

**Univerzita palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a charitativní práce

Bc. Kateřina Klenotová

*Postoje klíčových pracovníků
k partnerskému životu klientů s mentálním
handicapem ve vybraném chráněném bydlení*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Miloš Votoupal

2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Postoje pracovníků k partnerskému životu klientů s mentálním handicapem ve vybraném chráněném bydlení vypracovala samostatně a použila jen uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci

dne.....

Poděkování:

Děkuji tímto Mgr. Miloši Votoupalovi, za poskytnutí odborných konzultací, cenných rad a připomínek při zpracování diplomové práce. Dále mé rodině za podporu a zaměstnancům Chráněného bydlení Domov za ochotu a vstřícnost při realizování výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	4
1 MENTÁLNÍ HANDICAP	4
1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	4
1.2 CHARAKTERISTIKA OSOB S MENTÁLNÍM HANDICAPEM	6
1.2.1 Lehká mentální retardace, IQ 69 – 50 (F70).....	6
1.2.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 49 – 35 (F71)	7
1.2.3 Těžká mentální retardace, IQ 34 – 20 (F72).....	7
1.2.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)	8
1.2.5 Jiná mentální retardace (F78)	8
2 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM HANDICAPEM.....	10
2.1 VÝVOJ, ZÁKLADNÍ POZNATKY.....	10
2.2 SEXUALITA A PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	11
2.2.1 Dokumenty týkající se sexuality osob se zdravotním a mentálním handicapem .	13
2.3 PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	14
2.4 PRÁVO ZALOŽIT RODINU A ANTIKONCEPCE U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	17
3 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA A OSVĚTA U OSOB S MENTÁLNÍM HANDICAPEM.....	20
3.1 ZÁKLADNÍ POJMY A ASPEKTY SEXUÁLNÍ VÝCHOVY A OSVĚTY.....	20
3.2 OBLASTI SEXUÁLNÍ VÝCHOVY A OSVĚTY	22
3.3 FREKVENTOVANÉ CHYBY PRACOVNÍKŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ OSVĚTY	24
4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ	25
4.1 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ.....	26
4.2 DOKUMENTACE ZAŘÍZENÍ VZTAHUJÍCÍ SE K TÉMATU SEXUALITY KLIENTŮ	27
4.3 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ	28
4.4 ROLE A POSTOJE KLÍČOVÝCH PRACOVNÍKŮ V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
5.1 PLÁN VÝZKUMU	34
5.1.1 Výzkumné prostředí.....	35
5.1.2 Výzkumný soubor.....	35
5.1.3 Metodologické ukotvení	36
5.1.4 Zvolená metoda	36
5.2 PRŮBĚH SBĚR DAT.....	37
5.3 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
5.4 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ A ZODPOVĚZENÍ STANOVENÝCH CÍLŮ.....	38

ZÁVĚR.....	51
SEZNAM OTÁZEK KLADENÝCH V ROZHOVORECH:	54
ZDROJE	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	61
PŘÍLOHY.....	62

Úvod

„Porozumět sexualitě osob s mentálním postižením znamená nehledat rozdílnosti či zvláštnosti, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí.“

M. Valenta, O. Müller

Je těžké vcítit se do pocitů člověka s mentálním handicapem. Nevíme, jaké to je vidět svět jeho očima. Jediné, co si dokážeme představit, je touha po citu, lásce, dotyku a porozumění. Z otázky zachování stejných práv jedinců s mentálním handicapem, jeho rozvoji, plnohodnotnému životu a socializaci vyplývá také zachování práva na lásku, vztah a sexuální život.

Zejména díky procesu deinstitucionalizace je toto téma v dnešní době hodně diskutované nejen odborníky, ale i laickou veřejností. I přes to si dovoluji tvrdit, že je toto téma pro mnohé stále tabu. Tento postoj bych u široké veřejnosti dokázala omluvit jak nedostatkem informací a zkušenostmi s kontaktem s lidmi s mentálním handicapem, tak intimitou tématu.

Záleží ovšem na každém jedinci, zda je vůbec schopen a ochoten se o takovém tématu bavit v běžném životě, natož ve spojitosti s lidmi s mentálním handicapem, se kterými nejsou běžně v kontaktu. Mnoho lidí v mém okolí se s lidmi s mentálním handicapem osobně nesetkalo, případně minimálně, pokud ovšem na jedinci zjevně poznali, že tato osoba má nějaký handicap. Je důležité, aby si majoritní většina uvědomila, že lidé, kteří se kvůli svému handicapu jakkoliv odlišují, patří do společnosti a nemohou být odsouváni na její okraj.

V tomto tématu je, dle mého názoru, důležité se zaměřit na lidi, kteří jsou v přímém kontaktu s mentálně handicapovanými jedinci, kteří žijí v pobytových zařízeních, tedy na klíčové pracovníky. Ve své diplomové práci se zaměřuji na jejich postoje k partnerství a k sexualitě svých klientů, které mohou být ovlivněny mnohými faktory a také se zaměřuji na otázku vzdělávání a motivace klíčových pracovníků. Pod pojmem partnerství mám na mysli kamarádství, „chození“, možnost společného žití a také sexuální život a otázka soukromí.

K tématu partnerství patří také otázka manželství, antikoncepce a možnost mít potomka. Cílem mé diplomové práce je zjistit, zda jsou klíčový pracovníci dostatečně motivováni, vzděláni a připraveni s klienty chráněného bydlení řešit otázky spojené s jejich potřebami v partnerském životě.

Otázka partnerského života a sexuality by neměla být tabuizována. Mělo by se k ní přistupovat jako k jakékoliv jiné lidské potřebě. Měli bychom brát tyto projevy jako přirozené, protože lidé s mentálním handicapem by měli žít s námi a ne vedle nás.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. První kapitola se zabývá charakteristikou pojmu mentálního handicapu. Je zde popsáno definování tohoto pojmu několika autory a také zahrnuje následné vysvětlení, proč je nejen v názvu, ale také v celém textu používán pojem mentální handicap. Součástí této kapitoly je charakteristika osob s mentálním handicapem dle jednotlivých stupňů.

Druhá kapitola se věnuje sexualitě osob s mentálním handicapem. Obsahem této kapitoly je vývoj a základní poznatky, dále se zabývá sexualitou a právy osob s mentálním handicapem a seznámením s právními dokumenty, které se tohoto tématu týkají. Nedílnou součástí je oblast partnerství, manželství a rodičovství a poslední část kapitoly je zaměřena na právo založit rodinu a s tím spojená oblast antikoncepce.

Třetí kapitola se věnuje sexuální výchově a osvětě u osob s mentálním handicapem. Zde jsou uvedeny základní pojmy a aspekty sexuální výchovy a osvěty, dále obsah osvěty a výběr frekventovaných chyb pracovníků při poskytování sexuální výchovy a osvěty.

Poslední, čtvrtá kapitola se věnuje tématu chráněného bydlení. Obsahuje legislativní vymezení, popis vnitřních dokumentů týkající se partnerství a sexuality u klientů a také je zde část věnována klíčovým pracovníkům v chráněném bydlení, jejich rolím a postojům.

Praktická část je rozdělena do pěti bodů, které popisují průběh celého výzkumu. Obsahuje přesný popis výzkumného šetření, plán výzkumu, průběh sběru dat a cíle výzkumného šetření. Poslední částí je interpretace zjištěných

výsledků a zodpovězení stanovených otázek. V této části byla stanovena hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky.

Cílem výzkumného šetření bylo, zda jsou klíčový pracovníci chráněného bydlení dostatečně motivováni, vzdělávání a připraveni s klienty řešit otázky spojené s jejich potřebami v partnerském a sexuálním životě. S touto hlavní výzkumnou otázkou byly spojeny čtyři vedlejší výzkumné otázky, které pomohly hlavní výzkumnou otázku zodpovědět. Důležitými zdroji byla metoda pozorování, dotazování a studium dokumentů a literatury. Výzkumné šetření bylo realizováno pouze v Chráněném bydlení Domov. Z tohoto důvodu nemůžou být výsledky zobecnitelné pro všechna zařízení tohoto typu. Tato diplomová práce však může posloužit jako zdroj informací pro jiné pracovníky a zřizovatele charakterizované sociální služby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální Handicap

„Osobnost je individuální jednota člověka, jeho duševních vlastností a dějů, která je založená na jednotě těla a projevuje se ve společenských vztazích. Vzhledem k tomu, že každá lidská osobnost je jedinečná a složitá konfigurace duševních vlastností a dějů, je nesmírně složité podat alespoň obecný, hrubý náčrt charakteristiky osoby s mentální retardací“ (Lečbych, M., 2008, s. 29).

