověděl: „Většinou v tanečních klubech za doby, kdy jsem byl se svým ex přítelem. Šikana probíhala na základní a trochu na střední škole.“ (I 11).

„Tak už jsem si zkusil takovou tu klasiku jako marihuanu a jednou i éčko, ale to byl pro mě masakr, takže jsem to už nikdy neměl. Ohledně drog, tak pravidelně jen nikotin a občas alkohol, nebo poppers. Jinak co se týče rizikového chování, tak asi už nic. Teda dřív se mi občas stávalo, že jsem si to s někým rozdal po párty bez gumy, ale protože jsem měl pak vždycky strach, že jsem něco nechtyl, tak si dávám už větší pozor.“ (I 12).

„Jednou jsem zkusil marihuanu, a to je tak 10 let zpátky, a poněvadž to bylo asi po 10 pivech, a tak jsem nevěděl pravej účinek, takže jako (pomlka) ... a od té doby asi nic.“

Rizikově jsem se choval akorát v tom, že jsme měl sex bez kondomu, ale to jsem už věděl, že i on byl čistej. Šli jsme spolu s mým ex na testy v Praze. Jinak asi nic. Trochu i víc piju (smích).“ (I 15).

Následně se dva informanti díky nechráněnému pohlavnímu styku s muži nakazili pohlavně přenosnou nemocí. První informant byl nakažen onemocněním podobnému kapavce, následující informant se nakazil virem HIV.

„Myslím, že jsem se nikdy nějak zvlášť rizikově nechoval. Řekl bych, že spíš běžně či přirozeně tak, jako většina lidí bez ohledu na orientaci. Vždy jsem upřednostňoval vztah před úlety. S přítelem, se kterým jsem byl i několik let, a tedy naprosto jsem mu věřil, zjevně mě podvedl a chytl jsem tehdy něco jako kapavku. Vždy jsem to zjistil hned na začátku, neboť jsem velmi citlivý na různé emoce. Navštívil jsem lékaře, který mi napsal 3 kusy antibiotických prášků a za 3 dny jsem byl v pohodě. Myslím si, že pokud se něco s člověkem děje, tak daný ví, co ho trápí či bolí a vyhledává příslušnou pomoc. Samozřejmě jsem měl i několik úletů bez ochrany s tím, že jsem se do dotyčného zakoukal. Asi bych si toto chování přirovnal k mladému věku. V té době taky ale nebyly pohlavní choroby v takovém rozsahu, jako jsou dnes.“ (I 14).

„Dřív jsem byl hroznej, a to jsem věděl, že mi něco hrozí. Je to tak rok a půl zpátky, co jsem byl s jedním týpkem a on si udělal testy na syfla a musel si udělat ten test na něj (HIV), a pak mi volal. No tak to víš, že jsem teda musel jít taky – jakože ne syfl, ale HIV. A z toho jsem vlastně zjistil, že mám HIV. Šel jsem na velký testy, ten rychlotest, to píchnutí do prstu. Jinak rychlotest může být míň z 80%. Lepší je si dělat ten komplexní, ty jsou přesnější.“ (I 16).

Druhé rozšířené rizikové chování je užívání návykových látek. Většina dotazovaných kombinuje návykové látky s promiskuitou či nechráněným sexem. Informant č. 6 užívá pouze návykové látky a informant č. 4 doplňuje tyto látky i alkoholem.

„Alkohol si dám jen tak na párty, ale ve velkém. S drogama je to těžší. Drogy si dávám na párty občas. Občas znamená (pomlka) ... nevím (pomlka) ... jednou týdně, jednou za 14 dní, podle zábavy. Promiskuitní? Ted' už ne.“ (I 6).

„Rizikové chování stylem návštěv tanečních podniků s užíváním alkoholu a občas i drog. Pod vlivem alkoholu a drog člověk může dělat neuvážené věci a občas i hazarduje se svým zdravím, například kombinací alkoholu a drog. Kde? Hlavně v klubech v Praze. Pokud jsem se vyskytoval někde jinde, taky jsem to přeháněl, ale jde spíš jen o Prahu“ (I 4).

Se samotným užíváním alkoholu se potýká jeden informant.

„Tak co se týká alkoholu, to ano, ale to díky práci nad hlavu. Dělal jsem 2 roky u Student Agency, a každý volný den jsem zpucoval láhev vína a někdy i před spaním láhev, ale důležitý je, že jsem se z toho dostal. Co se týká promiskuity, noo, pokud jsem nějak střídal sexuální partnery, tak vždy s ochranou.“ Dále dodává: „Hele hlavně to pít, když je pak člověk pod parou a píše ostatním nesmysly a lituje se, anebo si domlouvá sex, naštěstí jsem pak včas odpadl, než se mohlo stát něco horšího (smích).“ „Tak jako měl jsem doma flašku vína, dopil jí, usnul, vzbudil se a mazal do krámu pro další? Asi tak. Docházelo k tomu naštěstí doma, pokud mimo doma, tak se o mě vždycky kámoši postarali, i když se říká, že se opilcům ni nestane (smích).“ (I 7).

Dalším rizikovým chováním informanti uváděli i psychické problémy pouze samotné, bez dalšího rizikového chování.

„Psychické zhroucení kvůli rozchodu. Celkově jsem z toho všeho, jak mě můj ex nechal, měl nechuť k životu a nenávisť ke světu a všemu. Nevěděl jsem, co mám dělat. Takže asi tak (pomlka) ... Opravdu jsem měl období, kdy jsme na tom nebyl vůbec dobře.“ (I 1).

„Deprese a sociální fobie. To by ti řekla moje psychiatricka (smích). Deprese není nemoc – jednoduše, někteří lidé jsou náchylnější k tomuto. Jestli to je třeba skrz moje vztahy (pomlka), anebo skrz rodinu (pomlka). Já fakt nevím. Vesměs díky špatným vztahům v rodině a mému nevyrovnaném vztahu“ (I 9).

Pouze jeden jediný informant nevedl žádné rizikové chování, které by ohrožovalo jeho samotného, nebo společnost kolem něj.

„Ne, vůbec žádný. Myslím si, že se nechovám rizikově, dávám si vesměs bacha na takové věci.“ (I 13).

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Druhá výzkumná otázka má za úkol zmapovat síť služeb, které gay komunita využívá v prevenci svého rizikového chování.

Tabulka č. 3: Služby využívané gay komunitou

Informant	Psychologické/psychiatrické služby	Testování HIV	Lékař	Svépomoc
I 1	X			
I 2		X		
I 3		X		
I 4		X		
I 5		X	X	
I 6		X		
I 7				X
I 8				X
I 9	X			
I 10		X		
I 11	X	X		
I 12		X		
I 13		X		
I 14	X	X	X	
I 15		X		
I 16		X		

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedené tabulky č. 3 je naprostá převaha služeb na testování viru HIV. V těchto službách se shoduje dvanáct informantů z šestnácti dotazovaných.

„Konkrétně testovací centrum na HIV a AIDS tady v Praze.“ (I 2).

„Testovací centrum na HIV a AIDS.“ (I 3).

„Prevence sexuálně přenosných nemocí – ve smyslu testování na pohlavně přenosný nemocí.“ (I 4).

„Chodím pravidelně na kontrolování na HIV do takovýho střediska, nevím, jak se to jmenuje.“ (I 6).

„Vyhledal jsem poradnu HIV/AIDS, abych se ubezpečil, že jsem se nenakazil žádnou pohlavní chorobou.“ (I 10).

