

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské a sociální práce**

*Sociální a humanitární práce*

Markéta Musilová

*"Podobnosti a rozdíly ve vnímání sexuality a  
mezilidských vztahů osob s mentálním  
postižením těmito lidmi a osobními asistenty v  
Chráněném bydlení sv. Michaela ."*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miloš Votoupal

**2012**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.*

.....  
Podpis autora práce

*Zde bych chtěla poděkovat Mgr. Miloši Votoupalovi za odborné vedení, ochotu, a pomoc při napsání této bakalářské práce.*

## 0 Obsah

<b>0 Obsah .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Úvod.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Teoretická část.....</b>	<b>10</b>
<i>2.1 Osoba s mentálním postižením.....</i>	<i>10</i>
2.1.1 Mentální postižení.....	10
2.1.2 Klasifikace mentální retardace.....	11
<i>2.2 Chráněné bydlení.....</i>	<i>15</i>
2.2.1 Osobní asistent v chráněném bydlení.....	17
2.2.2 Chráněné bydlení sv. Michaela.....	19
<i>2.3 Sexualita.....</i>	<i>20</i>
2.3.1 Vymezení pojmu sexualita.....	20
2.3.2 Sexualita osob s mentálním postižením.....	21
2.3.3 Protokol sexuality.....	22
<i>2.4 Sexuální výchova.....</i>	<i>23</i>
2.4.1 Vymezení pojmu.....	23
2.4.2 Principy sexuální výchovy.....	25
2.4.3 Sexuální výchova a osvěta týkající se osob s mentálním postižením.....	26
<b>3 Výzkumná část.....</b>	<b>31</b>
3.1 Formulace výzkumné otázky .....	31
3.2 Cíle.....	31
3.3 Zvolená metoda.....	33
3.4 Výběr respondentů.....	33
3.5 Průběh sběru dat.....	34
3.6 Analýza získaných dat.....	35
<b>4 Závěr.....</b>	<b>41</b>
<b>5 Seznam použité literatury.....</b>	<b>43</b>
<b>6 Internetové zdroje.....</b>	<b>46</b>

## 1 Úvod

*„Nezáleží na tom, kolik toho naše mysl ví.  
Záleží jen na tom, kolik toho naše srdce dává“  
Sri Chinmoy.*

Potřeba milovat a být milován je vlastní každému člověku. Těžko si dovedeme představit žít život bez citů, lásky a bez vztahů s jinými lidmi. Považujeme to za důležitou součást života, který by bez těchto věcí byl velmi chudý. Stejnou potřebu lásky, něhy a porozumění mají lidé zdraví i nemocní, lidé bez postižení i s postižením. Přijde nám přirozené a normální, pokud se na ulici dva zamilovaní lidé drží za ruce či objímají. Pokud si však takto projevují vzájemnou náklonnost lidé s mentálním postižením, stále se nad tím ještě hodně lidí pozastaví. Jakoby si neuvědomili, že v potřebě lásky se od lidí bez postižení nijak neliší. Postižení často činí život složitějším a to se týká také navazování a udržování naplňujících vztahů. Společnost to však těmto lidem neulehčuje, právě naopak. Stále existuje spousta předsudků a zastaralých pohledů na vztahy mezi lidmi s postižením, z velké části způsobené tabuizováním tématu v minulosti, což život lidem s postižením činí ještě obtížnější. Problematice se dnes však dostává stále více pozornosti, zatím ale jen na úrovni odborné veřejnosti. Již v roce 1992 Anastázie Kudrnová v týdeníku Respekt poukazuje na to, že „sex mezi mentálně postiženými je stále většinou "normální" společnosti pokládán za cosi nemístného. Jako by vnímavost a síla pudů zasahovaly jen lidi od určitého stupně IQ. Jako by člověk pod touto hranicí automaticky ztrácel právo na něhu.“ (Kudrnová, 1992 [online]). Situace ve veřejné společnosti se tedy za 20 let moc nezměnila. Mění se však přístup a pohled na vztahy a sexualitu osob s mentálním postižením u lidí, kteří s těmito lidmi pracují nebo se problematice věnují, o čemž vypovídá množství seminářů, kurzů, příruček apod., které se pro zainteresované lidi pořádají a tvoří. Odborný časopis Sociální práce se však tématu dosud nevěnoval.

V Chráněném bydlení sv. Michaela v Brně jsem působila několik měsíců jako dobrovolnice a poté jsem zde čtyři měsíce pracovala jako osobní asistentka. Při sdílení

každodenního života s klienty jsem občas narážela na různé otázky, dilemata a byla jsem nucena dělat rozhodnutí jak se zachovat a jak zareagovat, stejně jako ostatní pracovníci. Jednou z oblastí, které se to týkalo, byly právě vztahy osob s mentálním postižením a prožívání jejich sexuality ve vztahu k jiným i k sobě samým. Ve své práci se tedy pokusím tyto otázky zodpovědět a zmapovat, jak k problematice přistupují samy osoby s mentálním postižením, jak osobní asistenti a nakolik se tyto postoje shodují či rozcházejí.

Hlavním cílem práce je tedy zanalyzovat podobnosti a rozdíly ve vnímání sexuality a mezilidských vztahů osob s mentálním postižením těmito lidmi a osobními asistenty v Chráněném bydlení sv. Michaela.

Práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části vymezují pojmy, které jsou použity ve výzkumné části, aby nedocházelo k jejich interpretaci jinak, než jak jsou v práci zamýšleny. Ve výzkumné části se potom pokouším naplnit hlavní cíl práce a také dílčí cíle, jimiž je pokusit se zjistit, jak moc jsou osobní asistenti a osoby s mentálním postižením o tématu sexualita informovaní, jaký je pohled osobních asistentů a osob s mentálním postižením na navazování a udržování přátelských a partnerských vztahů osob s mentálním postižením, jak tyto dvě skupiny pohlíží na sexuality osob s mentálním postižením a zda panuje v Chráněném bydlení sv. Michaela důvěra, co se týče daného tématu. Použitou metodou pro získání potřebných dat byl polostrukturovaný rozhovor. V závěru potom čtenáře seznamuji s výsledky výzkumu.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Osoba s mentálním postižením

Každá lidská bytost je úžasné a jedinečné stvoření, s vlastní hodnotou. Tak jako se lidé liší barvou pleti, vzrůstem, používají jiné jazyky atp., aniž by tyto odlišnosti měly vliv na jejich kvalitu, liší se i vyšší inteligence, která je měřena pomocí vytvořené stupnice inteligenčním kvocientem. IQ vypovídá o schopnostech řešit různé logické úkoly, není ale ukazatelem kvality člověka. Jedinec s nižším IQ tak může být méně schopný řešit různé logické úkoly, může být ale citlivější, sociálně zdatnější, zručnější atp. než jedinec s IQ vyšším. Pokud je inteligence výrazně nízká, mluvíme o mentální retardaci. Pro osoby s výrazně nízkým IQ je dnes doporučovaným označením osoba s mentálním postižením (MP) a dříve užívané termíny mentálně postižený či mentálně retardovaný člověk se dnes považují za neetické a nevhodné. Na mentální postižení se nahlíží jako na jednu z charakteristik jedince, v popředí však stojí člověk jako lidská bytost.

#### 2.1.1 Mentální postižení

Pojem mentální postižení je synonymem pro pojem mentální retardace a lze používat obě označení. Většina autorů, z jejichž práce čerpám, používá termín mentální retardace, já však ve své práci budu užívat termín mentální postižení z důvodu, že pojem mentální retardace získává v naší společnosti pejorativní nádech.

Termín mentální retardace pochází z latinských slov mens – mysl, a retardatio – zdržení, opoždění. Světová zdravotnická organizace tento pojem navrhla v roce 1959 na konferenci v Miláně a následně se začal šířejí používat v odborné terminologii (Kozáková, 2005).

Definovat pojem mentální retardace není jednoduché, komplikovanost vyplývá z různých teorií: „Mentální retardací označujeme stav zastaveného, opožděného nebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence“ (Ličko, Senka In Kozáková, 2005, s.19).

Versus „...vedle IQ musíme posoudit v každém konkrétním případě také ostatní osobnost, např. její přizpůsobivost, poddajnost, zájem, zvědavost, paměť, napodobivost, tékavost apod. Proto v některých případech nám napoví pouhé IQ poměrně málo a nebude pro nás směrodatné“ (Kozáková, 2005).

Švarcová (1994, s.10) uvádí, že „za osoby s mentálním postižením se považují ti jedinci, u nichž dochází k zaostávání rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“

Pipekova (1998, s. 171) doplňuje, že „jde o stav trvalý, vrozený nebo částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jaký demence.“

Valenta a Müller (2003, s.14) popisují mentální retardaci jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“

Kvapilík a Černá (1990) dále uvádějí, že mentální retardace není nemoc, jedná se o celkové snížení intelektových schopností a je provázena poruchami adaptace, a proto se takový jedinec hůře orientuje v životním prostředí. Je nutné si uvědomit, že se každému může narodit mentálně postižené dítě.

Z těchto definic vyplývá, že pojem mentální retardace obsahuje široký rozsah obtíží, v nichž se jednotliví lidé liší. Těžkosti se, jak uvádí Matoušek (2005) objevují v následujících dovednostech: komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.

### 2.1.2 Klasifikace mentální retardace

Z důvodu přiblížení respondentů, s nimiž budou probíhat rozhovory v rámci výzkumu a lepšího pochopení jejich výpovědí jsem se rozhodla do práce zakomponovat popis stupňů mentální retardace. Součástí popisu je i způsob prožívání sexuality a sociálních vztahů u daných stupňů postižení.