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení

O. Matoušek definuje mentální postižení takto: „Mentální postižení je souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností.“

Americká asociace pro mentálně retardované používá následující definici: „Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, seburčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“

V posledních desetiletích se pro tuto cílovou skupinu sociálních služeb používá termín lidé s postižením. Tím je zdůrazňováno, že významnější než postižení je fakt, že takový člověk je lidská bytost. (Matoušek, 2005, s. 111)

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“ (Slowík, J., 2007, s. 109). Upozorňuje ovšem, že není postihnuta pouze oblast mentálních schopností, ale jistý negativní dopad je prokazatelný na celou lidskou osobnost ve všech dalších jejích složkách.

M. Valenta a O. Müller mentální retardaci definují jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením

kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“ (Valenta, M., Müller, O., 2003, s. 14).

Kvapilík a Černá (1990, s. 7) dále uvádějí, že mentální retardace není nemoc, jedná se o stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí a proto se takový jedinec hůře orientuje v životním prostředí.

Švarcová (2006, s. 28) uvádí, že „za osoby s mentálním postižením se považují takový jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“ Dále také popisuje, že: „Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“ Švarcová (2006, s. 29).

Dle Krejčířové: „Mentální retardace je závažná porucha inteligence, která je podmíněna vnitřními – biologickými faktory a je trvalého charakteru, vnějšími vlivy může být ovlivněna pouze v rámci biologicky daných limitů. Jde o postižení vývoje rozumových schopností, které je vrozené nebo částečně získané a které podmiňuje i významné omezení adaptivního fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová 2001, s. 400)

Kolářová vysvětluje různorodost pojmů a to: „Zatímco hendikep je jakožto sociální vztah proměnlivý a relevantní, postižení má údajně relevantní míru. Přes odlišnosti v jednotlivých formulacích vztahu mezi postižením a hendikepem např. hendikep vyplývá z poruchy nebo omezené schopnosti, či se objevuje v důsledku postižení), se ve všech definicích rozlišuje mezi výchozí tělesnou/mentální/senzorickou jinakostí (postižením) a hendikepem, který je naopak pojat jako odraz konkrétní situovanosti postižení v sociálním kontextu.“ (Kolářová, 2012, s. 44)

1.2 Charakteristika osob s mentálním handicapem

V návaznosti na vymezení pojmu mentální handicap, budou v této části, jak již uvádí samotný název, popsány jednotlivé stupně a charakteristika osob s mentálním handicapem. Jsou zde popsány jednotlivé úkony, které jedinci zvládají.

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

Valenta a Müller (2003, s. 44) uvádí, že jedinci mají „opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně nezávislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení. Výchovné prostředí má u těchto klientů velký význam.“

Švarcová (2006, s. 34) dodává, že: „u emočně a sociálně nevyzrálého jedince se může retardace projevit neschopností vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání či udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. Obtížně se přizpůsobuje očekávání společnosti.“

Lze definovat, že emocionální, behaviorální, a sociální potíže a potřeby osob s lehkou mentální retardací jsou bližší potížím jedinců s normální inteligencí, než potížím osob se středně těžkou a těžkou retardací. Lidé s lehkou mentální retardací mají schopnost se naučit adaptivní sexuální dovednosti v souladu s normami společnosti a osvojit si vhodné heterosexuální i homosexuální chování, pokud jsou k tomuto dostatečně poučeni za pomoci sexuální osvěty a poradenství.

Z důvodu výše uvedeného omezení schopností je pro osoby s lehkou mentální retardací vhodné využít např. služby Podpora samostatného bydlení. Pracovník zařízení dochází do bytu klientů, poskytuje podporu klientům tak, aby byli schopni samostatného života. J. Slowík (2007, s. 119) ve své knize uvádí, že: „u těchto osob je prognóza sociální integrace zpravidla velmi dobrá.

Pokud k tomu dostanou příležitost, jsou tito lidé schopni zcela samostatně nebo jen s minimální podporou bydlet, pracovat a žít v běžné sociální komunitě“.

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

Podle I. Švarcové (2006, s. 34, 35) je „výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost. V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život.“

Jak uvádějí Kvapilík a Černá (1990, Tab. 1. s. 11,12), 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.

J. Slowík (2007, s. 119) uvádí, že: „mají mimo jiné obtíže i při běžném sociálním kontaktu; jejich spontánní projevy (dotýkání se druhých, neobvyklé projevování emocí, omezená schopnost řečové komunikace atd.) jsou pro okolí zpravidla velice překvapivé a ne každému příjemné. I když tito jedinci žijí v domácí péči rodiny, zůstává jejich sociální síť většinou řídká a patří mezi osoby mimořádně ohrožené rizikem sociální exkluze“.

Doplňuje že: (s. 114) „Projevuje se značně opožděným vývojem v dětství; většina těchto osob je ale schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání; v dospělosti potřebují tito jedinci různou míru podpory pro zvládnutí života a práce v prostředí běžné společnosti.“

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

Kvapilík a Černá (1990, Tab. 1. s. 11-12) píšou o značné pohybové neobratnosti, omezení motorického vývoje, omezení psychických procesů, minimálním rozvoji komunikativních dovedností a řeči, impulsivitě. Osoby

s těžkým mentálním handicapem potřebují neustálé poskytování podpory (Slowík, s. 114)

Dle M. Valenty a O. Müllera (2003, s. 45) : „výrazné opoždění psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, jejich potrava musí být speciálně upravena, řečový vývoj se stagnuje na předřečové úrovni. Velmi časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, afektů a agrese.“

Švarcová (2006, s. 35) píše o těžké mentální retardaci, že: „ je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, je zde ovšem mnohem výraznější snížená úroveň schopností.“Poukazuje ovšem, že zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

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

„Nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, často těžké sensorické a motorické postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbální odpovědi.“ (M. Valenta, O. Müller. 2003, s. 45)

I. Švarcová (2006, s 36) doplňuje, že: „IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20.

J. Slowík (2007, Tab. 21, s. 114) shrnuje, že se „projevuje vážným omezením v sebeobsluze, kontingenci, komunikaci a mobilitě.“

1.2.5 Jiná mentální retardace (F78)

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovené stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné, a to pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování,

osob autismem či u těžce tělesně postižených osob.“
J. Slowík (2007, Tab. 21, s. 114)

Jak uvádí M. Černá (2008, s. 75) termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné české psychopedii používají jako synonyma a samotný syndrom je pak nazýván jako mentální retardace. V této kapitole jsem použila citace z odborné literatury, ze kterých je zřejmá rozdílnost pojetí těchto termínů a zároveň se shodují na jasných prvcích, které tuto oblast definují. Termíny jako „osoba (osoby, lidé) s mentálním postižením“ a „osoba s mentální retardací“, které se v dnešní době používají, v první řadě kladou důraz na skutečnost, že se jedná o lidské bytosti, osobnosti. Každý z nich je jedinečný s různými potřebami. Teprve na druhém místě je, že mají nějakou formu postižení.

Jak jsem již uvedla v názvu mé práce, dovolím si používat termín lidé s mentálním handicapem. Charakterizovat mentální handicap jako celek je velmi složité, proto jsem v první kapitole použila citace několika autorů.

Každý jedinec se liší nejen svým charakterem, vnímáním, myšlením, emocemi, ale také výchovou, postojem a životními zkušenostmi. V první části kapitoly jsem z tohoto důvodu také citovala z knihy Kateřiny Kolářové. Není jednoznačně možné říci, který pojem je správný, různí autoři různě pojmenovávají a je jen na každém z nás, který pojem používá a dokáže jeho chápání také vysvětlit.

Z pohledu na pojem postižení je patrné, že jedinec je spojen s nějakou překážkou, neobvyklostí, která ho určitým směrem omezuje. Je to člověk, kterému musíme pomoci a ochraňovat ho před běžnými, pro něj určitě nepřemožitelnými překážkami. Otázkou je, zda tento člověk o to stojí a zda by z jeho pohledu nebylo pro něj přijatelnější, aby na něj okolí nenahlíželo „jinak“. A toto je důvodem, proč zastávám pojem handicap před označením postižení.