„Tak protože jsem měl strach, tak jsem šel na testy. Jednou za rok totiž Rozkoš bez rizika tady v Budějčích dělá rychlotesty zadarmo pro veřejnost.“ (I 12).

„Byl jsem maximálně na vyšetření na HIV v nemocnici v Budějčích. Na to testování jsem musel jít, protože jsem se bál z nákazy, tak jsem šel prostě z obavy se testovat, protože můj bejvalej dělal hrozný věci, který jsem se dozvěděl až pak.“ (I 13).

„Vyšetření na HIV. To bylo v Praze, ježišmarja, nějaká pobočka, nějaký Berounský na Andělu, nějak kousek odtud. Tady na jihu jsem byl před (pomlka) ... někdy v srpnu nebo v září no. Dejme tomu necelej půl rok zpátky, a to bylo po tom čůrákovi, kvůli kterému jsem se trochu bál po sexu.“ (I 15).

„Šel jsme do Domu světla v Českých Budějovicích.“ (I 16).

Další tři informanti uvedli k vyšetření na HIV navíc i další službu, kterou využívají.

„Kontrola u lékaře, testy na pohlavní nemoci v takových těch zařízeních, kde testujou na HIV.“ (I 5).

„Školní psycholog, který mi teda moc nepomohl. Následně preventivní, možná i trochu ze strachu, centrum na vyšetření na HIV, konkrétně Dům světla.“ (I 11).

„Jak jsem naznačil výše, navštěvuji lékaře jen v případě, že se se mnou něco děje. Pravidelně docházím na krevní testy. Hlídám si po zkušenostech pohlavní choroby. Od 16 do cca 23 let jsem docházel k psychiatrovi, neboť mi zjistili v 16 letech bipolární poruchu. Všechny rozchody jsem snášel vždy velmi složitě a byly velmi náročné. Asi ve dvou případech rozchodu jsem častěji vyhledával alkohol, ale v souhrnu se jednalo spíš o sekundární situace, nebo krátkodobé užívání v nadměrné míře.“ (I 14).

Další dva informanti uvedli, že využívají nebo využili psychologické/psychiatrické služby.

„Psycholog, takže psychologická poradna.“ (I 1).

„Psychologickou a psychiatrickou pomoc.“ (I 9).

Poslední dva informanti uvedli, že nevyhledávají pomoc odborníka, protože si dokáží pomoci sami.

„Neee, vždycky jsme se držel toho, že si musím pomoci sám, ostatní stejně jen naslibujou, ale všechno pak zůstalo vždy na mně.“ (I 7).

„Nene, žádnou prevenci jsem nevyhledával, srovnával jsem se vždy se vším sám, důležité je to, jak to má člověk v hlavě.“ (I 8).

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

Třetí výzkumná otázka má popsat roli sociálního pracovníka ve výše zjištěných službách. Zjištěné informace definuje tabulka č. 4.

Tabulka č. 4: Výskyt sociálního pracovníka sociálních službách

Informant	Ano	Možná	Ne
I 1			X
I 2		X	
I 3		X	
I 4			X
I 5			X
I 6			X
I 7			X
I 8			X
I 9			X
I 10	X		
I 11		X	
I 12	X		
I 13			X
I 14			X
I 15	X		
I 16		X	

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky lze vyčíst, že většina informantů se se sociálním pracovníkem v organizacích pro prevenci jejich rizikového chování vůbec nepotkali.

„Ne. Nebyl tam žádnéj sociální pracovník.“ (I 1).

„Žádného sociálního pracovníka jsem nezaznamenal.“ (I 4).

„Ne, nevyskytoval.“ (I 5).

„Je tam jedna paní, nevím, co je zač. Asi to byla zdravotní sestra. Nikdo jinej tam nebyl.“ (I 6).

„Eh, žádný. Jediný kontakt byl, když jsme nechávali posuzovat schopnost babičky bydlet sama, ale ona to vždycky zkazila, že začala dělat, jak je samostatná a my byli za blbce před nimi a babka pak zase skučela, že nic nezvládá.“ (I 7).

„Žádné pracoviště jsem nenavštívil.“ (I 8).

„Bohužel ne.“ (I 9).

„Určitě ne.“ (I 13).

„Se sociálním pracovníkem jsem pravděpodobně nepřišel nikdy do styku. Spíš lékaři či zdravotní personál.“ (I 14).

Čtyři informanti si nebyli zcela jisti, zda se jednalo o sociálního pracovníka či nezaznamenali funkci pracovníků daného pracoviště.

„Nejsem si úplně jist.“ (I 2, I 3).

„Nevím o něm. Možná ano“ (I 11).

„To já vůbec nevím. Byla tam akorát zdravotní sestra a nějaká vedoucí. Možná tam byl nějaký dobrovolník, já nevím. Po tom jsem nepídil.“ (I 16).

Nicméně dále uvedli roli tohoto pracovníka.

„Pokud ano, tak odběr krve, vyplňování formuláře ohledně rizikového chování a případně sdělování osobně výsledků testů.“ (I 2, I 3).

„Myslím, že tam byl sociální pracovník, nejsme si jistě, zda to nebyla zdravotnice. Vypytávala se mě na základní informace o mně, následně proč jsem toto centrum byl nucen navštívit a následně mi vysvětlovala i prevenci do budoucna.“ (I 11).

„Fakt nevím (smích).“ (I 16).

Pouze tři informanti uvedli, že se v organizacích setkali se sociálním pracovníkem.

„Sociální pracovník se nacházel a jeho úkolem bylo si o daném strachu z pohlavních chorob a jejich přenosu si s klientem promluvit, přiblížit mu problematiku, odpovědět mu na jeho otázky, rozšířit znalosti klienta o rizikovém chování a jeho následcích a v případě zájmu předat na sebe kontakt, propagační materiály s informacemi a kondom.“ (I 10).

„Jo, byla tam sociální pracovnice. Tak ptala se mě na takový ty běžný otázky, proč tam jsem, jestli znám pravidla bezpečného sexu a bavili jsme se okolo, jako co dělám za školu a tak. Její role byla, řekl bych, preventivní a edukační“ (I 12).

„Hele já myslím, že jo. Takovej starej pán. To bylo v takový tý, jak se to tam jmenuje, v tý Český je to myslim? Taková ta pobočka. Asi ten Dům světla. V Český ulici to je stoprocentně. Vedl se mnou rozhovor nějakěj, tenhle ten, prostě evidentně starší pracovník či starší děda, nebo co to měl za funkci, a pak mě poslal vedle k sestřičce. A přiřadil nějakěj šestimístnej kód. Nechápu, co to jakože přesně bylo, ale jakože pod tím kódem je jakože ukrytý, že až budu příště testovanej, tak abych nemusel nahlašovat zase tyhle ty píčoviny. No ptá se jako na tyhle ty věci, jako kolik jsem měl partnerů a na takový ty věci, a pak mě poslal vedle k panimámě sestře (smích).“ (I 15).

Hodnocení výzkumné otázky č. 4

Jelikož se ve výpovědích většině informantů neobjevoval sociální pracovník, musel jsem částečně vyřadit tyto informanty z výzkumné otázky č. 4: Jaká je spokojenost klientů s rolí sociálního pracovníka?

„Ano, byl jsem spokojen.“ (I 2).

„Ano, byl jsem spokojenej.“ (I 3).

„Ano, byl milý a působil empaticky, vyrovnaně, edukovaně a uměl poradit a zodpovědět mé otázky.“ (I 10).

„Ano, byla velice milá a empatická.“ (I 11).