Jak uvádí Lesný a Špitz (1989), rozdělení podle stupně postižení je praktické díky zdůvodnění rozdílných projevů a možností mentálně retardovaných jedinců. Na základě jasně vymezené klasifikace víme, jaké jsou hranice vychovatelnosti a vzdělavatelnosti.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která vstoupila v platnost roku 1992 a jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace, se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- F 70 lehká mentální retardace IQ 50-69
- F 71 středně těžká mentální retardace IQ 35-49
- F 72 těžká mentální retardace IQ 20-34
- F 73 hluboká mentální retardace IQ pod 20
- F 78 jiná mentální retardace
- F 79 nespecifikovaná mentální retardace

(Štěrbová, 2007)

Tip postižení se dá dělit také podle typu chování:

- typ eretický – tento typ je instabilní, nepokojný či dráždivý
- typ torpidní – vyskytuje se apatičnost, netečnost a strnulost
- typ nevyhraněný – procesy vzruchu a útlumu se vyskytují v rovnováze, popřípadě jeden může mírně převládat (Bazalová In Pipeková 2006).

V následujícím textu se pokusím o charakteristiku jednotlivých stupňů mentální retardace se zaměřením, vzhledem k tématu práce, na schopnost komunikace a sociální chování.

#### Lehká mentální retardace, IQ 69 – 50 (F70)

Většina osob spadajících do této kategorie dosáhne nezávislosti a samostatnosti, i když je vývoj oproti normě pomalejší. Mluvu si osvojují opožděně, ale většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě a udržovat konverzaci. Taktéž většina z nich dosáhne úplně nezávislosti v osobní péči – oblékání, hygiena, jídlo,

ovládání močového měchýře a střev a v základních praktických domácích činnostech. Hlavní potíží se obvykle projevuje při teoretické práci ve škole, mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit vážnější problémy (Pipeková, 2006).

Švarcová (2007) dodává, že u emočně a sociálně nevyzrálého jedince se může retardace projevit neschopností vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, obtížně se přizpůsobuje očekávání společnosti. Dá se říci, že behaviorální, emocionální a sociální potíže a potřeby osob s lehkou mentální retardací jsou bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí, než specifickým problémům osob se středně těžkou a těžkou retardací. Lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni se naučit adaptivní sexuální dovednosti v souladu s normami společnosti a osvojit si vhodné heterosexuální i homosexuální interakce, pokud se jim dostane sexuální osvěty a poradenství.

#### Středně těžká mentální retardace , IQ 49 – 35 (F71)

Jedinci, kteří patří do této kategorie, jsou výrazně omezeni ve schopnosti postarat se sami o sebe a potřebují dohled a pomoc v každodenním životě (Pipeková In Vítková, 2004).

Pomalou se u nich rozvíjí chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti jsou omezené. V dospělosti jsou středně retardovaní lidé obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled (Štěrbová, 2007).

Jak uvádějí Kvapilík a Černá (1990), motorický vývoj je celkově omezen a u těchto jedinců je nápadná nekoordinovanost pohybů. Psychické procesy jsou omezené a tito jedinci mají nízkou schopnost kombinace a usuzování.

Štěrbová (2007) doplňuje, že lidé se středně těžkou mentální retardací však zpravidla bývají mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých

sociálních aktivitách. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulaci a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

Jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou ve svém sociálním a sexuálním chování ovlivnitelní odměnou a oceněním, pokud jde o přiměřenost a nepřiměřenost chování. Jsou velmi zranitelní a neschopni se rychle a správně rozhodnout (Štěrbová, 2007).

#### Těžká mentální retardace, IQ 34 – 20 (F72)

Švarcová (2006) hodnotí tuto skupinu v mnohém podobně jako u středně těžké mentální retardace. Psychomotorický vývoj je však více opožděn, typická je velká neobratnost. Řeč jedinců patřících do této kategorie bývá primitivní, vyskytují se pouze jednoduchá slova nebo není vůbec vytvořena. Tito lidé mají nestálé nálady, jsou velmi impulzivní, afektivní sféra je významně porušena. Jedinec s těžkou mentální retardací si dlouhodobým tréninkem dokáže osvojit základní hygienické návyky, někteří jsou však neschopni udržet tělesnou čistotu. Osoby blízké tito jedinci poznávají a potřebují jejich celoživotní péči.

Lidé s těžkou mentální retardací nedokáží sami bez pomoci přizpůsobit svoje sexuální chování společenským normám. Někdy mohou s nelibostí reagovat na usměrňování společensky nevhodného chování (Štěrbová, 2007).

#### Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Vágnerová (2004) uvádí, že jedinci s tímto stupněm postižení nejsou vůbec schopni sebeobsluhy a vyžadují péči ve všech úkonech. Švarcová (2006) doplňuje, že postižení bývají inkontinentní a chybí jim schopnost pečovat o základní potřeby. Motorika postižených je těžce omezena, většina z nich je imobilní a jejich pohyby jsou stereotypní. Řeč nebývá rozvinuta vůbec a nonverbální komunikace nedává smysl (Pipeková In Vítková, 2004). IQ je odhadováno pod 20, což prakticky znamená, že

postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům a instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu, bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stály dohled. Klienti s hlubokou mentální retardací mají adaptivní chování na velmi nízké úrovni. Nejsou schopni předvídat následky doteků a sexuálního chování (Štěrbová, 2007).

#### Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupnice intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, např. u slepých, hluchoněmých, u jedinců s těžkými poruchami chování nebo u tělesně postižených osob (Štěrbová, 2007).

#### Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tuto kategorii používáme v případech, kdy mentální retardace je sice prokázána, ale z důvodu nedostatku informací není možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. Zahrnuje mentální defektnost nervové soustavy (NS), mentální subnormalitu NS a oligofrenii NS (Štěrbová, 2007).

V chráněném bydlení, na které se zaměřuje tato práce a které je dále popsáno, jsou zastoupeny všechny typy mentální retardace, jež jsem popsala výše. Než se však budu zabývat konkrétním chráněným bydlením, pokusím se obecně popsat tuto službu.

## **2.2 Chráněné bydlení**

Tato práce pojednává o situaci v určitém chráněném bydlení. Považuji za vhodné nejprve krátce popsat podstatu a fungování této služby obecně a dále se věnovat konkrétnímu zařízení, tedy Chráněnému bydlení sv. Michaela.

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.)

Vzhledem k tomu, že péče o osobu s MP bývá často fyzicky i časově náročná a rodina se o postiženou osobu nemůže postarat nebo osoba s MP rodinu nemá, žije mnoho lidí s MP v ústavech sociální péče. Tato zařízení už ze své podstaty nemohou plně naplňovat veškeré potřeby svých uživatelů. Chráněné bydlení, jedna z nejmodernějších forem sociálních služeb, je možnou alternativou k ústavní péči. Umožňuje lidem s postižením žít život co nejpodobnější životu jejich vrstevníků. Obyvatelé chráněného bydlení bydlí v malých skupinkách v bytech nebo rodinných domcích poblíž trvalého domova klientů a podporuje se kontakt s rodinou a přáteli klientů.

Chráněné bydlení má velký význam pro dospělé klienty s MP, kteří jsou zaměstnaní nebo navštěvují různá centra a instituce pro trávení volného času. Pokud klienti v chráněném bydlení tráví většinu času a prakticky z něho nevycházejí, ztrácí tato služba svou integrační funkci.

Chráněné bydlení se svým fungování příliš neliší od běžné domácnosti. Lidé s mentálním postižením mají k dispozici asistenty, když je to potřeba, maximální důraz se však klade na rozvoj samostatnosti. Chráněné bydlení tedy paradoxně není, jak napovídá nešťastné zvolený termín, ochranou před nástrahami života, ale naopak podporou na cestě k nezávislosti. Klienti se podle svých možností zapojují do chodu domácnosti – nakupují, vaří, uklízí, ale také tráví volný čas po svém, mají příležitost navazovat přirozené kontakty

Služby chráněného bydlení mají dlouhodobý, popř. celoživotní charakter, chráněné bydlení by mělo být připraveno na různé životní situace – nemoc, stáří či úmrtí uživatele. Na rozdíl od ústavní péče, kde je poskytována 24hodinová péče, jsou chráněná bydlení velmi flexibilní, pomoc je individuálnější a od toho se odvíjí i finanční náklady.

### 2.2.1 Osobní asistent v chráněném bydlení

V chráněném bydlení jsou poskytovány dvě základní služby – ubytování a asistence (též označována jako podpora či pomoc). Obsah služby bydlení je zřejmý – organizace zajišťuje osobě s MP ubytování. Složitější je otázka asistence. Jak již bylo zmíněno, chráněné bydlení má své klienty vést k co největší samostatnosti. Osobní asistent by tedy měl lidem s MP asistovat, podporovat a pomáhat s jejich vlastním životem, měl by mít funkci pomocníka, konzultanta a kamaráda, nikoliv pečovatele nebo vychovatele.

Asistenci O'Brien (1991 In Luhanová, 2000) rozděluje do pěti hlavních oblastí:

#### 1) Běžné denní činnosti

V chráněném bydlení žijí lidé s různým stupněm postižení. Podle jejich potřeby by jim měl asistent pomáhat v běžných činnostech, jako je jedení, oblékání, hygiena, doprava apod.

#### 2) Obstarávání domácnosti

Život v chráněném bydlení by se měl co nejvíce podobat běžné domácnosti. Asistent tedy pomáhá při nákupu, přípravě jídla, s vybavením domácnosti, s úklidem či s vyřizováním finančních a administrativních záležitostí, které se týkají domácnosti. Klienti se na všech těchto činnostech podílí v nejvyšší možné míře. Pokud nejsou schopni jít sami na nákup, jdou společně s asistentem, pokud nejsou schopni sami uvařit, jsou do činnosti zapojeni (např. míchání, očištění potravin atp.). Asistent také může klientům v bytě pomoci v rozdělování povinností jednotlivým obyvatelům bydlení, pokud toho nejsou klienti schopni sami.