2 Sexualita osob s mentálním handicapem

Od samého počátku, prakticky od početí se člověk dostává do různých forem kontaktů. Prvotně s matkou, po narození záhy i se svými nejbližšími kolem, s těmi, kteří o něho pečují a uspokojují jeho základní potřeby. Kontakt jedinec udržuje i sám se sebou, což mu umožňuje bezproblémový život v realitě. Vyrůstá v rodině, potkává se s ostatními dospělými i dětmi, ti jej formují, a formují i tak jeho vztah k druhým lidem. Po celou dobu vývoje se rozvíjí také jedna z nejintimnějších složek života – složka sexuality. Štěrbová (2007, s. 25)

2.1 Vývoj, základní poznatky

Pod pojmem sexualita si obvykle každý z nás představí trochu něco jiného. Někteří si pod tímto pojmem mohou představit pouze sexuální praktiky, jiní si představí dalekosáhlé vymezení tohoto pojmu.

Štěrbová (2007, s. 26) tento pojem definuje jako souhrn postojů, představ a vztahů k jiným lidem, který zahrnuje naše představy o muži, ženě, ale i o sobě samém. Součástí sexuality je naše sexuální chování, očekávání, případné úspěchy či neúspěchy, které se následně zrcadlí do našeho sebevědomí.

Sexualita patří k základním lidským potřebám. Zdaleka nezahrnuje jenom fyzický sex, nýbrž je v ní zahrnuto mnoho složek:

- potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem,
- prožitek silného citu, sounáležitosti, opory,
- spokojenost, pocit potřebnosti pro jiné,
- sex, sexuální uspokojení,
- rodičovství, a tím i potřeba pokračování rodu.

Venglářová (2013, s. 18)

Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako: „stav fyzické, emocionální, mentální a sociální pohody ve vztahu k sexualitě, a ne pouze nepřítomnost nemoci, nebo dysfunkce.“ (WHO 2014 [online])

2.2 Sexualita a práva osob s mentálním postižením

Lidé, kteří žijí s různým zdravotním či mentálním postižením, nemocí apod., mnohdy modifikují svůj život v mnoha oblastech včetně sexuality. Zvláště v takových případech je nutné pečovat o kultivaci projevů, realizaci přání a potřeb každého jedince, aby nedocházelo k omezení jeho práv. Sexualita je stejně hodnotnou součástí života i u lidí s postižením. Venglářová (2013, s. 18)

Deklarace práv zdravotně postižených osob (Valné shromáždění OSN, 1975): „Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný, život.“ D. Štěrbová (2007, s. 68)

Článek 23 z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením:

a) uznání práva všech osob se zdravotním postižením, které dosáhnou věku pro uzavření manželství, uzavřít sňatek a založit rodinu na základě svobodného a plného souhlasu budoucích manželů;

b) uznání práva osob se zdravotním postižením svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu svých dětí a jejich věkovém odstupu, stejně jako práva na přístup k věku odpovídajícím informacím, sexuální výchově a výchově k plánovanému rodičovství, a na poskytnutí nezbytných prostředků, které by jim umožnily uvedená práva realizovat;

c) zachování reprodukčních schopností osob se zdravotním postižením, včetně dětí, na rovnoprávném základě s ostatními. (mpsv 2014 [on-line])

„Z hlediska sexuality disponuje člověk s mentální retardací stejnými potřebami jako intaktní jedinec, přičemž se uvádí, že lehce mentálně retardovaní mají styk stejně často jako jejich vrstevníci ze zdravé populace.“ M. Valenta, O. Müller (2003, s. 43)

D. Štěrbová (2007, s. 51) konstatuje, že: „zatím se v České republice daří jen pomalu prosazovat práva osob s mentálním postižením ve vztahu k prožívání jejich sexuality a práva na systematickou osvětu a výchovu. Netýká se to jen široké veřejnosti, ale i veřejnosti odborné. Proto považujeme za nutné, aby se sexualitě osob s mentálním postižením věnovalo více prostoru v negraduální přípravě budoucích profesionálů na fakultách pedagogických, lékařských, sociálně právních apod.“

Dále uvádí, že: „zahraniční autoři zdůrazňují mj. v základní filosofii sexuality osob s mentálním postižením, že je potřeba respektovat práva dospělých s mentálním postižením, obzvláště právo na sebeurčení (self-determination). Dále se mají uznávat vztahy lásky, sexuální identity a sexuálního vyjádření jako bytostných aspektů štěstí a well-being. Je potřebné připustit, že dospělí s mentálním postižením v zařízeních poskytujících sociální služby zažívají hluboké vztahy intimity, a respektovat a podporovat intimní a neintimní vztahy (míní se tedy i vztahy přátelské).“

Tato myšlenka by měla být zakotvena také u nás v České republice. Ovšem stále se vyvíjí. Toto téma v dnešní době často řešené a ještě dlouhou dobu se budeme setkávat s negativními reakcemi. Záleží jen a jen na nás a tím myslím, jak širokou veřejnost, tak pracovníky v zařízeních, které poskytují sociální služby, jak dlouho bude současný stav přetrvávat.

„Z hlediska sexuality disponuje člověk s mentální retardací stejnými potřebami jako intaktní jedinec, přičemž se uvádí, že lehce mentálně retardovaní mají styk stejně často jako jejich vrstevníci ze zdravé populace.“
M. Valenta, O. Müller (2003, s. 43)

„Můžeme uzákonit právo na odpočinek a podporu, právo na domov a denní činnosti, ale nikdy nemůžeme uzákonit právo na lásku. A přitom je to ve skutečnosti nejdůležitější požadavek pro osoby s mentálním postižením, pro nás rodiče a nakonec pro všechny. Pokud bychom byli donuceni vzdát se všeho a ponechat si jen jedno jediné, pravděpodobně bychom si všichni vybrali nejbližšího člověka. Nedostatek blízkých vztahů a lásky, a izolace u osob

s mentálním postižením jsou největší tragédií jejich života.“
I. Švarcová (2006, s. 20)

„Sexualita je součástí kvality bytí člověka, důležitou součástí jedince.“
Burdová (1998 in Štěrbová 2007, s. 25)

Pro zakončení této kapitoly bych si dovolila citovat JUDr. Miroslava Mitlöhnera, Csc. (2009, str. 66): „Sexualita je přirozenou součástí života každého člověka, bez ohledu na stav jeho somatického a mentálního zdraví. Tabuizovat, odsuzovat či dokonce znemožňovat sexualitu lidem se zdravotním postižením a to včetně mentálního postižení je ze strany těch, kdož tak činí jednáním protiprávním.“

2.2.1 Dokumenty týkající se sexuality osob se zdravotním a mentálním handicapem

V této části bych ráda uvedla přehled přijatých deklarací a rezolucí ze zahraničí, které se týkají právního ukotvení dané oblasti, ze kterých je patrné, že jakákoliv lidská bytost, ať už s mentálním či zdravotním handicapem, či bez něj, má právo na partnerský i sexuální život:

„Deklarace sexuálních práv“ (1997, Španělsko, Valencie) vymezuje že, každá společnost má vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva. Stejným tématem se zabývá „Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením“ (1996). Dále byla ustanovena „Deklarace práv zdravotně postižených“ (1975, OSN), která říká, že osoby se zdravotním postižením mají stejná práva jako jejich vrstevníci. Na půdě OSN byla přijata i „Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“ (1993, Valné shromáždění OSN) a „Deklarace práv mentálně postižených“ (1971, Valné shromáždění OSN). Dále také „Všeobecná deklarace lidských práv“ (1948, Charta OSN) a v neposlední řadě také „Úmluva o právech dítěte“ (1989, OSN) která ustanovuje, že duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečující důstojnost, podporující sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.

Tímto tématem se zabývá i Rada Evropy, která vydala „Evropskou sociální chartu“ (1961, Rada Evropy) a Evropskou úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod (1950, Rada Evropy) ve které je mimo jiné také stanoveno právo na respektování soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence a právo na svobodu projevu.

Právní ukotvení práv lidí s mentálním handicapem v této oblasti je důležitým krokem a zjevným posunem v této oblasti. Je důležité si uvědomit a zachovávat všechna tato práva, umožnit a neodpírat je.