„Ano, nebyla divně vlezlá, ale celkem příjemná a dobře se s ní mluvilo, ale zároveň dokázala ohledně všeho toho říct.“ (I 12).

„Jo, byl jsem spokojenej (smích). Byl to takovej neškodnej děda (smích). Takovej, jako ježiš, k čemu bych ho přirovnal. Mě tak trošku připomínal toho psychiatra, takovýho cynickýho, takovej takový to, jak má takovou tu mluvu a vypadá přitom vtipně u toho (smích).“ (I 15).

Informant č. 16 se k této otázce nevyjádřil.

Pro informanty, kteří se se sociálním pracovníkem nesetkali v organizacích jsem zadával náhradní otázku, která zní: Pokud se v organizaci nenacházel sociální pracovník, popište alespoň, co si myslíte, že sociální pracovník dělá, popř. co byste od něj očekával.

„Pracuje přímo s lidma. Dál si myslím, že se zabývá vyhodnocováním a víceméně funguje do jisté míry jako psycholog.“ (I 1).

„Měl by zjistit okolnosti, při kterých dochází k rizikovému chování a pomoci při identifikaci příčin tohoto chování a jeho eliminaci.“ (I 4).

„Asi kontroluje, jak a kde člověk bydlí, chová se, jak se začleňuje do skupiny, pomáhá mu řešit životní problémy a jeho nesnáze.“ (I 5).

„Tak to nevím. To to (pomlka) ... Vůbec netuším. Asi (pomlka) ... Ne já nevím (pomlka) ... Pomáhá lidem.“ (I 6).

„Vůbec nevím, posuzuje, píše zprávy, bere děti, posílá lidi do ústavu.“ (I 7).

„Pomáhá lidem v tísních. Řeší za ně věci, kterým nerozumí a pomáhá se jim vyrovnávat se složitou životní situací a přiblížit jim, jak situaci řešit.“ (I 8).

„Sociální pracovník pomáhá rodinám, jednotlivcům, komunitám či skupinám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění, a také pomáhá vytvářet pro jejich uplatnění vhodné společenské podmínky.“ (I 9).

„Bere děti (smích). Poskytuje služby jako já nevím, jak to říct, já vím, jak to myslím, ale nevím, jak to vyjádřit. Prostě pro lidi.“ (I 13).

„Sociální pracovník se domnívám nenacházel na místech, které jsem navštívil. Ale myslím si, že jsou tito lidé potřební v různých institucích pomáhající sociálně slabším, např. bezdomovcům, narkomanům, gayům, lidem v krizových situacích atp. V dnešním světě internetu si každý může vyhledat pomoc, či podporu k nápravě svého žití. Je mnoho lidí, kteří potřebují pomoc a odbornou pomoc i podporu. Domnívám se, že sociální pracovník zprostředkovává individuální potřebnou pomoc člověku v tísní či nouzi. Pomáhá slabším jak v podobě materiální, tak psychické.“ (I 14).

Pro vyhodnocení dílčí otázky je nutné definovat samotnou spokojenost. Podle Nového a Jörga (2006) je spokojenost individuální záležitostí každého jedince, a hlavně především jeho emoční spokojenost. Spokojenost je tedy určitý pozitivní pocit, kterého lze dosáhnout hodnocením a srovnáváním určité situace. Základním axiomem spokojenosti je tedy, co klient od toho očekával, a co mu bylo ve skutečnosti poskytnuto.

Informantům, kteří se setkali se sociálním pracovníkem, příp. informantům, kteří si myslí, že se setkali se sociální pracovníkem byla položena následující otázka: „Na jaké škále od č. 1 (zcela nespokojen) do č. 5 (zcela spokojen) hodnotíte tuto spokojenost?

Tabulka č. 5: Spokojenost klientů se sociálním pracovníkem

Informant	Zcela nespokojen	Nespokojen	Ani spokojen/Ani nespokojen	Spokojen	Zcela spokojen
I 2					X
I 3					X
I 10					X
I 11					X
I 12					X
I 15					X
I 16					X

Zdroj: vlastní výzkum

„Byl jsem zcela spokojen.“ (I 2).

„Řekl bych, že zcela spokojen.“ (I 3).

„Jak říkám, byl jsem spokojený, takže číslo pět.“ (I 10).

„Zcela spokojen.“ (I 11).

„Nevim, dal bych jí klidně pětku.“ (I 12).

„To se známkuje opačně, než na škole jo (smích)? No tak bych dal bohužel pětku (smích).“ (I 15).

„Nevim. Kdybych měl teda hodnotit toho dobrovolníka, či co to bylo, tak asi velmi dobře (zcela spokojen). Vysvětlil mi prostě všechno.“ (I 16).

5. DISKUZE

Před samotným začátkem jsem si pro svůj výzkum vybral svůj rodný Jihočeský kraj a hlavní město Prahu. Z každé oblasti se zkoumalo 8 informantů, kde následně došlo k vysycení dat, respektive následní informanti už opakovali předchozí výpovědi. Posouzení těchto dvou celků mělo prokázat, že ve větších městech se vyskytuje mnohem více druhů rizikového chování, než-li na jiných místech v ČR, konkrétně Jihočeský kraj. Jak uvádí Fischer a Škoda (2014), rizikové chování je jakékoliv porušování společenských norem, které jsou pro danou společnost škodlivé. Takové chování se projevuje opakovatelností a hromadností, tj. ve větších skupinách. Takové skupiny se nejvíce sdružují ve větších městech a pro taková města je snazší i budoucí delikventní chování. Delikventní chování je pak na takových místech podporováno i velkou různorodostí města a zvýšenou anonymitou jedinců. Nicméně, dle výsledků je vidět, že druhy rizikové chování jsou všude stejné. Nikde nebude převyšovat určitý druh rizikového chování. Myslím si, že v hlavním městě se s rizikovým chováním setkávají lidé mnohem častěji, než-li na jiných místech, což je ale zapříčiněno i vysokou populační složkou na jednom místě.

V polostrukturovaném rozhovoru byly obsaženy otázky: „Jak jste se vyrovnával s Vaší orientací?“, „Přijal jste svou orientaci?“ a „Přijalo okolí Vaši orientaci?“, přičemž cílem těchto otázek bylo zjistit, zda nějakým způsobem koreluje negativní zážitky s přijetím se svou orientací k rizikovému chování. Podle diplomové práce Dědičové (2017), která se zabývala výzkumem coming outem ve vztahu k užíváním návykových látek, je patrné, že opravdu nízké procento respondentů uvedlo, že propadli rizikovému chování díky negativnímu zážitku s coming outem. Tímto tématem se zabývala i diplomová práce Richarda Huberta (2015), kde z výsledků vyplývá, že se každý dotazovaný homosexuál někdy choval či se stále chová rizikově. Ovšem Hubert dodává, že o extrémním rizikovém chování se nedá mluvit. Nejčastěji dominovala odpověď záškoláctví. Našly se také výjimky, kde šlo o užívání tvrdých návykových látek. Dále jako časté rizikové chování informanti uváděli zneužívání návykových látek a sexuální rizikové chování. Časté sexuální rizikové chování a zneužívání návykových látek vyplynulo i z výzkumu této

práce. Konečný výsledek se shoduje s výsledkem diplomové práce Dědičové, kdy se osoby s homosexuální orientací potýkají s rizikovým chováním stejně, jako u heterosexuálních jedinců. Není tedy žádná souvislost mezi sexuální orientací jedinců a jejich rizikovým chováním.