#### 3) Uspořádání života

Člověk s MP žijící v chráněném bydlení si žije svůj vlastní život, neohraničený různými předpisy, jak tomu bývá v ústavní péči a asistence by mu měla pomoci využít to, co běžný život nabízí. Tím je myšleno informovat o různých možnostech (např. trávení volného času), pomoc s plánováním a rozhodováním, s časovým rozvrhem. Ale taky pomoci a naučit klienta rozpoznat různá úskalí a obtíže s běžným životem spojená.

#### 4) Kontakt s okolím

Domov či bydlení není jen fyzické místo, ale často také sociální prostředí. Asistent má pomáhat s vytvářením vztahů se spolubydlícími a domácí atmosféry. Opomíjení této oblasti může v zařízeních skupinového typu vést k mnohým problémům. Člověk s postižením může potřebovat pomoc s celkovou orientací ve společnosti, asistent tedy pomáhá najít smysl a vysvětlit různé situace, do kterých se klient dostává, od sdělení lékaře až po nepřátelský postoj souseda. Jde ale i o praktickou pomoc s vyřizováním různých záležitostí, jako korespondence či jednání na úřadech.

#### 5) Osobní oblast

Tato oblast je v poslední době velmi připomíná.

“Je důležité reintegrovat lidské hodnoty jako láska, intimita, vášeň, naděje jakožto legitimní součást života mentálně postižených.” (Racino,1993 In Luhanová 2000)  
Člověk s MP prožívá nejrůznější radosti i starosti a často potřebuje zvláštní psychickou podporu. Jeho postavení ve společnosti mu navíc přináší více stresových situací, než je běžné. Taková asistence může znamenat např. “pomáhat člověku žít ve společnosti bez přílišného optimismu ani pesimismu ohledně reakcí ostatních lidí” (O’Brien, 1991 In Luhanová, 2000).

#### 6) Rozvíjení vlastních schopností

Nejdůležitějším úkolem asistenta je rozvíjet vlastní schopnosti klienta. Ve všech výše zmíněných oblastech by tedy mělo jít o podporu, asistent by činnosti neměl dělat bez spoluúčasti klienta. Pomoc a podpora by měla být poskytována v sebeobsluze, ale také v rozhodování, v lepší orientaci ve vlastních přáních a možnostech, které se mu nabízejí, měl by podpořit schopnost vyjádřit se a prosadit svá přání.

### 2.2.2 Chráněné bydlení sv. Michaela

Chráněné bydlení sv. Michaela je samostatným projektem Oblastní charity Brno, který se zaměřuje na vyřešení nedostatečné kapacity vhodného integrovaného typu standardního bydlení pro dospělé osoby s mentálním postižením a autismem a usiluje o vytvoření vhodných podmínek k důstojnému životu těchto lidí a o co nejvyšší míru jejich začlenění do společnosti v Brně. Podporuje individuální potřeby uživatelů, aby mohli s ohledem na stupeň postižení vést běžný způsob života.

Cílovou skupinou jsou dospělí lidé s mentálním a kombinovaným handicapem závislí v uspokojování základních životních potřeb na podpoře a pomoci jiné osoby, navštěvující zaměstnání nebo denní stacionář. Uživatelům je poskytnuta podle jejich individuálních potřeb taková podpora, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života (Oblastní charita Brno, 2012 [online]).

Uživatelé chráněného bydlení se starají o své byty, tak jak je tomu v běžné domácnosti. Tyto byty mají podobu standardního bydlení v městské zástavbě. V každém bytě pracují osobní asistenti, kteří pomáhají uživatelům v každodenním životě.

Cílem Chráněného bydlení sv. Michaela je pomáhat a podporovat klienty při zvládnání běžných každodenních úkonů, zajistit jim ubytování v zástavbě města Brna, podporovat je v kontaktu se společenským prostředím, podporovat udržování kontaktu s rodinou a při navazování přátelských vztahů, podporovat využívání veřejně dostupných služeb a rozvoj pracovních dovedností a návyků, pomáhat při hledání zaměstnání a při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Oblastní charita Brno, 2012 [online]).

Chráněné bydlení sv. Michaela disponuje třemi typy bydlení.

V Brně – Pisárkách se nachází dvoupodlažní rodinný dům se zahradou. K dispozici je pět pokojů, dva jednolůžkové a tři dvoulůžkové, společná kuchyň a společný obývací pokoj. V domě je zajištěna celodenní služba osobní asistence. Kapacita domu je 8 lůžek a 1 krizové lůžko.

Pro uživatele, kteří chtějí a jsou schopni bydlet samostatně, ale potřebují občasnou pomoc např. s chodem domácnosti nebo při jednání na úřadech, jsou určeny obecní byty



v Brně. Obyvatelům těchto bytů je k dispozici asistent, který za nimi dochází podle jejich přání a potřeb. Kapacita je 7 lůžek (Oblastní charita Brno, 2012 [online]).

Tato práce se zaměřuje na čtyřpodlažní dům, který se nachází v centru Brna. V budově jsou čtyři samostatné bytové jednotky a dům disponuje společnou zahradou. V bytech žije 4 – 7 uživatelů, kteří bydlí v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Ve dvou bytech bydlí uživatelé s lehčím typem postižení a ve dvou bytech, které jsou bezbariérové, žijí lidé s těžším mentálním a kombinovaným postižením a autismem. Ve všech bytech celodenně funguje služba osobní asistence. Kapacita domu je 21 lůžek a 1 krizové lůžko, kde je možné přechodné ubytování.

Po vymezení pojmu chráněné bydlení a osobní asistence a představení zařízení Chráněné bydlení sv. Michaela se ještě před tím, než přejdu k empirické části práce, budu zabývat dalšími pojmy, které s prací souvisí, tedy s pojmy sexualita a sexuální výchova.

## **2.3 Sexualita**

Od počátku života se člověk dostává do různých forem kontaktů. Nejdříve je to kontakt s matkou, poté se svými nejbližšími, s lidmi, kteří o něj pečují a uspokojují jeho potřeby. Kontakt jedinec také udržuje sám se sebou, díky němuž může žít bez problému v realitě. Člověk si vytváří vztahy v rodině, potkává se i s ostatními lidmi a společně s tím, jak jej formují, formují i jeho vztah k dalším lidem. Po celou dobu se také rozvíjí jedna z nejtímnějších složek – složka sexuality.

### **2.3.1 Vymezení pojmu sexualita**

Sexualita je jednou ze součástí života člověka, jednou z nejtímnějších forem prožívání jedince. Pojem sexualita bývá nadřazen pojmu pohlavnost (tělesná stránka sexualita) a zabývá se mimo to pochody týkající se duševních stránky sexuálních jevů. Téma sexuality je velmi široké a je nutné na něj pohlížet z multidimenzionálního pohledu, a to biologického, psychosociálního, projevů chování, morálky a kultury. Mellan (2004) uvádí, že biologický základ sexualita je dán geneticky, pohlavními žlázami a orgány

a hormonální produkci. Sexualita je také silně ovlivňována psychosociálními vlivy, společnost předkládá určitá schémata norem, které je třeba pochopit, přijmout a být schopen se jimi řídit.

Štěrbová (2007) uvádí, že sexualita je spjata se sexuálním zdravím, což je souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka. K psychosociálním vlivům Mellan (2004) řadí matrikové pohlaví, přijetí dítěte a jeho pohlaví, vrozenou vadu či hendikep, rodinnou strukturu – její úplnost a typ, sourozenecká konstalace, kulturní a náboženské klima rodiny a její etické normy, zařazení a úspěšnost mezi vrstevníky, traumata a ztráty, sexuální výchovu a masmédiá.

Mellan (2004) považuje za důležité rozlišovat mezi sexualitou a sexuálním chováním. Sexualita je souhrn postojů člověka, jeho představ a vztahů k jiným lidem, zahrnuje představy o muži a ženě, o sobě, sexuálním chování. Očekávání, úspěchy a neúspěchy promítající se do sebevědomí člověka. Sexuální chování je tedy podřazené pojmu sexualita a zahrnuje verbální a neverbální vyjádření sexuality. Tato vyjádření, ať už jako genitální nebo nengenitální aktivity, se mohou vyskytovat samostatně i v aktivitě s jinými lidmi.

### 2.3.2 Sexualita osob s mentálním postižením

Sexualita osob s MP, stejně jako sexualita lidí bez postižení, je součástí jejich života, neodmyslitelně k němu patří a je také součástí jejich osobnosti.

„Všeobecně můžeme říci, že sexuální chování osob s MP je obdobné jako u ostatních lidí, i když sexuální aktivity končí méně často pohlavním stykem. Nejběžnějšími sexuálními aktivitami osob s mentálním postižením je objímání, líbání (někdy francouzské polibky) a tělesné doteky obecně“ (Löfgren–Mårtenson, 2004 In Štěrbová, 2009).

Mellan (2004) uvádí faktory, které se váží k sexualitě osob s MP. Zabývá se aspektem biologickým i společenským. Zmiňuje, že sexualita je někdy ovlivněna mnohočetnými

odchylkami na chromozomální úrovni, vývin genitálu je někdy nedokonalý, mohou být také přítomny patologické změny ve vývoji mozku. K společenským faktorům, které ovlivňují sexualitu MP, řadí deprivaci nepřijatého dítěte v rodině, v případě ústavní výchovy její negativní vliv způsobený např. izolací či nedostatečnou stimulací. Dále zmiňuje pocit neúspěšnosti mezi vrstevníky, který mohou jedinci s MP pociťovat, hrozí jim také zvýšené nebezpečí šikany a zneužití. Mívají sklon k bezprostředním reakcím a chování, při nichž převládají pudové podněty. Z těchto důvodů je nezbytné uzpůsobit sexuální osvětu a výchovu a volit individuální přístup.

Štěrbová (2007) konstatuje, že se zatím v České republice jen velmi pomalu daří prosazovat práva osob s MP na prožívání jejich sexuality a na systematickou osvětu a výchovu, což se týká veřejnosti široké i odborné.