2.3 Partnerství a rodičovství u osob s mentálním postižením

Parchomiuk (2013, s. 137) uvádí, že lidé s mentálním handicapem, kteří vyhledávají heterosexuální vztah, se často snaží naplnit své duševní i fyzické potřeby.

„Specifickou problematiku představuje partnerství a sexualita mentálně postižených, u nichž často dochází k rozporu mezi duševním a tělesným (a tedy sexuálním) vývojem. Je zde nutno využít možnosti výchovy, vytvořit vhodné prostředí pro koedukované soužití i užívání vhodných technik antikoncepce a metod nekoitálních sexuálních aktivit. Jen tak předejdeme nežádoucím nekontrolovatelným projevům sexuálního chování a celkovému emočnímu deficitu.“ (Novosad, 2000, s. 38)

„Kovářová (2006) ve své diplomové práci vymezuje a popisuje termíny Kamarádství, Přátelství a zamilovanost, „Chodit spolu“, Spolužití, Manželství a Rodičovství všeobecně a následně pak situaci u osob s mentálním postižením.“ (I. Hruběšová, 2012)

„Kamarádství znamená nepřilíš hluboký citový vztah k několika lidem.“ (Bednář in Kovářová, 2006). S některými lidmi si rozumíme, ale chybí důvěrnost. V dětství v období dospívání se děti začínají odpoutávat od rodiny a více se věnují kamarádům. Člověk se začíná přizpůsobovat skupině a nabírá zkušenosti. V tomto období dětství a raného stadia dospívání mohou být tato přátelství přechodná. Děti je navazují se stejně starými jedinci nebo zakládají vztahy na základě společné činnosti v jedné skupině. V důsledku zaostávání

rozumových schopností a následkem toho i některých dalších mívají děti s mentálním postižením problémy s navazováním společenských vztahů. Proto tíhnou spíše ke kamarádům mladším, než jsou sami.“ (I. Hruběšová, 2012)

„Přátelství je trvalý vztah založený především na pozitivních emocích a důvěře“ (Hartl, Hartlová 2000, s. 462). „Tím jak dítě dospívá, postupně navazuje užší a trvalejší přátelství. Kolem 18-19 let je člověk schopen navázat opravdu úzký přátelský vztah, přičemž u dívek jsou tyto tendence častější, než u chlapců. Děti se začínají sdružovat do skupin složených z chlapců a dívek, přičemž se vytvářejí první dvojice, jako prvotní projevy vztahů k opačnému pohlaví. U osob s mentálním postižením může mít přátelství odlišný charakter, hloubku a také pozdní nástup. Je velmi důležité podporovat a kultivovat přátelské vztahy a pomáhat v osvojování sociálních dovedností nezbytných pro dobré vztahy. Vytváření samotného přátelského vztahu přináší zkušenosti ve vztahu k druhým, podporuje vhodné chování, sebedůvěru a zjemňuje city. U jedinců s mentálním postižením musíme pomáhat chápat rovnocennost vztahů, projevit pochopení pro zamilovanost, ale nikdy nezapomenout kritérium reality a zodpovědnosti.“ (I. Hruběšová, 2012)

„Termín „chodit spolu“ je u jedinců s mentálním postižením velmi populární. Pro každého z nich znamená úplně něco jiného, odlišného. Může znamenat více než přátelství a zamilovanost, nebo tomu předchází. Je důležité vědět, co pro jednotlivého člověka znamená, co si pod tím představuje a co prožívá.“(Bednář in Kovářová, 2006). Vztahy osob s mentálním postižením, jejichž hlavním smyslem je většinou přátelství a pocit bezpečí, by se měly brát pozitivně, přinášejí jim do života nový rozměr. Význam tohoto termínu může být různorodý. Např. občasné jít na kávu, do kina, držení za ruce, mazlení, hlazení, asexuální spaní v jednom pokoji, dovolená, sexuální vztah.“ (I. Hruběšová, 2012).

„V dospělém věku se člověk osamostatňuje a získává tři důležité role: profesní, partnerskou a rodičovskou. Pro mentálně postižené není dosažení této úrovně vždycky dostupné, event. je to možné pouze s určitou podporou a pomocí“ (Vágnerová in Kovářová, 2006, s. 22).

Pro termín spolužití Kovářová (2006) uvádí že: „Potřeba partnerského vztahu se u jedince s mentálním postižením nevyvíjí vždy, poněvadž může být zcela saturován vztahem s matkou nebo ostatními členy rodiny. Je důležité navazovat vztahy s partnery, kteří mají podobnou mentální úroveň a obdobné potřeby. Stále častěji se objevují přání lidí s mentálním postižením bydlet společně s druhem či družkou. Velmi důležitá je dlouhodobá průprava a osvěta.“ (Kovářová, 2006, s. 23) „Osoby s mentálním postižením si musí uvědomit, proč chtějí spolu žít, jaká jsou jejich očekávání, přání, možnosti, jakou míru podpory budou potřebovat, kde budou bydlet. Nesmíme zapomínat na otázku možného početí.“ (Bednář in Kovářová, 2006, s. 23).

Pro termín „manželství“ Kovářová (2006) uvádí že: „Občan zbavený způsobilosti k právním úkonům nemůže dle našeho právního řádu uzavřít manželství. V případě omezení způsobilosti k právním úkonům může soud uzavření manželství povolit, je-li v souladu se společenským účelem manželství. Tím se dle zákona o rodině rozumí založení rodiny a řádná výchova dětí. Čili hlavní překážkou uzavření sňatku je faktická neschopnost vychovávat děti“ (Bednář in Kovářová, 2006, s. 23, 24). S manželstvím se pojí velká zodpovědnost a plnění povinností, při kterých je nutný pohled do budoucna, kterého osoby s mentálním postižením zpravidla nejsou schopny. Mnozí považují manželství za krok k normalitě, chtějí získat uznání a vidí jen tu romantickou stránku vztahu, aniž by si uvědomovali povinnosti a peripetie spojené s manželským svazkem. Ke každému vztahu je nutné ale přistupovat citlivě s pochopením. (Kovářová, 2006)

Pro termín „rodičovství“ Kovářová (2006) uvádí že: „Rodina – společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 512). Kovářová (2006) uvádí, že u osob s mentálním postižením nelze očekávat potřebnou odpovědnost k rodičovství a že ani nejsou biologicky přijatelnými rodiči. Dále zmiňuje důležitost osvěty u osob s mentálním postižením, která by měla být zaměřena na představy těchto lidí mít či nemít děti a co to znamená z praktického hlediska. Romantizované představy rodičovství nejsou vhodné.

K tomu Zelenková B. (in Milfait 2013, s. 202) píše, že: „Na rodiče s mentálním postižením je často nahlíženo jako na izolované jedince bez širšího sociálního okolí. Při hodnocení kompetencí osoby s mentálním postižením vychovávat dítě se tak zcela ignoruje rodina, kterou je budoucí rodič součástí, jeho širší sociální síť, tj. skutečnost, že je součástí nějaké komunity, má sousedy, přátele apod. a dokonce se ohlíží i od role státních institucí při výchově dítěte (školský systém, volnočasové zájmové kroužky atd. Nároky na osoby s mentálním postižením v roli rodičů jsou tak ve výsledku mnohem vyšší než nároky kladené na rodiče bez postižení, u kterých se obecně předpokládá, že jsou schopni všechny rodičovské povinnosti zvládat bez podpory okolí.“

Vymezení těchto pojmů jsem použila z důvodu, že každý jedinec si pod pojmem partnerství představuje něco jiného. Pro někoho je partner jen kamarád, nebo spolu chodí či si rovnou představí manželství. Tyto body se týkají nejen lidí s mentálním handicapem, ale také majoritní populace. Každý jedinec má v sobě ukotveny tyto pojmy jinak a proto je důležité je zmínit.

Díky zkušenostem a praxi v sociální oblasti jsem se osobně setkala s různými pojetím, co pro osoby s mentálním handicapem znamená partnerství. Pro jednu klientku znamená partner a přítel někdo, s kým se vidí jednou za rok na společenské akci, ale denně na něj myslí a několikrát do roka si zavolají. Pro jiného klienta je to partner, se kterým společně žijí ve společné domácnosti, dělí se o provozní náklady na domácnost a je mezi nimi nejen vztah partnerský, ale také sexuální.