Cíle této práce jsou tři: „Zjistit nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity.“, „Zjistit služby, které gay komunita využívá v prevenci rizikového chování“ a „Popsat spokojenost klienta s rolí sociálního pracovníka a jeho úlohu v těchto službách.“. Na uvedené cíle jsem stanovil následující výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla: „Jaké jsou nejčastější riziková chování u gay komunity?“. Jak se již odkazují v teoretické části, bylo vybráno rizikové chování, které si myslím, že dle mého názoru by se mohlo ve výzkumné části objevovat nejvíce. Nejvíce se objevuje sexuální rizikové chování, které potvrzuje i výzkum výše uvedeného Richarda Huberta. Dalším rizikovým chováním je užívání návykových látek, kdy informanti uváděli, že nejvíce se jedná o jednorázové MDMA, tzv. „taneční drogy“, které kombinují s alkoholem, který obsadil třetí místo v rizikovém chování. Očekávalo se, že ve výsledku bude v předních příčkách nejčastějšího rizikového objevovat i suicidální sklony. Protože podle mnoha studií a publikací se odkazuje na takové téma. Zvěřina (2003) tvrdí, že u homosexuálních osob se vyskytuje více pokusů o sebevražedné sklony, než-li u heterosexuálních jedinců. Žádný z výše uvedených informantů nevedl, že by měl problém se suicidálními sklony. Další rizikové chování informanti uváděli nadměrné užívání alkoholu – konkrétně 4 jedinci. Nadměrné užívání alkoholu uváděli převážně informanti z Prahy. V Jihočeském kraji se vyjádřil k nadměrnému užívání alkoholu jeden informant: „... *trochu i víc piju (smích)*“. Mezi další rizikové problémy uvedli 2 informanti diagnostikované psychické problémy. Za tyto problémy dle jejich názoru mohou osobní potíže, nikoli jejich sexuální orientace. Jeden informant uvedl, že na základní a střední škole se objevovali prvky šikany ohledně jeho sexuální orientace. Následně uvedl, že s tímto problémem zašel za školním psychologem, který mu v podstatě vůbec nepomohl. Myslím si, že v takovém případě může hrozit riziko, že se jedinec začne chovat rizikově, tj. záškoláctví, začátek zneužívání návykových látek apod. Knotová (2014) nicméně uvádí, že počet školních psychologů ve školských zařízeních stále přibývá a jsou velmi vítanou posilou pro školní poradenské pracoviště. Dále uvádí,

že úroveň školních psychologů je různá a může se lišit svými osobnostními a odbornými kompetencemi.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jaké služby využívá gay komunita v prevenci rizikového chování?“. Z výzkumu vychází, že nejvíce jsou využívány služby na testování viru HIV. Takový výsledek je velice pozitivní, protože většina informantů uvedla, že se chovají sexuálně rizikově. V rámci takového chování často dochází k přenosu viru HIV, a právě v této komunitě se tento virus vyskytuje a přenáší nejvíce. Podle statistiky Státního zdravotnického ústavu z prosince roku 2018 vyplývá, že v České republice se vyskytuje 3 368 HIV pozitivních osob. Z celkového počtu HIV pozitivních osob je infikováno 468 žen a 2 900 mužů. Nejvíce HIV pozitivních je homosexuální orientace. Státní zdravotnický úřad (2019) uvádí ve své tiskové zprávě: „*Vysoký podíl homosexuálního přenosu je dlouhodobě dominantním rysem výskytu HIV infekce v ČR.*“. Druhý nejčastější přenos zajišťují injekční uživatelé drog. Další využívanou službou vyšlo dle tohoto výzkumu psychologické/psychiatrické služby. Podle výzkumu Benešové (2010) by homosexuálové nejvíce uvítali poradenské služby. Zdravotnické služby už méně. Usuzuji, že osoby s homosexuální orientací potřebují poradny určené speciálně na jejich problematiku – coming out, diskriminace ve škole/pracovištích, rizika vzniku HIV atd. Takové poradny v České republice neexistují. Homosexuální menšina je odkázána na všeobecné poradny, které řeší problémy v příliš široké škále, než je třeba anebo musí navštívit mnoho různých poradců specializovaných na určitou problematiku. Zdravotnické služby nejsou tolik žádané, protože v každém krajském městě se nachází určité zařízení, které se věnuje na testování HIV. Pokud taková služba není, vyšetřuje se HIV v nemocnicích na infekčních odděleních. Třetí službou využívanou dotazovanými informanty je všeobecný lékař. Pouze dva dotazovaní informanti uvedli, že nenavštěvují žádné zařízení, ani nevyužívají žádných služeb. Své problémy si řeší tzv. „svěpomocí“.

Třetí výzkumná otázka zněla: „Jaká je role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování?“. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 3 informanti se setkali ve službách určených pro jejich rizikové chování se sociálním pracovníkem. Čtyři informanti uvedli, že si nejsou zcela jisti, zda se jednalo o sociálního pracovníka. Zbylých devět informantů uvedlo, že se sociální pracovník v zařízeních či službách nenacházel. Ve výsledcích je možnost vidět, že se odpovědi jednotlivých informantů liší. Někdo popisuje zdravotnický

personál, jiní zase poradce pro tuto problematiku. Je zcela možné, že homosexuální osoby neprojevují zájem o funkci pracovníků, ale spíše o množství informací, které jim je poskytováno od takového personálu. Skrytou úlohu zde může hrát i anonymita a ostych v těchto zařízeních a službách. Na popud těchto výsledků jsem se rozhodl zjistit personální obsazení a role tohoto personálu ve službách na testování HIV v Jihočeském kraji, konkrétně ve městě České Budějovice.

Prvním všeobecným zařízením je HIV centrum při infekčním oddělení nemocnice České Budějovice. V takovém zařízení je nutno předem si stanovit termín odběru po telefonické domluvě. V Nemocnici pracuje pouze zdravotnický personál, tj. doktor a zdravotní sestry. Sociální pracovník se na tomto oddělení nenachází. Testování je zpoplatněno částkou 400 Kč, a proto není tato služba hojně navštěvována, jako v jiných organizacích. Další nabízenou službou je i poradenství, které je možné využít každý pátek. Tuto poradenskou činnost provádí také zdravotník.

Druhou službou v Českých Budějovicích na vyšetření pohlavních chorob provádí Rozkoš bez rizika (dále jen R-R). Po telefonické domluvě se sociální pracovníci mi bylo sděleno, že se zaměřují na osoby pracující v sexbyznysu. Testování na HIV veřejností je spíše odkazováno na Dům světla v Českých Budějovicích, který má sídlo hned vedle R-R. Nicméně v této službě se sociální pracovník vyskytuje a poskytuje poradenství v oblasti sociálně-právní, psychosociální, finanční a protidluhové, pracovní, právní a dále i krizovou intervenci a terapii. Bližší testování pro veřejnost poskytují další činnosti R-R – testování na HIV a poradenství. Dále poskytují i přednášky a besedy související s placeným sexem a tématem bezpečného sexu (Rozkoš bez rizika, 2019).