Je důležité si uvědomit fakt, že jedinci s postižením nemají žádnou specifickou sexualitu, protože kromě těžších forem mentální retardace jsou jejich potřeby, zájmy, tužby atd. identické se zdravými lidmi. Je tedy nesprávně považovat všechny postižené jedince za asexuální, naopak ve většině případů je třeba připravovat je vhodnou sexuální výchovou na partnerský vztah manželství a rodičovství (Defektologický slovník, 2000).

### 2.3.3 Protokol sexuality

Protokol sexuality je dokument vypracovaný konkrétním zařízením, který musí všichni zaměstnanci respektovat. Tento protokol rozvíjí vztahy a přátelství a slouží k ochraně práva na začlenění a podporu sexuality osob s MP. Zaměstnanci by měli zajistit profesionální a aktivní vedení a poskytnout klientům možnost prožívání jejich sexuality na vyšší úrovni – po výslovném souhlasu klienta (Štěrbová, 2007).

Považuji za podstatné se v této práci o protokolu sexuality zmínit, protože stejně jako např. Štěrbová (2007) nebo Švarcová (2006) ho pokládám za důležitý dokument, který by měl být přítomen v každém zařízení, ve kterém se mohou zaměstnanci dostat do situace, kdy budou muset řešit otázky týkající se sexuality klientů, jimiž jsou osoby

s MP. Dalším důvodem, proč se v teoretické části tímto pojmem zabývám je fakt, že se objevuje v části empirické, je tedy vhodné termín vymezit.

Štěrbová (2007) uvádí, že do obsahu dokumentu patří postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých uživatelů, témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro uživatele, způsob řešení možných důsledků sexuality, přípustné a nepřípustné formy, kontaktu, péče a poskytované podpory, osvěta a prevence, zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality, rodiče a zákonní zástupci, postoj k sexuálnímu abusu, postup při sexuálním zneužívání a preventivní politika uvnitř zařízení.

Protokol sexuality může vycházet mj. z Deklarace práv mentálně postižených osob vyhlášené Valným shromážděním osob OSN 20.prosince 1971, která žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily práva v Deklaraci uvedené. Dále je možné vycházet z Charty sexuálních a reprodukčních práv IPPF (IPPF, 1995). Tato charta vymezuje, jak Interantional Planned Parenthood Federation (IPPF) chápe sexuální a reprodukční práva: „Sexuální a reprodukční práva jsou práva a svobody týkající se jednotlivců stejně jako párů. Charta má charakter právního dokumentu, neboť vychází z uznávaných mezinárodních norem o lidských právech.“

Dále je možné vycházet z Deklarace sexuálních práv, která byla přijata na 13. světovém sexuologickém kongresu, který se konal v červnu roku 1997 ve Valencii. Dalšími dokumenty použitými při tvoření Protokolu sexuality by měla být např. Deklarace práv zdravotně postižených (Valné shromáždění OSN, 1975), která stanovuje, že „zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi než patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný život“.

## **2.4 Sexuální výchova**

### **2.4.1 Vymezení pojmu**

Sexualita je velmi těsně spojena s životem člověka a každý člověk tedy má právo být o ní přiměřeným způsobem informován. Vzdělání s ohledem na sexualitu je však učení

zkušenostem, které obohacují život dítěte po stránce citové, kulturní i sociální a soustřeďuje se také na tělesný vývoj. Základ sexuální výchovy je založen na bezděčné nonverbální komunikaci, která začíná narozením. Dítě si postupně začíná uvědomovat své anatomické rysy, začíná rozumět své tělesné zvláštnosti včetně rozdílů mezi pohlavími (Svatoš, 2004).

Pondělíčková (1973, s. 37) vymezuje sexuální výchovu jako „činnost, jejímž cílem je, aby byli mladí lidé vybavení nejen vědomostmi, ale zároveň v nich vybudovat správné postoje, které by jim usnadnily zaujmout odpovídající místo muže či ženy v manželství, rodině a společnosti.“

Sexuální výchova je obsáhlý program, jehož úkolem je připravit lidi pro uspokojování a obohacování jejich života. Komplexní program sexuální výchovy se nevěnuje jen čtyřem základním oblastem, se kterými se lidé seznamují ještě na základní škole, tedy základy anatomie, fyziologie, pohlavní dospělost a reprodukce, ale má mnohem širší rozsah: učí dovednostem jako je rozvíjení a podpora přátelských vztahů, osobní a společenské bezpečí, prevenci zneužívání a vykořisťování, projevům fyzické a emoční důvěrnosti a nejvíce, což je důležité, být schopen mít kontrolu a chránit své tělo. (Švarcová, 2006).

Švarcová (2006) upozorňuje na fakt, že některé programy sexuální výchovy v sobě zahrnují nebo vylučují tzv. kontroverzní témata, jimiž bývá téma homosexuality nebo sexuální abstinence. Program sexuální výchovy, který zahrnuje abstinenci, např. informuje o „výhodách“ života bez pohlavního styku. Je důležité si uvědomit, že obsah programu sexuální výchovy může ovlivňovat budoucí pocity a postoje k sexu. Sexuální výchova je také často nazývána rodinným životním vzděláním. Tento termín vypouští slovo sex z názvu a je tak přístupnější těm, kteří váhají, jak si poradit s obsahem a názvem.

Hlavními úkoly sexuální výchovy Štěrbová (2007) shrnuje do tří oblastí. První oblastí je podávání základních informací o lidském těle, zdraví a jeho ochraně, životním stylu, lidském sexuálním chování, základních mezilidských vztazích, partnerství, manželství, rodičovství, o vlastní ochraně a umění jednat s lidmi. Druhou oblastí je vytváření pozitivní racionálně a emocionálně koncipované postoje k základním lidským

hodnotám, jako je např. zdraví, přátelství, láska, rodičovství atd. a negativní postoje k jevům jako je alkoholismus, drogy, promiskuita atd. Třetím úkolem sexuální výchovy je vytvářet žádoucí dovednosti, návyky a sexuální chování v nejširším slova smyslu.

#### 2.4.2 Principy sexuální výchovy

Při sexuální výchově, ať už s dětmi nebo osobami s MP, je zapotřebí dodržovat určité zásady. Proto stručně uvedu základní principy správné sexuální výchovy, jak je uvádí Pondělíčková – Mašlové (1990).

Princip spontánnosti je důležitý z toho důvodu, že pokud vychovávající bude sám přesvědčen o potřebě a správnosti sexuální výchovy a bude ji brát jako samozřejmou součást života, nebude pro něj problém zvolit správnou formu ve správnou chvíli.

Dalším principem je princip přiměřenosti. Jinak budeme tuto problematiku vysvětlovat jedinci bez postižení a trochu jinak (ale pravdivě) jedinci s MP. Problémy vznikají tehdy, když rodiče berou své potomky kvůli jejich postižení pořád jako malé děti a tak i na ně nahlížejí. Není třeba se bát, že jim řekneme něco příliš brzy než že jim to neřekneme vůbec.

Princip aktivní imunizace znamená, že zatímco v jiných oblastech rodiče aktivně přenášejí své zkušenosti a poznatky, v sexualitě se tak neděje. Pokud však dítěti vše vysvětlíme, velmi dobře si to vstoupí a je jakoby imunizováno proti pozdějším negativním vlivům nebo třeba i mylným informacím.

Velmi důležitý je také princip důvěry. Rodiče ho přijímají většinou bez problémů, často ale pouze jednostranně. Domnívají se, že děti mají mít důvěru k rodičům či vychovatelům, ale naopak už to platit nemusí. Rodiče jsou velmi často hyperprotektivní a i v nevinném vztahu mohou vidět nemravné úmysly svých dětí. Samozřejmě že je kontrola nezbytná, stejně tak je ale důležitá důvěra.

Stejně jako malým dětem odpovídáme vždy pravdivě, tak i u osob s MP je nutné dodržovat princip pravdivosti. Zamlčování či zkreslování situace nic neřeší a navíc může přinést pozdější problémy.

V sexuální výchově je také nutné postupovat krok za krokem, dodržovat tedy princip návaznosti, aby výchova byla logická a mohla navazovat na již získané informace a poznatky.

Poslední princip, který Pondělíčková – Mašlová (1990) uvádí, princip otevřenosti, je pro některé lidi stále obtížný, protože se domnívají, že je nutné o těchto věcech hovořit intimně a odsuzují různé besedy na toto téma. Ideální je tyto formy prokládat. Při diskuzi jedinci získají zkušenost, že tak jako o ostatních věcech, lze i o těchto věcech mluvit otevřeně a samozřejmě.

#### 2.4.3 Sexuální výchova a osvěta týkající se osob s mentálním postižením

„U dospělých lidí s mentálním postižením je nezbytné respektovat právo na sebeurčení zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny a podporovat intimní a neintimní vztahy také v zařízeních poskytujících sociální služby. Je přitom důležité si uvědomit, že nemůžeme jednoduše přenášet zkušenosti z mezilidských vztahů majoritní společnosti nepostižených. Nezbytné je chránit osoby s MP před sexuálním zneužitím a současně je vést k chování, které by neneslo znaky sexuálního obtěžování druhých“ (Löfgren–Mårtenson, 2004 In Štěrbová, 2009).

Cílovými skupinami sexuální výchovy osob s MP jsou podle Kozákové (2004) osoby s MP, rodiče osob s MP, další skupinou jsou vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové a ostatní lidé pracující s lidmi s MP, budoucí profesionálové, tedy vychovatelé, pedagogové a speciální pedagogové, kteří v budoucnu budou pracovat s osobami s MP a v neposlední řadě i nejširší veřejnost, u které je nutné změnit negativní přístupy, postoje a předsudky vůči osobám s MP a jejich sexualitě.