Důležitá je podpora nejen rodiny, ale i ostatních lidí, které kolem sebe mají. Také z tohoto důvodu je má práce zaměřena na klíčové pracovníky v chráněném bydlení, jak uvádím v další části mé diplomové práce.

2.4 Právo založit rodinu a antikoncepce u lidí s mentálním postižením

„Plánované rodičovství považujeme za základní lidské právo. Podle mezinárodně platných dohod mají všichni jednotlivci a dvojice základní lidské právo svobodně rozhodovat o počtu svých dětí. Není sporu o tom, že i mentálně postižení lidé by neměli být v uplatňování tohoto práva nijak

zkracování. Zde by naší snahou rozhodně neměla být pouze restrikce, zákazy a omezování. Sexuální city, potřeby, tužby a zájmy mentálně postižených by měly být na jedné straně plně respektovány, na druhé však vhodným způsobem usměrňovány tak, aby nedocházelo k jejich zdravotnímu poškození.“ Uzel (2009, s. 119)

Stejně se tak k tématu antikoncepce autor vyjadřuje: „Prvořadým úkolem sexuální výchovy osob s mentálním postižením bude výchova antikoncepční. Výběr antikoncepční metody by měl být individuální a záviset především od stupně mentálního postižení.“

„Není sporu o tom, že veškerá antikoncepční medikace musí být užívána dobrovolně a být podávána za naprostého souhlasu uživatelky. Totéž se týká i umělého přerušování těhotenství.“

„V historii se můžeme setkat s programem „Euthanasia“, který měl být konečným řešením rasové hygieny. Před realizací se vyčlenili mentálně postižené osoby dle pohlaví, aby byla co nejmenší možnost reprodukce. Následující nedobrovolné sterilizace, kdy rodinám nebylo nabídnuto jiné řešení. Myšlenka sterilizace tzv. „méněcenných“ byla v českých podmínkách šířena především činností České eugenické společnosti, která byla založena roku 1915. Mezi hlavní představitele eugenického hnutí na českém území patří prof. Ladislav Haškovec a prof. Ladislav Růžička. V rámci tohoto hnutí se můžeme setkat kupříkladu s výrokem formulovaným Jarmilou Veselou v roce 1937, že „slabomyslní – kdyby nepřenášeli v jednotlivém případě defektní vlohu – jsou vždy sociálně nežádoucími rodiči.“ Zelenková B. (in Milfait 2013, s. 195)

„Právo založit rodinu je osobám s mentální retardací garantováno „Úmluvou o právech osob s postižením“ (čl. 23, odst. 1). S ohledem na naši cílovou skupinu je v případě práva na rodičovství zvláště důležitá věta 1.(a), kde je řečeno, že osoby s postižením mají právo založit rodinu, v odst. 1 (b) že osoby s postižením mají právo rozhodnout se o počtu svých dětí a mají právo rozhodnout o počtu svých dětí a mají právo na výchovu k plánovanému rodičovství. V odst. (c) se můžeme dočíst, že osoby s postižením mají právo na

zachování své fertility. V případě rodičovství je významný odst. 2, kde je uvedeno, že státy se zavazují poskytovat podporu osobám s postižením při naplňování rodičovských práv. A dále i věta, kterou obsahuje odst. 4, že dítě nesmí být odděleno od rodičů z důvodu zdravotního postižení jednoho či obou rodičů.“ Zelenková B. (in Milfait 2013, s. 192)

Především je potřeba řešit otázku antikoncepce u osob s mentálním handicapem, jejichž sexuální vývoj dozrává a které projevují zájem o pohlavní styk. Antikoncepce je individuální, osvědčují se hormonální přípravky ve formě tablet anebo injekcí, výjimkou nejsou nitroděložní teliska. U mužů je třeba zvážit zvládnutí techniky bezpečného používání prezervativu, popřípadě sterilizaci jako nejbezpečnější (a definitivní) ochranu před početím.

Při řešení tématu úspěšné socializace osob s mentálním handicapem, je nutností a nedílnou součástí, řešení otázek sexuálního života a plánovaného rodičovství.

Nejen výše uvedené termíny, jako je např. „chození“, ale také sexualita sama o sobě je v dnešním „technickém světě“ pojem, se kterým se setkáváme denně. Jedním ze zdrojů těchto informací je například televize. Jsou zde vysílány reklamy na prezervativy, podpůrné léky k erekci apod. Nejen reklamy, ale také seriály či filmy, které televizní kanály vysílají, zobrazují partnerské vztahy a sexuální obsah a tím vstupují do našeho podvědomí, ať se tomu snažíme vyhnout či nikoliv. Pojmy jako vztah, antikoncepce, sexualita, starost o potomka jsou mezi námi dnes a denně a i z toho důvodu je důležité, aby byly lidem s mentálním handicapem vysvětleny.

I když mnou vybrané chráněné bydlení není přizpůsobeno, aby klienti, kteří se rozhodnou k rodičovství v zařízení setrvali, je tato kapitola důležitá. Toto téma se zde řeší a je právě na klíčových pracovních, aby klientům vysvětlili možné následky sexuálního života. A tím nemám na mysli jen rodičovství, ale i jako ochranu jejich zdraví. Jsou zde pro klienty také proto, aby jim poskytli podporu při hledání vhodného zařízení či jiného bydlení, které by jim umožnilo mít rodinu a vytvořilo vhodné podmínky.

3 Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním handicapem

Tato kapitola se zabývá tématem sexuální výchovy a osvěty u osob s mentálním handicapem a měla by být nedílnou součástí při práci s lidmi s mentálním handicapem nejen v chráněném bydlení, ale i v ostatních pobytových zařízeních. Jsou zde vysvětleny základní pojmy a aspekty, oblasti, ale také možné chyby, kterých se pracovníci mohou dopustit.

3.1 Základní pojmy a aspekty sexuální výchovy a osvěty

„Vzhledem k tomu, že sexuální výchova ve většině zařízení ať již ústavního nebo školního charakteru často absentovala, je potřebné působit nejen na osoby s postižením, ale i na rodiče, vychovatele, učitele, profese přicházející do styku s lidmi s postižením. Velice důležitá je vzájemná spolupráce odborníků, výměna informací a praktických zkušeností“ (Kozáková, Z. 2004, s. 34).

Pro vlastní vymezení pojmu může být vodítkem charakteristika vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). „Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví“ (Uzel, R. in Janiš, K. 2008, s. 41).

V. Taubner (1997, s. 5) jako cíl sexuální výchovy uvádí získání přiměřených poznatků z oblasti lidské sexuality, partnerských vztahů, získání správných společenských a emocionálních postojů k sexualitě a v nejširším slova smyslu ke všemu, co se sexualitou souvisí, osvojení si návyků a dovedností, které jsou nezbytné pro individuální život člověka a jeho společenské fungování.

Dále by dle V. Janiše (2007, s. 10) sexuální výchova měla reagovat a regulovat v únosné míře probuzený sexuální zájem nebo připravovat cíleně na nově vzniklé stavy v důsledcích přirozeného vývoje. V každém případě by měla plnit poradenskou funkci.

Štěrbová (2007, s. 36) uvádí, že je nutné vytvořit konkrétní podmínky pro realizaci sexuální výchovy, kterými je myšleno vytvoření rámce, souhrnu vnitřních pravidel a směrnic, kterými by se měla instituce řídit. Bývá nazýván „Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití“, jde o souhrn postojů, znalostí, odpovědností a norem, za nimiž si zařízení stojí a k nimž se hlásí. Měl by umožnit personálu rychle a správně jednat ve složitých situacích, včetně případného sexuálního zneužití. Základním a nejdůležitějším faktorem je respektování potřeb a práv osob s mentálním postižením. Může obsahovat postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově, způsoby řešení možných důsledků sexuality např. antikoncepce, vzájemnou spolupráci s rodiči nebo přístupné a nepřístupné formy kontaktu, péče a podpory.

K zavedení „Protokolu o sexualitě a sexuálním zneužívání“ se kloní i Z. Kozáková (2004, s. 33), kdy dodává, že směrnice jsou pro všechny zaměstnance závazné a to i v případě, že se neshodují s vlastními přesvědčeními, představami a hodnotami zaměstnance.