Třetí službou poskytující HIV testování na území Českých Budějovicích se nazývá Dům světla, oficiálním názvem Česká společnost AIDS pomoc. Tuto službu jsem sám navštívil, respektive nechal se testovat, abych zjistil proces, kterým si musí projít každý klient. Testování je anonymní, tudíž se dostává pouze číselný kód, na který se za týden dostanou výsledky. Je možnost i rychlotestu, ale ten je méně spolehlivý a placený částkou 300 Kč. První kontakt zajistí poradce, který se zeptá, zda byl vyhotoven dotazník předem online přes webové stránky. Pokud ne, pomůže ho vyhotovit s klientem a následně poučí o všem, co bylo vyplněno, a jak se chránit před takovými jevy. Na konci dotazníku vyjde

výsledek, na jaké druhy onemocnění je doporučeno se nechat testovat. Následně mě obeznámil, že pro výsledky lze přijít za týden. Dále je klient představen zdravotní sestře, která odebírá krev, popř. sděluje rychlotesty např. na syfilis či hepatitidu typu C. Při rozhovoru s poradcem jsem zjistil, že sociální pracovník v této organizaci se vyskytuje pouze v Praze v azylovém domě pro osoby s onemocněním AIDS, nikoli zde. Podle webových stránek České společnosti AIDS pomoc (© 2018) sociální pracovník v azylovém domě pomáhá a podporuje HIV pozitivní osoby, které se ocitly v nepříznivé životní a sociální situaci. Pomáhá klientům v hledání bydlení, zajištění zaměstnání a finančního příjmu. Sociální pracovník v této službě podporuje nezávislost a posiluje motivaci klientům k návratu do plnohodnotného života a uchování návyků, které jsou důležité pro fungování ve společnosti.

V porovnání s Prahou je to odlišné. Praha nabízí nespočet služeb na testování HIV a služeb poskytující prevenci vůči tomuto virovému onemocnění. Fungují zde stejné organizace jako v Českých Budějovicích. Do organizací sídlících v Praze patří např. Nemocnice na Bulovce, Státní zdravotnický ústav, sexuologický ústav VFN, dokonce i nezisková organizace SEZANIM, z. ú, která ale tyto služby nabízí pouze drogově závislým osobám. Řekl bych, že z důvodu stále zvětšující se prevalence nakažených osob je důležité v Praze stále rozvíjet tyto služby prevence.

V polostrukturovaném rozhovoru se objevovala náhradní otázka pro informanty, kteří se nepotkali se sociálním pracovníkem, a to: „Pokud se v organizaci nenacházel sociální pracovník, popište alespoň, co si myslíte, že sociální pracovník dělá, popř. co byste od něj očekával?“ Odpovědi od informantů byly zcela odlišné. I když informanti nepotkali v organizacích sociálního pracovníka, jejich odpovědi ve většině případů, společně tvoří profesionální popis pracovní funkce sociálního pracovníka.

Čtvrtá a poslední výzkumná otázka zněla: „Jaká je spokojenost klientů s rolí sociálního pracovníka? I když z výsledků je patrné, že je malé procento zastoupení sociálních pracovníků ve službách zajišťující pomoc v rizikovém chování, tak informanti velice kladně hodnotili pracovníky, ať už sociální pracovníky, různé poradce, tak i zdravotnický personál. Pro informanty je tedy podle mého názoru vidět, že styl a množství podaných

informační o jejich problému jsou mnohdy důležitější než samotná funkce osoby, která jim tyto informace sděluje.

Dále jsem zkoumal prevenci rizikového chování a následného řešení. První rizikové chování důležité pro homosexuální menšinu jsem zkoumal suicidální sklony. Ačkoli mi ve výsledcích nikdo z informantů toto chování nepotvrdil, nadále si myslím, že se takové sklony v této menšině značně vyskytují. Podle Fischera a Škody (2014) primární prevenci u osob se suicidálními sklony vytváří preventivní programy pro děti a mládež. Sekundární prevenci představuje včasné zachycení osob se suicidními sklony a zahájení jejich léčby. Terciální prevence už jen zmírňuje následky takového chování. Veselý (2011) uvádí, že dále existují linky důvěry, které fungují 24 hodin denně. Jejich úkolem je navázat s klientem pocit důvěry, vyslechnout jeho problém a projevit pochopení. U klienta se suicidálními sklony je velice důležitá ochota vyslechnout, projevit zájem, a hlavně nenechat ho v této situaci samotného.

Ve výsledcích této práce se objevil jeden případ šikany ve školském zařízení. Jak už uvádím v teoretické části, musím plně souhlasit s Kajanovou (2014), která uvádí, že v případě šikany je ihned zapotřebí zahájit intervenci, tzn. okamžitě informovat pedagogy. Škola by neměla samotná tuto situaci řešit sama. Následně zamezit křivé výpovědi pachatele, popř. zavolat policii ČR. Pro agresora či agresory je prevence následovná. Jako forma prevence zde může účinkovat ovlivňování veřejnosti, a to především formou různých preventivních programů. Velkou roli můžou hrát i média, které snadno změní postoj veřejnosti, ale také i různá institucionální zařízení, jako je škola, úřady apod. Další důležitost roli v prevenci může zahrát i společenská autorita, kterou budou ostatní napodobovat (Fischer, Škoda, 2014). Martínek (2015) uvádí, že na agresora je účinné pochopení jeho pocitů, sounáležitost s jeho rozzlobením. Nedoporučuje, aby se člověk nechal sám vyprovokovat a stal se také agresivním.

Druhé nejčastěji vyskytující se rizikové chování u gay komunity vyšlo dle výsledků této práce zneužívání návykových látek. S tímto tématem jsem se musel obrátit na odbornou literaturu, protože si myslím, že postup prevence u lidí závislých na návykových látkách bude vesměs podobný, možná i stejný. Primární prevence podle Frouze a Moldana (2015) spočívá především v preventivních programech, kdy je největší snaha o to, aby jedinec

předešel jakémukoliv kontaktu s návykovou látkou. Prevence by měla nastat v předškolním věku nebo nejpozději na základní škole. Sekundární prevence je dle Machové a Kubátové (2015) zaměřena na jedince, kteří už mají zkušenosti s návykovými látkami, ale ještě nenastali značně velké problémy. Prevence se uskutečňuje za pomoci protidrogového poradenství, peer programů a pozitivních vzorů. Nejznámější protidrogové školní přednášky uskutečňuje projekt „Fit in“ a „Kouření a já“. Následně Frouz a Moldan (2015) vysvětlují, že terciální prevence je spojena s jedinci, kteří už mají velké problémy s užíváním návykových látek. Pro prevenci, která má zmírnit drogové následky jsou zhotovena např. nízkoprahová centra a další aktivity, která mají zmírnit závislost drogově závislých.

Nejčastější rizikové chování u gay komunity dominuje rizikové sexuální chování. Důsledkem takového chování může být řada pohlavních onemocnění, kde nejzávažnější pohlavní onemocnění je virus HIV. Jak je již uvedeno výše, dle statistických závěrů Státního zdravotnického ústavu (2019) je incidence přenosu viru HIV stále na vzestupu. Dle mého názoru existuje plno preventivních programů. S takovými programy se setkávají už žáci na základních školách, jedná se o tzv. peer programy, kde o trochu starší vrstevníci předávají formou diskuze zkušenosti a rady. Dále v posledních letech jsou čím dál více oblíbenější terénní preventivní služby. Příkladem takové prevence je anonymní testování na HIV, kterou pořádá R – R. Princip je takový, že přijede sanitní vůz na frekventované místo a kolemjdoucí se mohou anonymně a zdarma otestovat na virus HIV přímo na místě. Prevenci ohledně bezpečného sexu a ochraně před virem HIV je opravdu mnoho. V posledních letech je vysoký trend využívání sociálních sítí pro takovou prevenci. Myslím si, že využívání sociálních sítí k prevenci rizikového sexuálního chování je vysoce účinné a dotkne se i naprostého laika. Jedná se v hlavních případech o nejznámější sociální portály jako je Facebook, Instagram a Youtube, kde se objevuje plno informativních článků o této problematice, a dále jsou uskutečňovány výzvy k otestování se právě na tento virus, popř. odkazuje na odborné stránky jednotlivých preventivních středisek. Za důležitou formu prevence na internetu ohledně přenosu viru HIV lze vidět i na seznamovacích portálech pro homosexuály, kde vychází statistiky přenosu HIV každý měsíc a vždy se objevuje pod takovými statistikami dlouhá diskuze od samotných homosexuálních mužů. Dle mého úsudku, každý člověk je obeznámen se