### Sexuální osvěta osob pracujících s lidmi s MP

V České republice stále neexistuje žádná metodika nebo norma, na jejímž základě by byl zaměstnavatel povinen zabezpečit vzdělávání zaměstnanců v oblasti sexuality osob s MP, pokud těmto osobám poskytují služby. Abychom mohli vzdělávat, je potřeba být sami vzdělání, mít informace, zkušenosti, přehled. V zahraničí je dnes již běžnou praxí vzdělávat v sexuálních otázkách uživatele i poskytovatele služeb (Štěrbová, 2007).

Švarcová (2007, s. 32) upozorňuje na důležitost vzdělávání pracovníků a vychovatelů v oblasti sexuální výchovy: „Cíleně připravené programy pro pracovníky, kteří poskytují vzdělání, výchovu a služby osobám s mentálním postižením jsou základem, bez něhož se neobejdou žádní noví zaměstnanci. Jde např. o povinnost absolvovat vzdělávací program o sexualitě osob s MP zakotvenou v protokolu sexuality daného zařízení. Programy zajistí dostatek profesionálů, kteří budou schopni informovat o sexualitě a o všem, co k ní patří – např. rozvíjet romantické vztahy klientů a poskytovat odpovídající služby klientům s MP. Vedou k překonávání předsudků vychovatelů, že poučení klienti s MP budou chtít např. otěhotnět a mohou mít nevhodné sexuální chování, nebudou se umět vyrovnávat se zátěžemi ve vztahu.“

### Programy vzdělávání

Nabídku vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality osob s MP naplňuje Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) Praha. Programy zaměřené na sexualitu osob s MP můžeme najít i ve vzdělávacích programech Ministerstva práce a sociálních věcí. Štěrbová (2006) považuje program SPRSV za ucelený systém dobře zaměřený do praxe. Obsah vzdělávacího programu je rozdělen do dvou částí. První díl se zabývá základními informacemi ke vstupním dokumentům, z nichž vychází filozofie přístupu k sexualitě obecně a k sexualitě osob s MP, vývoj vlastní sexuality, její formování, působení vlivů na postoje k vlastní sexualitě, postoje k sexualitě u klientů s MP, osobnost edukátora, rodiče a jejich obavy a úzkosti, spolupráce s rodinou, ochrana před sexuálním zneužíváním, protokol sexuality a plány pro sexuální osvětu klienta. Ve druhém dílu se probírají témata sexualita a vztahy – detailní informace a možnosti k sestavení dokumentu pro zařízení, v němž poskytují služby osobám s MP a povinnosti a odpovědnosti personálu a povinnosti



a odpovědnosti klienta a rozebírá se v něm modelový dokument upravující sexualitu v zařízení poskytujícím sociální služby. (Štěrbová, 2007)

Dalšími organizacemi zabývající se sexualitou a sexuální výchovou u osob s MP jsou občanské sdružení ORFEUS, které v roce 2004 a 2008 pořádalo celostátní konferenci Sexualita mentálně postižených. Sborníky z těchto konferencí jsou cennými zdroji informací o této problematice. Dalším občanským sdružením je Pohoda, které již třináct let poskytuje sociální služby lidem s mentálním a kombinovaným postižením a které v oblasti sexuality lidí s postižením nabízí služby a vzdělávací akce, podpořené bohatou praxí. Nabízenými službami jsou mj. individuální poradenství, individuální nebo párová intervence v řešení vztahů a sexuality, osvětové diskuse pro lidi s postižením a sexuální výchovu (Sovová, 2008).

Sexualitu nevynechává ze své činnosti ani občanské sdružení QUIP – Společnost pro změnu, občanské sdružení PORTUS PRAHA, od kterého je možné získat materiály – knihy nebo filmy, občanské sdružení INVENTURA, které se zabývá točením filmů s osobami s MP a o osobách s MP či organizace Modrý klíč (Sovová, 2008).

### Sexuální výchova osob s MP

Způsobů, jak realizovat sexuální výchovu u osob s MP, je více. Rozhodně by to však neměly být jen útržkovité informace, protože u osob s MP vážně analýza a syntéza a generalizace. Vše by také mělo být realizováno co nejnázorněji. K tomu může dopomoci, ať už jde o část výchovy týkající se fyzické nebo emoční stránky člověka, použití obrázků, knih, videí, časopisů, v případě sexuální výchovy týkající se fyzické stránky osoby i konkrétní sexuální pomůcky.

Součástí sexuální výchovy u osob s MP by podle Bazalové (2009) měly být hygienické návyky, vhodnost místa, antikoncepce a těhotenství, nemoci a úchytky, volání o pomoc, znalost pojmů jako např. homosexualita, heterosexuality a bisexuality, pornografie a vysvětlení, že to není realita, vysvětlení, jaké mohou být formy vztahů, vyjadřování a terminologie.

Problematiku sexuality a sexuální výchovy nelze řešit v širokém spektru osob s MP a je nutné přihlídnout na individuální potřeby každého z nich. U každého stupně mentálního postižení se objevuje specifické problémy.

„U jedinců s lehkou mentální retardací se vyskytují problémy s promiskuitou, prostitucí, nemocemi, popřípadě zneužíváním. Při realizaci sexuální výchovy je třeba na toto brát zřetel a zaměřit se více na používání antikoncepce, podporu udržení vztahu, informace o existujících pohlavních chorobách atd.

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je to obdobné, ale tam považují za nutné informovat o vhodnosti prostředí pro masturbaci, informovat o pomůckách pro masturbaci a jejím způsobu, informovat o formách vztahů, hygieně, naučit je rozpoznávat zneužívání. U jedinců s těžkým a hlubokým mentálním postižením je třeba začít řešit sexualitu, protože toto je skupina, u které se na toto téma zcela zapomíná z důvodu řešení ostatních problémů" (Bazalová, 2009, s. 82).

Lisa T. Maurerová, americká specialistka pro práci s lidmi s vývojovými vadami, která se zabývá sexuální výchovou a výcvikem dovedností v této oblasti vidí pozitivní účinky kvalitní sexuální výchovy i mimo oblast samotné sexuality. Její funkce vidí i ve zvýšení sebevědomí, protože mladí lidé s MP se mohou cítit izolováni a zcela jiní než jejich vrstevníci. Přitom tělesný vývoj probíhá také u nich a seznamování s fyzickými změnami v období dospívání může tyto pocity zmírnit. Dále přináší sexuální výchova informace, kterých lze využít v praktickém životě, především pomáhá orientovat se ve složitých sociálních vztazích. Výsledkem by měla být i zlepšená komunikace díky přesnějšímu slovníku a jeho využívání umožní nejen lepší informovanost o sexualitě, ale mladí lidé se mohou více zajímat o své zdraví a informovat o něm své blízké.

Přiměřená a postupná sexuální výchova vytváří předpoklady pro navozování stále složitějších témat, dobré znalosti například umožní později hovořit o početí nebo antikoncepci. Informovanost o sexualitě přispěje k vytváření životních cílů a úvahách o budoucnosti. Bez těchto znalostí by mladí lidé mohli zbytečně podhodnocovat své schopnosti. Nyní mohou uvažovat o svém zdraví, nalezení partnera a i o rodičovství. A nakonec je sexuální výchova důležitá z hlediska prevence negativních jevů, především jde o sexuální zneužití. Pochopit rozdíl mezi sociálně přijatelným

a nepřijatelným chováním nebo chováním nezákonným a zákonným je z pohledu výchovy úkol samozřejmě velmi těžký (Mauerová In Svatoš, 2004).

#### Vzdělávání rodičů osob s MP

„U rodičů dětí s mentálním postižením se k problematice sexuality váže mnoho bariér. Přitom je potřeba začít s rozvojem sexuality a s formováním postojů od raného dětství. Rodiče mívají obavy z autoerotického sexuálního chování dítěte, z fyzického rozvoje v průběhu puberty, z genitální hygieny, nechtěného těhotenství, pohlavních nemocí, z trapných a zraňujících situací v běžné realitě... Někteří z nich se obávají, že jejich děti nebudou schopny přiměřeně a vhodně vyjádřit své sexuální nutkání, a stanou se tak terčem sexuálního zneužití. Tato rodičovská úzkost často ústí v hyperprotektivitu, která tak nechtěně brání naplňování práv sexuality a svobody volby jejich dětí. Profesionál provádějící sexuální výchovu mentálně postižených by měl s rodiči spolupracovat. Může jim tak pomoci zvládnout řadu obav, a navíc mohou rodiče pomoci i jemu. Zpřesňují totiž informace o dítěti a jsou přirozeným pojítkem mezi ním a odborníkem“ (Löfgren–Mårtenson, 2004 In Štěrbová, 2009).

### **3 Výzkumná část**

V této empirické části bakalářské práce budu blíže specifikovat výzkumnou otázku, hlavní cíl a dílčí cíle. Podkapitola zabývající se dílčími cíly obsahuje i otázky, které byly pokládány respondentům v polostrukturovaném rozhovoru. Dále popíšu zvolenou metodu a průběh sběru dat a tuto volbu zdůvodním. Uvedu také kritéria, na jejichž základě probíhal výběr respondentů a respondenty krátce představím. Na konec se pokusím zodpovědět dílčí otázky výzkumu.

#### **3.1 Formulace výzkumné otázky**

Hlavním cílem práce je analyzovat, jak svou sexualitu a mezilidské vztahy prožívají osoby s MP v konkrétním chráněném bydlení, tedy v Chráněném bydlení sv. Michaela a jak se na danou problematiku dívají a jak s ní pracují osobní asistenti z tohoto chráněného bydlení. Dále budu srovnávat, nakolik se vztah k sexualitě a prožívání mezilidských vztahů osob s MP liší nebo podobá pohledu osobních asistentů na tyto jevy. Výzkumná otázka tedy zní: „Podobnosti a rozdíly ve vnímání sexuality a mezilidských vztahů osob s mentálním postižením těmito lidmi a osobními asistenty v Chráněném bydlení sv. Michaela ."