V sexuální výchově mentálně postižených je velmi důležité zachovat konkrétnost a pouze slovní výklad je naprosto nedostačující. Vzhledem k tomu, že klientům s mentálním postižením chybí abstraktní myšlení, je třeba osvětu co nejvíce konkretizovat, vizualizovat, doplňovat pomůckami například panenkou Ájou a panáčkem Pájou, dřevěným puzzle, obrázky, piktogramy, reálnými předměty nebo krátkými filmy, instruktážemi. Reálné pomůcky pak i reálně použít. Především při seznámení s hygienickými potřebami u žen při menstruaci nebo antikoncepčními prostředky, které bývají velmi intimní povahy. Přesto se můžeme uchýlit například k obrázkům s názorným postupem navlékání kondomu na reálný model penisu, nikoliv na banán či násadu koštěte, či k instruktážním filmům. Důležité je také ověření, zda klienti pochopili uvedené poznatky i přes případný stud a rozpaky. Zpětná vazba je realizována přes kresbu, malbu, modelování z plastelíny, rozhovory s klienty.

3.2 Oblasti sexuální výchovy a osvěty

Dle V. Taubnera (1997, s. 8) jsou navrženy tyto okruhy sexuální výchovy:

- člověk,
- vztahy mezi lidmi,
- osobní dovednosti,
- sexuální chování,
- sex a zdraví,
- sex a kultura.

Zamlčování či zkreslování potřebných informací o sexualitě je velmi nezodpovědné a krátkodobé (Venlářová M., Eisner, P. 2013). V publikaci *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním* je popsáno deset základních cílů sexuální osvěty pro osoby s mentálním postižením:

1. Zprostředkování informací:

Měli bychom jedincům s mentálním postižením odpovídat i na zdánlivě banální otázky typu *Jsem muž nebo žena?*. Také bychom jim měli říct, že se jich nikdo cizí nemůže dotýkat, pokud si to nepřejí. Je možné, že s nimi na toto téma nikdo nemluvil a neinformovanost potom posiluje pocit nejistoty nebo bezmocnosti.

2. Posílení sebeuvědomění:

Snažíme se jedince učit uvědomovat si a pojmenovávat své vlastní pocity, které mohou mít například při doteku cizí osoby. Které doteky jsou v pořádku a které už ne. Na základě tohoto poznání si potom jedinec může stanovit hranice a při jejich narušení se může bránit.

3. Vytvoření pozitivního obrazu sebe samého:

Jedinci by si měli vytvořit pozitivní obraz svého těla, který posiluje pozitivní obraz sebe samého. Tím docílíme posílení sebedůvěry, která ovlivňuje identitu člověka.

4. Navazování a udržování vztahů:

Cílem osvěty je zde posílení sociálního chování člověka ve vztahu k intimním prožitkům a sdílení sexuality s druhou osobou.

5. Zacházení s normami a hodnotami:

Je velmi důležité naučit člověka s mentálním postižením stanovit si své vlastní normy a hodnoty. Mnoho těchto lidí má totiž problémy podle normálních norem a hodnot. Jsou pro ně nesrozumitelné a je těžké se v nich zorientovat.

6. Citlivé zacházení s tělem vlastním i partnerovým a péče o tělo:

Tento cíl má za úkol vzdělat jedince v hygienických otázkách. Patří sem běžné úpravy zevnějšku ovlivňující atraktivitu, ale také postupy nutné při menstruaci, masturbaci či pohlavním styku.

7. Prevence:

Prevence je důležitá zejména z důvodu ochrany před pohlavně přenosnými chorobami nebo ochrany před otěhotněním.

8. Prevence sexuálního zneužívání:

Lidé s mentálním postižením jsou často oběti sexuálního zneužívání. S dostatečnou osvětou lze sexuální zneužívání nejen odhalit, ale také mu úplně předejít.

9. Prostor pro rozmanitost:

Tento cíl vychází z toho, že každý člověk je jiný a žije různě, což se samozřejmě týká i sexuálního života. Můžeme sem zařazovat témata homosexuality nebo sebeuspokojování. Je až absurdní, že tito lidé své vlastní „záliby“ neznají.

10. Odstranění strachů a tabu:

Pomocí sexuální osvěty můžeme odstranit strach či předsudky, jako je například strach z homosexuality či orgasmu. Toho docílíme například znalostí svého vlastního těla a kvalitní osvětou. (Venglářová, M., Eisner, P. 2013)

3.3 Frekventované chyby pracovníků při poskytování osvěty

P. Eisner (2015, [online]) píše že, kvůli prevenci chyb zde uvedl nejčastěji frekventované prohřešky pracovníků, které měl možnost během své praxe zaznamenat při poskytování osvěty nebo při práci se sexualitou obecně:

- špatné vymezení kompetencí a hranic, neodpovídající dovednostem pracovníka nebo aktuálnímu nastavení organizace,
- nesladěnost týmu v otázce přístupu k sexualitě,
- nedostatečná podpora a nejasné vymezení vedení organizace,
- diskriminace (např. homosexuality),
- akceptace nepřípustných, hranice a normy překračujících projevů klienta,
- uplatňování soukromých norem a hodnot pracovníka na život klienta (např. náboženských),
- zneužívání sexuality jako snadného nástroje k dosažení efektu,
- neudržení rolí ve vztahu pracovník–klient a překračování hranic (klient se zamiluje atp.),
- volba metod, které neodpovídají stavu a možnostem klienta,
- volba slovníku nesrozumitelného klientovi,
- přílišné zaměření na uživatele (máme ho „pod lupou“), při němž dochází k patologizování jinak normálního chování.
(dobromysl, 2015[online])

„Tzv. protokoly o sexualitě, tedy formy pravidel, za nichž je jasně stanoveno, jak modifikovat vztahy přátelství a lásky u uživatelů služeb, osob s mentálním postižením. Protokol sexuality rozvíjející vztahy lásky a přátelství slouží pro ochranu práva na začlenění podpory sexuality osob s mentálním postižením do prožívání a běžného života. Zaměstnanci a sociální pracovníci by měli zajistit profesionální a aktivní vedení a poskytnout klientům možnost prožívání jejich sexuality na vyšší úrovni, po výslovném souhlasu.“

(dobromysl, 2015[online]). Obsahem Protokolu je souhrn postojů, pravidel, hodnot a norem k sexualitě lidí s mentálním postižením v organizaci, řešeny jsou otázky formy vztahů a sexuality, projevy tělesných a sexuálních prožitků, antikoncepce a možné důsledky sexuality.

„Sexuální výchova a osvěta zprostředkovává kromě obecných informací, také hranice sociálně přípustného chování k jejich osobě, ale i z druhé strany k jejich okolí. Je důležité, aby lidé s mentálním handicapem byli schopni, pokud se jim nějaké jednání nelíbí, říci „NE“ a věděli, na koho se v případě potřeby mohou obrátit. Neměla by být zaměřena jednostranně jenom na otázku prevence sexuálního zneužití, ale měla by vést k celkovému rozvoji sexuality člověka a přivést jej ke způsobu, kterým se může v sexuální oblasti realizovat tak, aby dosáhl plnohodnotného uspokojení a neškodil sobě nebo svému okolí.“ (Dobromysl [online])

4 Chráněné bydlení

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

Lidé s mentálním postižením se dovednosti pro běžný život nenaučí jen pouhým pozorováním, jako jejich vrstevníci bez postižení. Nemívají ve svém přirozeném prostředí ani tolik prostoru pro vykonávání a nacvičování běžných činností např. praní, vaření, nákupy atd. V menší míře také navazují sociální vztahy s ostatními lidmi. Proto se stává, že až v dospělosti začínají nacvičovat nejrůznější samostatné aktivity, které běžná populace provádí již od dětství či dospívání (Matoušek, 2005, s. 117). Chráněné bydlení je vhodným prostředím pro výše zmíněné nácviky sociálního jednání a chování, pro získávání praktických dovedností péče o svou osobu, domácnost a své záležitosti.

4.1 Legislativní vymezení

„Chráněné bydlení je moderní formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů žije v jednom bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co sami klienti nemohou zvládat“. (Švarcová, 2011, str. 186-189)

Od 1. 1. 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento zákon definuje chráněné bydlení v §51 takto:

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

„Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- 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.)