základními pravidly bezpečného sexu právě i z výše uvedených preventivních programů a dalších nezmněných. Proto je stále těžké uvěřit tomu, že tento virus se nadále intenzivně přenáší dále. Kritickým místem se stávají velká a hlavní města po celém světě. V České republice je kritický ohrožena Praha, kde se nachází převážně velká většina nakažených osob. Dle mého dojmu si myslím, že k takovému chování dochází k velké koncentraci homosexuálních mužů na jednom místě s větší mírou anonymity a větším počtem cizinců, přijíždějících do Prahy. Dále se ukazuje problém v tom, že homosexuální muži přijíždějí do Prahy z celé ČR, kde se nakazí tímto virem a následně odjíždějí zpátky do svého bydliště. Někteří jedinci bohužel tento fakt ignorují a na testování na virus HIV nedochází či ho zcela ignorují a začínají přenášet tento virus i po okolí svého bydliště, tedy i mimo Prahu. Proč se tento virus stále více přenáší i přes nespočet preventivních programů a různých informativních aktivitách? Bohužel musím říci, že v této komunitě existuje řada jedinců, kteří se chovali, chovají a budou chovat stále rizikově a nezodpovědně jak k sobě samému, tak i k ostatním jedincům. V současné době je vědomý a úmyslný přenos viru HIV zákonem trestán. Veliký problém vidím v tom, že čerstvě nakažený homosexuální muž neohlásí tuto skutečnost na policii, a tak viník může nadále chodit po světě a nakazit další osoby. Řekl bych, že tento postih není příliš autoritativní. Je třeba dostat tento postih zákonem více do povědomí společnosti, aby se postižení tímto virem neobraceli zády k problému a zastavili další šíření viru pachatelem. S tímto problémem můžou opět pomáhat různé organizace na tento problém zaměřené, např. Česká společnost AIDS pomoc, kde pro takový případ zde fungují právní služby.

Jako třetí nejčastější rizikové chování dle výzkumu vychází diagnostikované psychické problémy. Takový problém u této menšiny nezmiňuje zcela žádná literatura. Myslím si, že psychické problémy jsou často v prvotní řadě před následnými sociálně patologickými jevy, kterého se gay komunita dopouští. První psychické zatížení přichází u každého homosexuálního muže již v době svého dospívání. Je to proces, který se projevuje sebezpozáním a následným sebezpřijetím své osobnosti. Dále může jedinec pokračovat oznámením své skutečné sexuální orientace okolí – přátelé a rodina. Celý tento proces se odborně nazývá coming out. Většina homosexuálních jedinců si coming outem projde v období dospívání. Někteří si svou sexuální orientaci připouští v pozdějším věku a někteří si ji nepřipustí nikdy. Nicméně v každém věku je to obrovský psychický nátlak

na jedince, který už má potřebu vyjít s pravdou ven. Prvotně se jedinec, ve většině případů, vždy svěří svému nejbližšímu kamarádovi. Pokud to kamarád přijme pozitivně, následuje pak přiznání v rodině. Přiznání před rodinou je vždy nejtěžší záležitostí, a každý jedinec má odlišnou časovou lhůtu, než se opravdu dokáže vyjádřit. Následné výsledky přijetí jsou různé. Jsou rodiny, které takové sdělení přijmou velmi pozitivně, ale naopak jsou rodiny, které se s tím nikdy nesmíří, dokonce i jedince od sebe izolují. V nejhorších případech rodinného přijetí může jedinec propadnout rizikovému chování – mužská prostituce, bezdomovectví, užívání návykových látek, suicidální sklony atd. Musím zmínit i odlišný způsob přijetí rodinou. Takový případ je zvláštní v tom, že rodina přiznání zčásti přijme, ale nikoliv pozitivně. V takových případech jedincův psychický nátlak neustoupí, ale nakonec to přenáší i na rodinu – rodiče. Samotní rodiče si pak v takové situaci nemusí být vědomi, jak se vůbec mají chovat ke svému dítěti. Mohou se nacházet v obrovském zmatku, dokonce se i za takovou situaci obviňovat. Můžeme za to my? Proč se to stalo vůbec nám? Dá se to ještě změnit? Zachovali jsme se správně? Spousta rodičů řeší i otázky spojené s vnoučaty. Není tedy správné mluvit o coming outu tak, že psychický nátlak prožívá pouze homosexuální jedinec, nýbrž se to dále přenáší i na samotnou rodinu. Rodina se v takové situaci bohužel může obrátit pouze na laickou pomoc, protože neexistují žádné specializované odborné poradny na téma coming out v rodině. Kam tedy můžeme odkazat rodiny, které si neví rady?

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma: „Role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování u gay komunity“ jsem se snažil zjistit, jaká riziková chování se nejčastěji vyskytují v dané minoritě. Další cíl měl za úkol zmapovat služby, které gay komunita využívá v prevenci svého rizikového chování. Posledním cílem bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka a spokojenost klientů s těmito službami. Následně byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, na které jsem se snažil odpovědět pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 16 homosexuálně orientovanými muži. Pro porovnání bylo vybráno 8 mužů z Jihočeského kraje a 8 mužů z hlavního města Prahy.

Na otázku: „Jaké jsou nejčastěji vyskytující se riziková chování u gay komunity?“ se vybraní informanti shodují v tom, že nejčastější rizikové chování u gay komunity je rizikové sexuální chování. Další uvedené rizikové chování je zneužívání návykových látek. Ve většině případů se jedná o „taneční drogy“ tzv. MDMA, smíchané spolu s alkoholem. Objevuje se ve výzkumu i diagnostikované psychické poruchy, nadměrné užívání alkoholu a prvky šikany.

Druhá výzkumná otázka zní: „Jaké služby využívá gay komunita v prevenci rizikového chování?“. Ve výsledcích vychází, že naprostá většina informantů navštěvuje služby na testování viru HIV. Je potěšující, že gay komunita využívá hojně tyto služby, protože jak je již uvedeno výše, HIV je rozhodně záležitostí homosexuální menšiny. Další navštěvovanou službou informanti uvádějí psychologické/psychiatrické služby, konkrétně 4 muži, a tím tato služba zaujímá druhé nejčastěji navštěvované místo. Někteří informanti uvádějí i návštěvu všeobecného lékaře, dokonce i svépomoc.