#### **3.2 Cíle**

Hlavní výzkumná otázka je rozčleněna na sedm okruhů specifických otázek, které se zabývají znalostí a informovaností daného tématu osobami s MP i osobními asistenty a vnímání a prožívání sexuality a mezilidských vztahů osobami s MP a porovnání s tím, jaký pohled mají na problematiku osobní asistenti. Tyto otázky jsou doplněné o otázky tazatelské. Na základě předchozí známosti s respondenty si mohu dovolit použít v otázkách oběma skupinám tykání.

**Okruh č. 1: Míra informovanosti osobních asistentů (OA) (popř. vzdělání) v tématu sexualita u osob s MP**

1) Cítíš se dostatečně informovaný o tématu sexualita osob s MP? Víš, jak přistupovat k sexualitě mentálně postižených?

2) Byl jsi na školení? Bylo přínosné – co jste se dověděli?/ Chtěl by jsi jít?

### **Okruh č. 2: Míra informovanosti a vzdělanosti osob s MP v daném tématu**

3) Co je to sex, jaká může být forma, znáš rozdíly mezi ženou a mužem...?

4) Víš, jak se chránit před početím, pohlavními nemocemi, jaká máš práva, jak se chovat při zneužívání?

### **Okruh č. 3: Pohled OA na navazování a udržování přátelských a partnerských vztahů osob s MP**

5) Myslíš si, že osoby s MP mohou navazovat přátelské a partnerské vztahy kvalitativně srovnatelné se vztahy osob bez MP?

6) Snažíš se je v navazování a udržování vztahů podporovat? Jak?

7) Co si myslíš o uzavření manželství osob s MP? Mají na něj právo?

8) Co si myslíš o rodičovství osob s MP?

### **Okruh č. 4: Jak se osoby s MP staví k navazování a udržování přátelských a partnerských vztahů a jejich zkušenosti.**

9) Jsi rád mezi lidmi? Máš hodně kamarádů? Jak ses s nimi seznámil?

10) Máš holku/kluka? Chtěl bys? Proč?

11) Co pro Tebe znamená mít partnerský vztah?

12) Jaká/ý je /by měl/a být? Co se Ti na ni/něm líbí?

13) Chtěl by ses oženit, mít děti?

### **Okruh č. 5: Pohled OA na prožívání sexuality osob s MP**

14) Mají osoby s MP podle Tebe právo na sex? Jaký je Tvůj postoj k sexualitě osob s MP?

15) Mají klienti Chráněného bydlení sv. Michaela prostor k prožívání své sexuality?

16) Jaké s tím máš zkušenosti?

### **Okruh č. 6: Prožívání sexuality osob s MP**

17) Co děláš se svou partnerkou/partnerem? Jaké máš sexuální zkušenosti? Co bys chtěl dělat? Co se Ti líbí?

18) Máš na prožívání své sexuality dostatek soukromí?

### **Okruh č. 7: Míra otevřenosti a důvěry v daném tématu v chráněném bydlení**

- 19) Svěřuji se Ti klienti o svých vztazích a radostech a strastech s nimi spojenými? Jsi ochotný s nimi na toto téma mluvit? Jakou s tím máš zkušenost?
- 20) Myslíš si, že by se Ti klient svěřil nebo Tě požádal o radu, pokud by šlo o sexuální zneužívání?
- 21) Mluvíš s OA o svých vztazích, svěřuješ se jim?
- 22) Požádal bys někoho o radu týkající se vztahu nebo sexu?
- 23) Svěřil by ses někomu, kdybys měl problém (sexuální zneužívání, problémy ve vztahu)?

### **3.3 Zvolená metoda**

Jako metoda zkoumání byl zvolen kvalitativní výzkum, tedy „nenumerné šetření a předkládání sociální reality“ (Disman, 2002, s. 265). Metoda byla vybrána z důvodu, že „kvalitativní výzkum může minimalizovat mnohá zkreslení snáze, než výzkum kvantitativní. Data nejsou seřazována do korzetu předem připravených kategorií a hypotéz a procházejí mnohem menším počtem transformací, než kvantitativní výzkum“ (Disman, 2002, s. 266).

Jako technika sběru dat byl zvolený polostandardizovaný rozhovor. V tomto typu rozhovoru mohou být, jak uvádí Disman (2002), některé části strukturované a jiné naopak nestrukturované. Je možné klást doplňující otázky, není nutné pokládat otázky v přesném pořadí a je možné jejich znění obměňovat. Podle Dismana (2002) právě tento druh rozhovoru umožňuje sloučit výhody jak standardizovaného rozhovoru, kdy jsou otázky kladeny ve stejném znění a ve stejném pořadí, čímž může dojít ke špatné interpretaci, nepochopení nebo mohou uniknout širší souvislosti, tak nestandardizovaného rozhovoru, kdy je daná jen výzkumná otázka, což může velmi znesnadnit, popř. znemožnit vyhodnocení výsledků výzkumu.

### **3.4 Výběr respondentů**

Jako místo šetření bylo vybráno Chráněné bydlení sv. Michaela v Brně. Důvodem výběru místa je moje osobní zkušenost s respondenty, protože jsem v zařízení dva

měsíce působila jako dobrovolnice a čtyři měsíce v zařízení pracovala jako osobní asistentka. Mohu tedy ve vyhodnocování vycházet i z osobní zkušenosti a znalosti terénu.

K rozhovorům byly vybráni respondenti, se kterými jsem pracovala, na základě předpokladu, že respondenti budou ke známé osobě více otevření a zkreslení odpovědí na základě mírné znalosti osobnosti bude menší než u respondentů, se kterými jsem nepracovala.

Respondenti mezi osobami s MP byli vybíráni podle míry mentálního postižení, byly tedy vybrány osoby, které jsou schopny verbální komunikace a jsou schopny porozumět i vytvořit složitější věty. Na základě výše uvedených kritérií byli vybráni tři muži ve věku 25 – 43 let. Respondenti jsou osoby s lehkým mentálním postižením a všichni žijí v bydlení již několik let.

Osobní asistenti, kteří poskytovali rozhovor, byli vybráni na základě délky doby, po kterou pracují v zařízení a ochoty rozhovor poskytnout. Všichni respondenti byli na základě uvedených kritérií opět muži, kteří v bydlení pracují několik let a všichni mají zkušenost s klienty s různým stupněm mentálního postižení.

### **3.5 Průběh sběru dat**

Rozhovory s osobami s MP probíhali v chráněném bydlení v jejich pokojích. Klienti byli nejdříve dotázáni, zda jsou ochotni rozhovor poskytnout. V pokoji jsem s nimi poté vedla nevázanou konverzaci na obecná témata na uvolnění atmosféry. Poté jsem respondentovi oznámila téma, kterých se bude rozhovor týkat, zeptala se, zda můžu rozhovor nahrávat na diktafon a upozornila jej na fakt, že jeho jméno nebude zveřejněno.

Dva rozhovory s osobními asistenty probíhali přímo v chráněném bydlení, jeden rozhovor probíhal na jiném pracovišti, kde je respondent také zaměstnaný. Asistentům bylo představeno téma a byli upozorněni na nahrávání rozhovoru na diktafon.

Rozhovory byly pořizeny ve třech různých dnech, každý den byl pořizen jeden rozhovor s osobou s MP a jeden rozhovor s asistentem.

### 3.6 Analýza získaných dat

#### **Míra informovanosti osobních asistentů (OA) (popř. vzdělání) v tématu sexualita u osob s MP**

Míra informovanosti a vzdělání o tématu sexualita osob s MP je u osobních asistentů v Chráněném bydlení (ChB) sv. Michaela různá a záleží především na osobním zájmu osobního asistenta se v daném tématu vzdělávat.

Motivací ke vzdělání jsou především klienti, se kterými pracovník přímo pracuje. Jeden asistent potřebu dalšího vzdělání a informací z tohoto důvodu nepocítuje: *„A kdybych měl říct já za sebe, jakou mám potřebu vzdělávání v této oblasti, tak sám jako asistent nemám, protože pracuju pro lidi s postižením takovým, že podle mého názoru sexuálně nežijí, neptají se, protože většina z nich, pro které pracuju, ani nemluví, takže vlastně ty otázky nepřicházejí.“*

Jiný pracovník ze stejných důvodů informace k tématu vyhledal: *„To (seminář na téma sexualita osob s MP) jsem si našel sám... ale my jsme právě něco podobného začali řešit tady ve škole, tak jsme potom pátrali... My jsme to spíš potřebovali pro naše děcka ve škole...což zase tady je situace úplně jiná, protože oni tady nejsou doma.“* Stejně tak další respondent se dobrovolně přihlásil na školení o dané tématice, protože, jak uvádí: *„My to teda hodně řešíme, teďka aktuálně v bydlení.“*

Všichni dotázaní se tedy účastnili nějakého školení nebo kurzu zabývajícím se tématem, jeho rozsah byl však různý.