Chráněné bydlení Domov naplňuje znění zákona definování cílů svých služeb a to:

- rozvoj osobnosti klienta s přihlédnutím k možnostem daným druhem a stupněm jeho postižení, věkovým a charakterovým zvláštnostem,
- dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti klienta a jeho nezávislosti na službě,
- rozvoj schopností, dovedností a znalostí klienta,

- zachování či rozvoj přirozené vztahové sítě klienta,
- příprava klienta na případný přechod do služby s nižší mírou podpory.

(Klíč, 2014 [online])

Chráněné bydlení Domov umožňuje 16 lidem s handicapem žít život co nejpodobnější životu jejich vrstevníků. Obyvatelé chráněného bydlení žijí buď samostatně, nebo s druhou osobou v malých bytových jednotkách.

Chráněné bydlení se svým fungování příliš neliší od běžné domácnosti. Lidé s mentálním handicapem mají k dispozici asistenty a klíčové pracovníky, v případě, že potřebují poskytnout podporu. Klienti se podle svých možností zapojují do chodu domácnosti. Někteří klienti potřebují podporu pracovníka více, někteří méně. Podpora je jim poskytována např. při nakupování, vaření, úklidu.

Pracovníci klientům také poskytují podporu při doprovodu k lékaři, na úřady a při vyřizování osobních záležitostí. Klienti mají možnost se zúčastnit různých společenských akcí nebo trávit volný čas provozováním svých koníčků, odpočinkem nebo návštěvou svých blízkých či známých. Mají tak možnost navazování přirozených sociálních kontaktů.

4.2 Dokumentace zařízení vztahující se k tématu sexuality klientů

V této kapitole shrnu dokumentaci dostupnou všem pracovníkům v CHB Domov. Tato dokumentace by jim měla poskytnout veškeré potřebné informace pro poskytování podpory svým klientům na profesionální a dostatečné úrovni v oblasti partnerství a sexuality.

„Otázkami sexuální výchovy by se zařízení mělo zabývat dostatečně dlouho před tím, než začnou sexuální kontakty mezi klienty. Sexuální osvětu v širším slova smyslu by měli realizovat všichni zaměstnanci zařízení, z nichž někteří by se měli zaměřit na sexuální výchovu důkladněji, včetně prohlubování odbornosti, případně školení ostatních zaměstnanců apod. Je možné také určit osobu „důvěrníka“, na kterou se mohou klienti obracet se svými problémy.“ (Kozáková, 2004, s. 34)

Klíčoví pracovníci v průběhu sexuální osvěty a při řešení partnerské života postupují dle následujících oblastí:

- základní informace o lidském těle,
- hygiena a zdraví,
- mezilidské vztahy,
- projevy sexuálního chování,

Všichni pracovníci chráněného bydlení mají k dispozici „Protokol sexuality“, který je tvořen „Pokynem ředitele č. XL VII/2012“ a „Listy sexuality“. Mohou také použít didaktické pomůcky (např. látkové panenky muže a ženy, které jsou autentické s lidským tělem), dále mohou při vysvětlení použít například internet, či jiná média a modelové situace.

Listy sexuality, jejichž autorem je Petr Eisner, 2009 obsahují jednotlivé kapitoly, které popisují lidské tělo jak ženy, tak muže, dívky i chlapce. Tyto listy jsou ve variantách plně dokreslených i nedokreslených, které slouží pro praktická cvičení v rámci výuky řízené klíčovými pracovníky.

Dále jsou zde listy, které se věnují popisu masturbace pro ženy i muže a také použití antikoncepčních prostředků např. navlékání prezervativu.

V neposlední řadě zde můžou pracovníci využít listů, které jsou zaměřeny na heterosexuální i homosexuální pohlavní styk, listy zaměřené na intimní hygienu, sexuální obtěžování a znásilnění.

Pokud má klient zájem o sexuální osvětu, je tato podpora zaznamenávána do „Plánu osobního rozvoje klienta“ (PORK). Řešení konkrétních problémů není v rámci zachování soukromí zaznamenáváno a je řešeno jen s tím pracovníkem, se kterým klient dané téma probírá.

4.3 Klíčový pracovník v chráněném bydlení

Na začátku této části bych nejprve chtěla krátce popsat pojem „klíčový pracovník“. Jedná se o vysvětlení tohoto pojmu a důležitosti navázání pozitivního vztahu s klientem v profesní rovině. Klíčový pracovník je pro klienta sociálních služeb nepostradatelný, podporuje klienta v jeho životních

situacích, pomáhá klientovi naplnit a formulovat jeho přání a potřeby. Nesmí být kladen důraz jen na profesní stránku, ale také na jeho lidskost, aby tak mohl být pro klienta potřebnou oporou.

Bicková a kol. (2005, s. 115-120) uvádí, že má napomáhat klientovi využívat své vnitřní zdroje tak, aby jimi naplnil své vytyčené cíle, zastává tedy důležitou roli partnera v doprovázení a mapování potřeb klienta. Pokud je mezi nimi vytvořen pozitivní vztah a klient v něm nachází důvěrníka, zákonitě jej vyhledá i v případě potřeby, čímž je naplněna funkce klíčového pracovníka. Žádoucí je však i propojení rolí poradce, zprostředkovatele, terapeuta, obhájce a realizačního pracovníka týmu, to se však odvíjí dle potřeb klienta.

Úlehla (1999, s. 35) definuje nepostradatelné funkce klíčového pracovníka:

- doprovázením pracovník zastává oporu v těžké situaci,
- vzděláváním doplňuje informace k rozvoji klienta,
- poradenstvím a podporou pomáhá v těžkých životních situacích,
- vyjasňuje a formuluje přání a potřeby klienta.

Schmidbauer (2008, s. 168) zdůrazňuje důležitost vztahu klienta s pracovníkem, který je často opomíjen. Pracovník se příliš soustředí na pravidla, postupy a metody práce s klientem a do pozadí zájmu je odsunuto vnímání klienta a jeho vztahu k pracovníkovi.

Hlavním bodem podílejícím se na přístupu pracovníka je respektování klienta, jako rovnocenného partnera, a to projevem přijetí jeho osobnostních rysů nebo postižení, bez jakýchkoliv projevů předsudků či nadřazenosti. Vyjádření úcty nevychází jen z lidských práv, etických kodexů, standardů kvality a profesních kompetencí, nýbrž i z míry lidskosti pracovníka. Nerespektováním celistvosti a individuality klienta nelze docílit pozitivního partnerského vztahu. Odborností a profesními kompetencemi je ovlivněn budující vztah i tím, jak pracovník vystupuje a zastává svou funkci. Klient díky odbornosti nabývá pocitu důvěry v pokračování spolupráce, mimo jiné je

i sledovaným faktorem spolehlivost a úroveň reagování v situacích, jak uvádí Schwartz (2012, s. 53-54).

4.4 Role a postoje klíčových pracovníků v chráněném bydlení

„Postoje jsou velmi důležitou složkou, která ovlivňuje naše chování a jednání. Tím více je třeba je kontrolovat v místech, kde mohou sehrát významnou roli. Myslím tím u vychovatelů, učitelů, sester a dalších pracovníků, kteří přicházejí do styku s osobami s mentálním postižením. Postoje na tak „tabuizované“ téma jako je sexualita osob s mentálním postižením se vyvíjeli od silně negativních a zavrhuječích názorů až po dnes existující pozitivní a uspokojivé reakce.“(Benešová, 2009, s. 95)

„Postoj je vymezen jako sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, instituce a na sebe sama, jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění.“(Hartl, Hartlová, 2009, s. 442)

Vágnerová (2004, s. 291) definuje postoje jako přetrvávající získané dispozice k určitému hodnocení a z toho vyplývající specifický způsob chování v různých situacích. Také uvádí, že: „Postoje dodávají jistoty v řešení různých problémů. Vyplývají z nich základní modely chování, které jsou společností, event. sociální skupinou, k níž člověk patří, považovány za vhodné a tudíž předem schválené.