Třetí výzkumnou otázku: „Jaká je role sociálního pracovníka v prevenci rizikového chování?“ bylo těžké naplnit, protože pouze tři informanti plně zodpověděli, že se setkali ve službách se sociálním pracovníkem. Čtyři informanti si nebyli plně vědomi, zda se jednalo o sociálního pracovníka. Většina, konkrétně devět informantů, zodpovědělo, že se sociální pracovník v těchto službách nenacházel. Z výpovědí informantů nebylo zcela patrné posoudit, zdali se jednalo o sociálního pracovníka. Proto jsem se začal více zajímat

o roli takového pracovníka sám a zkontaktoval se se třemi organizacemi, které poskytují služby testování na HIV v Českých Budějovicích, jako službu, která z výzkumu vyplynula jako nejnavštěvovanější homosexuální komunitou. Mezi služby, které poskytují testování na HIV se řadí HIV centrum při infekčním oddělení v krajské nemocnici České Budějovice, Rozkoš bez rizika a Česká společnost AIDS pomoc. V krajské nemocnici v Českých Budějovicích pracuje pouze zdravotnický personál. V Rozkoši bez rizika sice najdeme sociálního pracovníka, ale věnuje se především osobám pracujícím v sex byznysu a veřejnost odkazují spíše na Českou společnost AIDS pomoc, která má sídlo hned vedle Rozkoše bez rizika. Testování probíhá pouze jako program několikrát do roka. Sociální pracovník zde vykonává poradenskou činnost. Poslední organizací, kterou jsem zkoušel „na vlastní kůži“ byla Česká společnost AIDS pomoc, kde se sociální pracovník nenacházel. Je zde zdravotní sestra a poradce. Sociální pracovník se nachází pouze v Praze v Azylovém domě pro klienty s onemocněním AIDS, kde poskytuje poradenství ohledně bydlení, zaměstnanosti a financí.

Čtvrtou výzkumnou otázku: „Jaká je spokojenost klientů s rolí sociálního pracovníka?“ bylo opět složité naplnit. Nelze přesně říci, že informanti uváděli roli sociálního pracovníka, ale spíše kumulaci zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a různých poradců. Nicméně všichni ohodnotili tyto pracovníky velice pozitivně. Lze tedy polemizovat nad tím, že pro informanty je důležitější styl a množství informací, než-li pracovní pozice pracovníka, který tyto informace poskytuje.

Závěrem své práce bych rád poznamenal své náměty a doporučení. Prvním doporučením, které jsem shledal důležité, je zvýšení povědomí veřejnosti o trestních sankcích ve vztahu k přenosu pohlavních chorob, konkrétněji k dané zkoumané skupině viru HIV. Myslím si, že preventivních programů je až přespříliš, ale prevalence stále stoupá. Proto mám za to, že primární prevence jako taková už není plně zcela účinná a je důležité apelovat na veřejnost, že takové chování je trestné a zavrženíhodné. Pokud to půjde dále tímto způsobem, nezodpovědní jedinci budou dále přenášet virus na další jedince, protože si myslím, že jim chybí nějaká forma strachu, která by je konečně donutila k testování se na virus HIV a následné užívání zásad bezpečného sexu. Mým námětem pro zařízení a samotný zákon je ten, že v České republice absentují odborné poradenské služby pro rodiny, které si právě prochází procesem coming out. Existují rodiny, které se s tímto

tématem za svůj život nikdy nesetkaly, a právě se nachází v situaci, kdy si neví rady, co dál. Neví, jak se mají chovat ke svému dítěti, jak se se vším vnitřně vyrovnat a najít odpovědi na své dosavadní otázky. Proto bych doporučoval začlenění tématu coming out do odborného poradenství.

Výsledky výzkumu mohou být použity v praxi, případně být prezentovány v odborné literatuře. Přínosem může být informovanost pro zařízení zaměřené na prevenci rizikového chování. Dále informovanost pro všechny osoby, kteří se zaobírají podobnou tématikou.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTÍK, P., MIOVSKÝ, M., c2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
2. BEDNÁŘ, V., 2016. *Jak vyjít se svým šéfem*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5564-9.
3. BENEŠOVÁ, V., 2010. *Možnosti soužití homosexuálních párů v zemích Evropské unie*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 280 s. Disertační práce.
4. BĚLÍK, V., HOFERKOVÁ, S., KRAUS, B., 2017. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada. Pedagogika. 120 s. ISBN 978-80-271-0599-1.
5. ČERNÁ, A., 2013. *Kyberšikana: průvodce novým fenoménem*. Praha: Grada. Psyché. 152 s. ISBN 978-80-247-4577-0.
6. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, © 2018. *Dům světla* [online]. Praha [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <https://www.aids-pomoc.cz/dum-svetla.html?fbclid=IwAR10BIEZmJVmEO9q-P5nYEVPotFO2CtHSCcr0uYeGtJ0wlyAE9wzytTn1s>.
7. ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC, © 2018. *Dům světla* [online]. Praha [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.aids-pomoc.cz/dum-svetla.html>
8. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra. 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
9. CLINE, A., 2016. *Social Working the LGBT Child* [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <https://www.socialworkhelper.com/2016/10/25/social-working-lgbt-child/?fbclid=IwAR2opXYXZGQZ9ihYUaiwbFfLmS1fhgMbr39-Jb2N12oIESCvHGcKyRP0TV4>.
10. DĚDIČOVÁ, B., 2017. *Coming out a užívání návykových látek*. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. 99 s. Diplomová práce
11. DOLEJŠ, M., OREL, M., 2017. *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. 107 s. ISBN 978-80-244-5252-4.
12. DYE, J., 2009. The Lowdown on Marijuana. *Listen* [Databáze]. 63(2), 10-11, ISSN 0024435X. Dostupné z:

<https://search.proquest.com/docview/230522138/fulltext/78CE8ECB552A4E5CPQ/1?accountid=9646>.

13. KOLEKTIV AUTORŮ, 2017. *Děti a jejich sexualita: rádce pro rodiče a pedagogy*. V Brně: CPress. 208 s. ISBN 978-80-264-0290-9.
14. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
15. FROUZ, J., MOLDAN, B., ed., 2015. *Příležitosti a výzvy environmentálního výzkumu*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 312 s. ISBN 978-80-246-2667-3.
16. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. Pedagogika. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
17. HRADECKÁ, V., HRADECKÝ, I., 1996. *Bezdomovectví - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje. 88 s. ISBN 80-902292-0-4.
18. HUBERT, R., 2015. *Rizikové chování spojené s vnějším coming outem*. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. 95 s. Diplomová práce
19. IN IUSTITIA, © 2018. *Potřebuji pomoc - poradna Justýna* [online]. Brno [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: http://www.in-ius.cz/potrebuji-pomoc-poradna-justyna/?fbclid=IwAR3saGk_P1YbqTdZC5Ai8DUedmItmTUbMW9mmEU-g_AzI2-dCMQMpi4GfyQ.
20. JANDOUREK, J., 2008. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada. Sociologie. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
21. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
22. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
23. KAJANOVÁ, A., 2014. *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 88 s. ISBN 978-80-7394-449-0.
24. KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., STRÁNSKÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.

25. KNOTOVÁ, D., 2014. *Školní poradenství*. Praha: Grada, Pedagogika. 264 s. ISBN 978-80-247-4502-2.
26. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
27. KOŽÍŠEK, M., PÍSECKÝ, V., 2016. *Bezpečně n@ internetu: průvodce chováním ve světě online*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5595-3.
28. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
29. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
30. LUNTZ, S., 2010. The Price of Promiscuity. *Australasian Scilence* [Databáze]. 31(8), 1, ISSN 1442679X. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/762317967/5BFFC12A14F14727PQ/1?accountid=9646>.
31. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
32. MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L., 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-262-0090-1.
33. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. Pedagogika. 192 s. ISBN 978-80-247-5309-6.
34. MATOUŠEK, O., 2012. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.
35. MATOUŠKOVÁ, I., 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. Psyché. 296 s. ISBN 978-80-247-4580-0.
36. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
37. MODRÁ LINKA, © 2018. *Linka důvěry* [online]. Brno [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: <http://www.modralinka.cz/?page=ld&fbclid=IwAR0a2tN1POdopV5GGrWpmf0Ll1FL0FYy9qQBRzqShNW9PDrmmmeJwj9n1P6E>.
38. MURRIA, A., 2018. Homelessness: A Public Health Problem. *Access: the Newsmagazine of the American Dental Hygienists Association* [Databáze]. 32(3), 13-