Míra informovanosti a vzdělanosti v tématu se lišila podle absolvovaných programů zaměřujících se tématem. Asistent, který absolvoval pouze jeden tříhodinový kurz, např. pojem sexualita zaměňuje s pojmem pohlavní styk. Na otázku, zda osoby s MP mají právo prožívat svou sexualitu odpověděl, že *„právo vejít k ženě má ten, kdo je její manžel.“* Asistent s absolvovaným rozsáhlejším školením naopak pojem sexualita



používá ve stejném slova smyslu, jako je používán v této práci: „Určitě... to je právě to, že když se řekne sexualita, tak každý hned tam vidí pohlavní styk. Já si myslím, že to se probírá od začátku té školní docházky, začíná to hygienou... a samozřejmě s tím dítětem se začne tím, že si má umývat ruce... a vlastně jde se nahoru po těch stupíncích a je to jen... kam až to dítě může dojít, čemu rozumí.“

Podle rozsahu absolvovaného školení se liší i pohled na sexuální výchovu osob s MP. Všichni dotazovaní se domnívají, že by osoby s MP měli být v daném tématu vzdělání, liší se však v názoru, jakou formu by výchova měla probíhat. Asistent, jenž absolvoval méně rozsáhlý kurz, odmítá realizaci sexuální výchovy profesionálním školitelem: „To určitě ne. Ten člověk s postižením by se měl dozvědět stejně jako ten člověk bez postižení o vztazích, potažmo potom o sexualitě od rodičů, když je nemá, tak od těch opatrovníků, od těch blízkých lidí z rodinného prostředí, může o tom mluvit se svejma blízkějma, se kterejma se vídá, ať jsou s postižením nebo bez postižení, v žádném případě by neměla tady informace nebo vzdělání poskytovat ta služba osobní asistence. Tam bych to v žádném případě neviděl jako dobrý, aby chodil nějaký asistent za klukama do paneláku někde, aby si rodiče objednali sexuální výchovu. Vidím teďka nebezpečí právě toho, že může v poslední době pronikat pornografie... a co je to druhý slovíčko... sexuální služby... do oblasti sociální práce.“

Pracovník po absolvování rozsáhlejšího kurzu však vidí sexuální výchovu jako součást vzdělání týkajícího se zdraví člověka, považuje tedy za vhodné, aby byla jako součást tohoto předmětu vyučována na základní škole: „... to je v rámci předmětu člověk a zdraví, tak v rámci toho by se to mělo probírat“ a dodává: „Klidně ať přijde někdo zvenčí udělat nějakou osvětu, samozřejmě by musel být detailně seznámen s tím, co tam bude mít za lidi, ale jako... klidně by mohlo být, zvenčí, taková nějaké obecná osvěta.“

### **Informovanost a vzdělanost osob s MP v daném tématu**

Informace klientů ChB sv. Michaela o tématu jsou velmi útržkovité, neúplné a ne vždy správné. Podle všech dotazovaných neabsolvovali žádné školení týkající se sexuality a informace mají převážně od kamarádů.

Dotazování neví, co je to sex nebo k vysvětlení nedokáží použít relevantní pojmy. Jeden klient na otázku, co je sex odpovídá: „*Toto (gestikuluje) – toto dá holce tam.*“ Dotazování však prokázali určité znalosti, co se týče antikoncepce. Znali alespoň jednu formu (hormonální antikoncepci nebo kondom) a věděli, že slouží k zabránění početí dítěte. Jeden respondent na otázku, zda ví, co je antikoncepce odpovídá: „*Vím, to jsou prášky takový.... abych neměl miminko.*“

Jiný respondent na stejnou otázku odpovídá: „*To je ochrana. Na spodek.... proti miminku.*“

Většina respondentů však má velmi malé znalosti o pohlavně přenosných nemocích. Buď vůbec neví, co si pod pojmem představit, nebo znají pouze AIDS.

Rozdíly mezi ženou a mužem dokázala většina dotazovaných pojmenovat, ale pouze nespisovnými výrazy: „*Kluci mají pindíka a holky mají pipinku.*“, popř. „*že holka má vaginu a kluk má... ja nevim.*“

Jeden z dotazovaných neví, co znamená pojem masturbace, další tvrdí, že ano, ale nedokáže jej vysvětlit. Pouze jeden z dotazovaných uvádí jako odpověď „*že si někdo hraje s přirozením.*“ Nikdo z dotazovaných neví, co je to sexuální zneužívání. Na dotaz klient odpovídá: „*To slyším poprvé.*“

### **Pohled OA na navazování a udržování přátelských a partnerských vztahů osob s MP**

Všichni dotazování mají kladný vztah k vztahům, které vznikají mezi osobami s MP a považují je za žádoucí. Domnívají se, že mezilidské vztahy osob s MP jsou stejně jako vztahy osob bez MP důležitou součástí života a přikládají jim stejnou důležitost: „*Tam je taky problém, že spousta lidí bere osoby s MP jako děti, které by neměli mít...že si neuvědomují, že i ten člověk s MP chce mít nějaký vztah, chce mít ten život plnohodnotný tímto způsobem.*“ Všichni považují za samozřejmost, aby osoby s MP takovéto vztahy navazovaly. Dotazování se také snaží podporovat fungující vztahy: „*Tak řešíme třeba u někoho třeba konkrétně jak dál....jak navázat na bydlení, aby ti lidi mohli být spolu.*“

Dva dotazování jsou přesvědčeni o tom, že lidé s MP mají právo uzavřít manželství:

*„Tak právo na to mají určitě. To vychází z Listiny práv a svobod....“* Jeden dotázaný názor nemá ujasněný: *„No... to si myslím, že je otázka složitá... neznám žádnýho člověka s postižením, který by žil v manželství. To je můj hendikep, nemůžu mít prostě příklad.“* Větší odlišnost lze vidět v názorech na rodičovství osob s MP, liší se především v pohledu jeho závislosti na manželství. Jeden dotázaný vidí manželství jako podmínku rodičovství: *„Pokud ti lidi mohou uzavřít manželství a uzavřou ho a jsou manželé, tak mohou mít děti.“* Jiný respondent však otázku shledává složitější: *„... dřív jsem to bral jako ano, proč ne, na to jsme vedli spoustu debat a řešili jsme to a je tam potřeba strašně citlivě zvažovat, že pokud ten dotyčný klient nebo klientka by měla dítě a nebyla schopná se o něj starat, tak potom by ta péče o to dítě spadla na ty rodiče. A vlastně i svým způsobem ten pohled, vyjádření toho rodiče... protože on potom ve finále se tím bude muset zabývat.“*

### **Jak se osoby s MP staví k navazování a udržování přátelských a partnerských vztahů a jejich zkušenosti.**

Mezilidské vztahy jsou pro všechny dotazované klienty důležité, liší se však přisuzování důležitosti partnerskému vztahu. Pro jednoho dotazovaného partnerský vztah není důležitý, jako podstatné uvádí mít hodně kamarádů. Ostatní považují partnerský vztah za důležitý, jeden respondent jako důvod, proč je to pro něj tak důležité, uvádí: *„Abychom se měli rádi.“* Respondent, který má partnerku, na dotaz, proč je pro něj vztah důležitý, odpovídá: *„Asi ta láska.“* Všichni dotazovaní mají z minulosti zkušenost s partnerským vztahem a všichni se také shodnou na tom, že by chtěli žít v partnerském vztahu. Dotazovaní se také shodnou na tom, že by jejich partnerka měla být především hodná.

Odlišné jsou pohledy na rodičovství. Jeden respondent si chce svou partnerku vzít, děti ale nechce. Jiný klient ChB se ženit naopak nechce: *„... radši jako kamarádit s holkou, to jo. Ale ona by potom chtěla peníze, tamto, to by si koupila, potom by řekla „víš miláčku já potřebuju tamto, já potřebuju tamto...“, rád by měl ale děti: „Děti jo.... Děti mám rád. Takhle když je vidím u kamaráda...přindu a „strejdo, já chcu auto“ a „strejdo, já chcu toto“... Jo, někdy jo... ale já bych děti nemlátil. Já bych byl hodnej tatka.“*

## **Pohled OA na prožívání sexuality osob s MP**

I přesto, že dotazování asistenti rozumí pojmu sexualita různě, shodli se, že na její prožívání osoby s MP mají právo: *„Stejně jako ostatní lidi bez postižení na tu sexualitu má právo i ten člověk s MP.“* Liší se však zkušenosti s prožíváním sexuality lidmi s MP, a to podle klientů, se kterými asistent pracuje a jejich míry postižení. Asistent pracující s klienty s těžkým postižením uvádí, že žádné zkušenosti nemá, narozdíl od asistenta pracujícího s klienty s lehčí formou postižení: *„No... u nás spíš zkušenosti s homosexuálním chováním, vztahem a to teď v přítomnosti probíhá. Klienti spolu mají nejen vztah, ale prostě... tam i něco probíhá.“*

Asistenti se liší v názoru na masturbaci. Jeden názor je takový, že je to přirozené a klienti se této činnosti mohou věnovat: *„Myslím si, že jim to určitě není odepíráno, že by se nemohli věnovat těmto věcem. Ne že by je k tomu někdo cíleně vedl, pomáhali k tomu... to je asi o tom, že by si k tomu měl každý přijít sám.“* Druhý názor je však takový, že sebeukájet by se neměli ani lidé s MP, ani lidé bez MP: *„Tak ta masturbace to je to, s čím má člověk bojovat, protože to není v pořádku, aby takto žil.... Že se to může stát, člověk s tím bojuje, bojuje s tím i těžko, ale není to nějaká životní meta.... Já si myslím, že by to neměli dělat lidi zdraví ani lidi s MP... pro nikoho to není dobré. Masturbace není dobrá.“* Všichni dotazování se však shodli, že v ChB sv. Michaela je dostatek prostoru k prožívání své sexuality: *„Tak může to být pro ně obtížnější, když v tom bytě bydlí spousta lidí, ale každý má svůj pokoj a tam má soukromí, nikdo mu tam nezasahuje.“*

Pohled a přístup na sexualitu osob s MP tedy není zcela jednotný. Důvodem může být i nedostatečně zpracovaný protokol sexuality, jehož důležitost zmiňuji v teoretické části a neinformovanost asistentů o jejich existenci. K tomuto závěru docházím na základě odpovědi respondenta na dotaz, zda má ChB sv. Michaela protokol zpracovaný: *„Jako je... já jsem ho viděl loni, takový stránkový... bylo to hodně obecné. Já jsem chtěl, jestli by to nešlo napsat konkrétně, ale potom, když jsme se nad tím zamýšleli, tak ono je to hrozně těžký napsat to takhle konkrétně, protože ono je to potom strašně závazné. Takže to mít takhle obecné a potom každý ten případ řešit individuálně,“* k čemuž asistent dodává: *„Před tím rokem, možná před dvěma, když jsme to řešili, tak to určitě lidi četli. Ale za ty dva roky se tam změnil kolektiv, takže si myslím, že tak padesát procent lidí o tom nemá vůbec představu, že něco takového je.“*

### **Prožívání sexuality osob s MP**

Zjistit, jak dotazování prožívají svou sexualitu, bylo poměrně obtížné ze dvou důvodů. Všichni respondenti se o tématu styděli mluvit a snažili se rozhovor stočit jinam a také, jak už bylo uvedeno výše, neznají pojmy nebo je používají ve špatném smyslu, je tedy občas obtížné s jistotou určit, co při použití pojmu měli opravdu na mysli.