- 14,19, ISSN 10500758. Dostupné z:
<https://search.proquest.com/docview/2114588823/CEDDE786B2FA4048PQ/1?accountid=9646>.
39. NOVÁK, T., 2010. *Sám sobě psychologem 2*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. 187 s. ISBN 978-80-247-2956-5.
40. NOVÝ, I., JÖRG, P., 2006. *(NE)spokojený zákazník – náš cíl?!: Jak získat zákazníka špičkovými službami*. Praha: Grada. Manažer. 160 s. ISBN 8024713217.
41. OSIF, B. A., 2010. Workplace Bullying. *Library Leadership and Management (Online)* [Databáze]. 24(4), 206-212, E-ISSN 1945-886X. Dostupné z:
<https://search.proquest.com/docview/757816730/A909DB93FB314814PQ/3?accountid=9646>.
42. PASTOR, Z., 2007. *Sexualita ženy*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
43. PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.
44. PROCHÁZKA, M., 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada. Pedagogika. 208 s. ISBN 978-80-247-3470-5.
45. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
46. ROSARIO, V., 2012. Is Sexual Orientation Research Biased? *The Gay and Lesbian Review Worldwide* [Databáze]. 19(4), 24-26, ISSN 15321118. Dostupné z:
<https://search.proquest.com/docview/1024670004/2742BEC3408143A2PQ/1?accountid=9646>.
47. Rozkoš bez rizika, 2019. *Co nabízíme?* [online]. [cit. 2019-03-17]. Dostupné z:
<https://rozkosbezrizika.cz/co-nabizime/>
48. ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ P., 2010. *Jak na šikanu*. Praha: Grada. Pro rodiče. 155 s. ISBN 978-80-247-2991-6.
49. SEIDL, J., 2012. *Od žaláře k oltáři: emancipace homosexuality v českých zemích od roku 1867 do současnosti*. Brno: Host. 584 s. ISBN 978-80-7294-585-6.
50. SOBOTKOVÁ, V., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4042-3.
51. SOCIAL WORK DEGREE GUIDE, © 2018. *5 Social Work Jobs Focused in LGBT Community* [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné z:

- https://www.socialworkdegreeguide.com/lists/5-careers-in-social-work-in-lgbt/?fbclid=IwAR3r6nxORZB_--wKo3DHFgGRiWHLJ4cv2gT12GTpIreYRS4COu0YhwAsXG8o.
52. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2019. *Zpráva o výskyt HIV/AIDS za rok 2018* [online]. [cit. 2019-03-16]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2018?fbclid=IwAR18mnZlCocuxlk5sG5YamLF6r-vOIFVjwiwCQ4oh9np7JVp8P-eHXE3bMQ>
 53. SVOBODOVÁ, L., 2008. *Nenechte se šikanovat kolegou: mobbing - skrytá hrozba*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. 108 s. ISBN 978-80-247-2474-4.
 54. ŠTEFAN, J., HLADÍK, J., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 437 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
 55. UHOLYEVA, X., © 2017. *Zúčastnili jsme se veřejné diskuze o HIV a AIDS* [online]. Praha [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/zucastnili-jsme-se-verejne-diskuze-o-hiv-a-aids>.
 56. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H., 2011. *Pedagogika pro učitele. 2., rozš. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada. Pedagogika. 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9.
 57. VANÍČKOVÁ, E., c2007. *Dětská prostituce. 2., dopl. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada. Psyché. 141 s. ISBN 978-80-247-2218-4.
 58. VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L., MAREK J., 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum. 340 s. ISBN 978-80-246-2209-5.
 59. VESELÝ, M., 2011. *Vybrané kapitoly ze sociální patologie*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 127 s. ISBN 978-80-7394-272-4.
 60. WAGNEROVÁ, I., JANOŠŤÁKOVÁ, L., 2011. *Psychologie práce a organizace*. Praha: České vysoké učení technické v Praze. 160 s. ISBN 978-80-01-04966-2.
 61. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. 218 s. ISBN 978-80-247-3920-5.
 62. WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
 63. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 2902-51. ISSN 1211-1244.

64. ZVĚŘINA, J., 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM. 287 s. ISBN: 8072042645.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – polostrukturovaný rozhovor, varianta 1

Příloha B – polostrukturovaný rozhovor, varianta 2

Příloha A – polostrukturovaný rozhovor, varianta 1

1. Souhlasíte s nahráváním rozhovoru a jeho následným použitím ve výzkumu?
2. Kolik je Vám let?
3. Jak jste se vyrovnával s Vaší orientací?
4. Přijal jste svou orientaci?
5. Přijalo okolí Vaši orientaci?
6. Nastaly ve Vašem životě takové situace, kdy jste se choval rizikově? (Agrese, šikana, násilí, drogy, alkoholismus, bezdomovectví, promiskuita, ...)
 - Můžete prosím uvést konkrétní případy Vašeho rizikového chování? Mohl byste je ve stručnosti popsat? Jak a kde k těmto situacím došlo?
7. Vyhledal jste služby poskytující prevenci tohoto rizikového chování?
 - Konkrétně jaké služby?
8. Vyskytoval se v zařízeních i sociální pracovník?
9. Pokud se v organizaci nenacházel sociální pracovník, popište alespoň, co si myslíte, že sociální pracovník dělá, popř. co byste od něj očekával?
10. Napadá Vás ještě něco, co nebylo zmíněno, ale považujete to za důležité?

Příloha A – polostrukturovaný rozhovor, varianta 2

1. Souhlasíte s nahráváním rozhovoru a jeho následným použitím ve výzkumu?
2. Kolik je Vám let?
3. Jak jste se vyrovnával s Vaší orientací?
4. Přijal jste svou orientaci?
5. Přijalo okolí Vaši orientaci?
6. Nastaly ve Vašem životě takové situace, kdy jste se choval rizikově? *Ano*
 - Můžete prosím uvést konkrétní případy Vašeho rizikového chování? Mohl byste je ve stručnosti popsat? Jak a kde k těmto situacím došlo?
7. Vyhledal jste služby poskytující prevenci tohoto rizikového chování?
 - Konkrétně jaké služby?
8. Vyskytoval se v zařízeních i sociální pracovník?
9. Jaká zde byla jeho role?
10. Byl jste spokojen s výkonem sociálního pracovníka?
11. Na jaké škále od č. 1 (zcela nespokojen) do č. 5 (zcela spokojen) hodnotíte tuto spokojenost?
12. Napadá Vás ještě něco, co nebylo zmíněno, ale považujete to za důležité?

9. SEZNAM ZKRATEK

AIDS – syndrom získaného selhání imunity – onemocnění zapříčiněné virem HIV.

ČR – Česká republika.

HIV – virus přenášející se infikovanou krví, spermatem, preejakulátem, vaginálním sekretem nebo přenesením z matky na dítě.

LGBT – lesby, gayové, bisexuální lidé a trans lidé – označení běžné používané v angličtině jako zkratka označující lidi s menšinovou sexuální orientací.

MDMA – methylendioxyamfetamin, oficiálním názvem extáze. Patří mezi uměle vytvořené drogy užívané orálně v podobě barevných tablet.

R-R – organizace Rozkoš bez rizika věnující se pohlavně přenosným chorobám a práce s osobami v sexbyznysu

Syndrom CAN – syndrom týraného a zneužívaného dítěte.