Jeden dotazovaný již měl pohlavní styk se svou bývalou partnerkou a na dotaz, zda by si přál víc soukromí na masturbaci odpověděl, že *„ani ne, já to nepotřebuju.“* Z odpovědi *„Když mám klíče, tak se zamknu, aby mě nikdo nerušil“* dalšího respondenta na otázku, zda má dostatek soukromí na masturbaci je zřejmé, že žije sexuálním životem a že je spokojený s mírou soukromí, kterou mu ChB poskytuje. Klient, který má vztah s dívkou na otázku, zda s ní měl sex odpovídá: *„Ještě jsme to nezkoušeli.“* S partnerkou mají jiný tělesný kontakt, drží se za ruce nebo se hladí.

### **Míra otevřenosti a důvěry v daném tématu v chráněném bydlení z pohledu OA**

Zde opět velmi záleží na tom, jakou formu postižení mají klienti, se kterými dotazovaný asistent pracuje, asistent pracující s klienty s těžkým postižením nemá s tímto žádnou zkušenost. Ostatní asistenti na věc nemají jasný názor a považují to za velmi individuální: *„Nevím, asi jak kdo... To těžko říct, jestli by přišel sám. On spíš když má nějaký problém, tak reaguje negativně, takže na něm už je vidět, že má nějaký problém a my se snažíme se ho na to zeptat.“* Další asistent ho doplňuje: *„Tak to je otázka... to je hodně individuální. Někdo by asi šel za někým z nás, někdo za psychologkou... těžko říct.“*

Dotazování asistenti se shodnou i na tom, zda je v ChB osoba, na kterou by se klient obrátil v případě zneužívání: *„To je otázka s tím těžším postižením, jestli by vůbec byli schopni to rozeznat. Oni se asi jako takhle nevyjádří, to spíš na základě nějakého pozorování toho dotyčného. Ten s tím lehčím postižením, ten by přišel, to on by se okamžitě ozval. No... já si myslím že by možná šel přímo za vedoucím.“*

## 4 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit podobnosti a rozdíly ve vnímání sexuality a mezilidských vztahů osob s mentálním postižením těmito lidmi a osobními asistenty v chráněném bydlení sv. Michaela. Nejprve se pokusím vyřešit dílčí otázky, což povede mj. i k přiblížení se odpovědi na otázku hlavní. Při konstatování závěrů na některé jednotlivé cíle budu vycházet i z vlastní zkušenost, kterou jsem během několik měsíců v chráněném bydlení získala

Jak vyplývá z odpovědí asistentů, všichni dotazovaní byli s tématem do určité míry seznámeni. Stále to sice není v takové míře, jakou např. Švarcová (2006) považuje za optimální, tedy aby absolvování kurzu bylo povinné. Zároveň ale z rozhovorů vyplynulo, že jsou pracovníci s tématem seznámeni do takové míry, jakou považují za potřebnou vzhledem ke klientům a jejich typu postižení.

Hůře jsou však vybaveni informacemi o sexualitě a tématech s ní spojenými samy osoby s MP. Jak již bylo zmíněno ve výzkumné části, zodpovědět tuto dílčí otázku ztěžuje fakt, že osoby s MP o tématu nechtěly moc mluvit. Získaným faktem však zůstává, že informace dotazovaných osob s MP jsou velmi kusé, neucelené a ne vždy správné. Vzdělání v sexuální výchově lidí takového věku a míry postižení, jako byli dotazovaní, by mělo být hlubší.

Pohled osobních asistentů a osob s MP na navazování a udržování partnerských vztahů je velmi podobný, dá se říci totožný. Obě skupiny považují vztahy osob s MP za přirozenou a důležitou součást života, která je však velmi individuální a její prožívání se u každého jedince liší. Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že mezilidské a partnerské vztahy se v chráněném bydlení sv. Michaela považují za běžnou a přirozenou věc a osobní asistenti se je snaží rozvíjet, popř. usměrňovat, pokud by to mohlo někoho poškodit. Konverzace o nich je přirozená a na denním pořádku.

Jak již bylo zmíněno výše, zjistit, jak osoby s MP prožívají svou sexualitu, bylo ztíženo jejich studem o tématu mluvit. Z rozhovorů vyplynulo, že dotazovaní prožívají svou

sexualitu způsobem, který jim vyhovuje. Obě dotazované skupiny se opět shodly v názoru, že klienti mají dostatek soukromí a prostoru na prožívání své sexuality. Já mohu opět potvrdit závěr vzešlý z rozhovorů díky své zkušenosti. Někteří klienti žijí sexuálním životem, ať už např. praktikují sebeukájení, nebo jde o kontakt mezi dvěma lidmi. Dělají to však vhodným způsobem, který nenarušuje život v bydlení a nikoho neobtěžuje a je plně respektováno jejich soukromí.

Co se týče důvěry mezi klienty a pracovníky, opět se má zkušenost shoduje s výpovědi klientů i asistentů. Je to velmi individuální a záleží jak na konkrétních klientech, tak na konkrétních asistentech. Někteří klienti si vytvořili k asistentům bližší vztah, většinou k jednomu více než k ostatním a s tímto člověkem jsou ochotni řešit i otázky intimnější povahy.

Odpověď na hlavní otázku: "Je (a popř. jaký) rozdíl mezi vnímáním sexuality a mezilidských vztahů osob s mentálním postižením těmito lidmi a osobními asistenty v chráněném bydlení sv. Michaela?" vyplývá ze zodpovězení dílčích otázek. Vidím jako velmi pozitivní zjištění, že to, jakým způsobem vnímají své vztahy, ať už přátelské nebo partnerské či prožívání sexuality je u osob s MP a osobních asistentů velmi podobné, troufám si dokonce říct, že je ve své podstatě shodné, samozřejmě s přihlédnutím na individualitu každého člověka. Stejně tak obě skupiny pohlíží stejně i na mezilidské vztahy – shodují se, že jsou velmi podstatnou součástí života a že každý člověk by takové vztahy měl mít a rozvíjet je.

## 5 Seznam použité literatury

- 1) BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006.
- 2) BRICHČÍN, S. Jak přistupovat k erotickým vztahům dospívajících s postižením. *Děti a MY*, 1999.
- 3) ČERNÁ, M., Klasifikace mentální retardace. In PIPEKOVÁ, J., *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006.
- 4) DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002.
- 5) EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000.
- 6) JANIŠ, K. *Metodika sexuální výchovy mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004.
- 7) KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004.
- 8) KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.
- 9) KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita lidí s mentálním postižením: absolventská práce*. Olomouc: CARITAS – VOŠs, 2000. Vedoucí absolventské práce Mgr. Martin Bednář.
- 10) KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum.
- 11) LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989.
- 12) LUHANOVÁ, I. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací: diplomová práce*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta pedagogická, 2000. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jan Šiška.
- 13) MATULAY, K a kol., *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1986.
- 14) MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001.
- 15) MATOUŠEK, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.



- 16) MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ J., *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005.
- 17) MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha : Slon, 1999.
- 18) MELLAN, J. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004.
- 19) MITLÖHNER, M. *Erotika a paragrafy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999.
- 20) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006.
- 21) PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006.
- 22) PIPEKOVÁ, J. *Pedagogika osob s mentálním postižením-psychopedie*. In VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004.
- 23) PONDĚLÍČKOVÁ, J. *O sexuální výchově bez rozpaků*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973.
- 24) PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, J. *Nezralá sexualita*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990.
- 25) RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN, 1973.
- 26) SOVOVÁ, O. *K některým problémům mlčenlivosti v pomáhajících organizacích*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2008.
- 27) SVATOŠ, J. *Sexuální výchova mentálně postižených dětí a dospívajících*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004.
- 28) ŠKORPÍKOVÁ, A. *Partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením: diplomová práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Fakulta pedagogická, 2007. Vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Barbora Bazalová, Ph.D.
- 29) ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů Fakulty tělesné výchovy Univerzity Palackého v Olomouci*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004.
- 30) ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, 2007
- 31) ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením není tabu! Psychologie dnes*, 4.11.2009, vydání 11/2009, zasláno autorce bakalářské práce e-mailem

- 32) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče* 3. vyd. Praha: Portál, 2006.
- 33) TRÁVNÍK, P. *Základy sexuologie a sexuální výchovy*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2000.
- 34) TROJAN, O. *O čápech a vránách – jak nejlépe mluvit s dětmi o sexu*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: FRAGMENT, 1994.
- 35) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002.
- 36) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999.
- 37) VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, s.r.o., 2003.
- 38) VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 68. publikace. Brno: Paido, 1998.
- 39) WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005.
- 40) *Zákon o sociálních službách*. Zákon č.108/2006 Sb.v účinném znění ke dni 15.4.2012

## 6 Internetové zdroje

- 1) Chráněné bydlení [online]. c2005/2007 [cit. 3. února 2012]. Dostupné z: <<http://www.proutek.cz/chranene-bydleni>>
- 2) PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s mentálním postižením*. [online].c2002/2007 [cit.15. února 2011]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>.
- 3) Oblastní Charita Brno [online]. c2012 [cit. 15.března 2012]. Dostupné z: <http://brno.charita.cz/sluzby-pro-lidi-s-mp/chranene-bydleni-sv-michaela/poslani>
- 4) KUDRNOVÁ, A. *Jsi moje láska*. [online].c 1999 [cit. 7. března 2012]. Dostupné z: <http://respekt.ihned.cz/c1-35929260-jsi-moje-laska>