„Postoje výrazně ovlivňují chování člověka, jsou součástí osobnosti. Postoje nejsou vrozené, vytvářejí se učením a jsou také podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém člověk žije. Souvisejí s negativní, pozitivní nebo neutrální reakcí. Společnost a její kultura určitým způsobem posilují a stimulují přijetí nebo naopak odmítnutí některých postojů. Z tohoto důvodu bývají obecnější postoje rigidní, až stereotypní, často vznikají bez vlastní zkušenosti, převzetím názoru společnosti. Postoj lze vnímat jako výsledek složitého dlouhodobého procesu, který je úzce spjatý s hodnotovou orientací jednotlivce, s hodnotami uznávanými v jeho okolí, s životními a profesionálními zkušenostmi, vlivem sociálněkontrolních mechanismu

a charakterem i množstvím informací o objektu postoje.“
(Kozáková, 2013, s. 7)

Kozáková (2013) dále uvádí tři základní složky (dimenze) postoje a to:

Kognitivní – tento postoj utváří vědomosti, znalosti a představy osob o objektu postoje. Důležitá je kvalita a množství informací. Pokud tyto informace chybí nebo jsou nedostatečné a dochází ke zkreslení či neúplných informací o objektu. Vágnerová (2004, s. 292) bere tuto kognitivní část jako souhrn informací a z něho vyplývající názor na situaci a na objekt, k němuž jedinec zajímá nějaký postoj.

Emocionální (citová) – tyto postoje mohou být ovlivněny osobními zkušenostmi jedince z oblasti partnerství, manželství a rodičovství. Tato dimenze je u každého jedince velmi individuální a velmi důležitá. Dle Vágnerové (2004, s. 292) je důležitý podnět, pozitivní či negativní, který může vyvolat negativní či pozitivní postoj.

Behaviorální (konativní) složka - do této dimenze patří všechny pozorovatelné reakce a projevy konkrétního člověka na konkrétní situaci. Je to tendence reagovat, resp. jednat určitým způsobem. Chování je ovlivněno rozumovou i emoční složkou postoje.

Vágnerová (2004, s. 294) dále rozděluje postoje:

Centrální – které jsou subjektivně nejvýznamnější a týkají se důležitých objektů – rodiče, partner, děti, zaměstnání.

Okrajové – méně významné a nemusí být blíže diferenciované.

Baladrian (8-6) uvádí několik mýtů a stereotypů, které mohou ovlivnit naše názory a postoje. Jedním z nich je například, že lidé s mentálním handicapem jsou „Boží andělíčky“ a proto jsou asexuální. Tento postoj může vést k neuznání práva osob s mentálním handicapem žít partnerský a sexuální život.

Důležitou součástí postojů jsou také předsudky, které vznikají z důvodu mála informací a minimem zkušeností s danou oblastí. Jejich součástí jsou

stereotypy, které jsou zafixované, zjednodušené a zkreslené názory, obvykle na určitou, specificky vyměřenou skupinu lidí.

Jak uvádí Thorová a Jůn (2012, s. 39) existují čtyři důležité přístupy k sexualitě klientů:

- Normalizace sexuality klientů:

celkové akceptování sexuality klientů, poskytování služeb mužům i ženám, bydlení a život v zařízení jim umožňuje soukromí, aby služba byla taková, jakou by si přála běžná populace.

- Akceptování individuálních forem sexuality:

změna základních postojů u personálu tak, aby se život klientů mohl normalizovat. Způsob jejich života by měl být v co nejvíce ohledech jejich vlastní volbou. Není tedy možné vycházet ze svých vlastních norem a hodnot a vměšovat se do postojů jiného člověka.

- Otevřenost a komunikace o sexualitě:

člověk s postižením by měl mít možnost o sexualitě komunikovat s osobou, která je k tomu kompetentní, a které důvěřuje a má možnost a příležitost získávat informace o sexualitě z různých zdrojů. Je důležité vymezit hranici mezi otevřeností a nadměrným vnucováním, ctít intimní charakter tématu.

- Profesionální přístup:

téma jako je sexualita by mělo být v koncepci organizace zakotveno oficiálním dokumentem. Zařízení uznává právo klienta na sexuální život a realizaci individuálních sexuálních potřeb a poskytuje mu v těchto otázkách odbornou a asistenční podporu. Klienti i personál mají možnost vzdělávání v této oblasti.

Výše uvedené přístupy budou také součástí mého výzkumu, jsou zde zařazeny právě proto, že mohou ovlivnit postoje personálu daného zařízení, tedy klíčových pracovníků. Dle mého názoru je nutností, aby dle výše uvedených přístupů postupovali a jednali všechna zařízení poskytující

pobytové sociální služby. Je zapotřebí poskytnout vzdělávání pracovníků, umožnění diskuzí, konzultací a tím získávání zkušeností. Těmito opatřeními bude zvyšován kladný přístup k tématům, jako je partnerství a sexualita klientů s mentálním handicapem a toto téma přestane být postupně tabuizováno.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

Centrum sociálních služeb Klíč - centrum sociálních služeb, p. o. jsem si vybrala pro svou práci z důvodu, že jsem v tomto zařízení pracovala rok na pozici pracovník v sociálních službách ve službě Podpora samostatného bydlení Šance. Mou pracovní náplní byla také práce s klienty CHB Domov a setkávala jsem se s nimi denně.

Na základě získaných zkušeností, informací a dovedností jsem zařízení lépe poznala a to nejen chod zařízení, klienty, ale také právě klíčové pracovníky, na které je téma mé práce zaměřeno.

Díky rozhovorům s klíčovými pracovníky jsem měla možnost získat potřebné informace ohledně tématu partnerského života klientů a o postojích klíčových pracovníků, které se k tomuto tématu pojí. Jako metody sběru informací jsem zvolila pozorování, studium dokumentů a rozhovory s pracovníky.

Hlavní výzkumnou otázkou bych chtěla zjistit, jakým způsobem jsou ovlivněny postoje klíčových pracovníků k partnerskému životu klientů v chráněném bydlení. Výsledky mého šetření mohou být zdrojem zpětné vazby pro klíčové pracovníky.

Ve výzkumném šetření jsem provedla rozhovor se všemi pracovníky CHB Domov, rozhovory byly tedy celkem čtyři. Tři rozhovory s klíčovými pracovníky byly se souhlasem nahrávány, poslední rozhovor proběhl formou zapisování odpovědí.

5.1 Plán výzkumu

Jak uvádí Hendl (2005, s. 41) je plán výzkumu nejdůležitějším krokem. V této fázi určujeme, kdy a kde se výzkum provede, s kým se setkáme, volí se určité metody sběru dat a hrubý časový průběh celého výzkumu. Tento krok není možné vynechat.

V měsíci prosinci 2013 bylo zvoleno téma diplomové práce, které bylo následně projednáno a schváleno. V rozmezí leden až únor 2013 byly vymezeny cíle a proběhlo zvolení metody a techniky šetření kvalitativního výzkumu. Z teoretických podkladů dostupné literatury, elektronických a periodických zdrojů bylo uskutečněno v období březen až listopad 2014. Rozhovory s klíčovými pracovníky proběhly v březnu 2015, kdy také byly přepsány a vyhodnoceny.

5.1.1 Výzkumné prostředí

Jako výzkumné prostředí bylo zvoleno Chráněné bydlení Domov, kde jsem rok pracovala jako pracovník v sociálních službách. Zde jsem shromažďovala a získávala všechny potřebné informace. Nejdůležitějším prostředkem ke sběru dat pro mne byly rozhovory s klíčovými pracovníky tohoto zařízení a seznámení se s vnitřní dokumentací pojící se k tématu.

5.1.2 Výzkumný soubor

Jako místo výzkumu jsem vybrala Chráněné bydlení Klíč – centrum sociálních služeb. Důvodem k výběru tohoto chráněného bydlení je, že jsem respondenty a klienty znala, jelikož jsem v zařízení 12 měsíců pracovala jako pracovník sociálních služeb v Podpoře samostatného bydlení. S klienty a s pracovníky chráněného bydlení jsem byla denně v kontaktu. V hodnocení mohu tedy využít i vlastní zkušenosti a znalosti daného zařízení.

K rozhovoru jsem dostala souhlas od všech klíčových pracovníků chráněného bydlení a tak jsme ve výzkumu provedla rozhovor se třemi ženami a jedním mužem. Všichni klíčový pracovníci pracují v chráněném bydlení několik let. Pracovníci byli předem osloveni a informováni o účelu výzkumného šetření a způsobu sběru dat. Také jim byly sděleny informace o mém studiu a všichni pracovníci byli seznámeni s tím, že rozhovory budou nahrávány a získané informace budou anonymní. Provedení výzkumu bylo schváleno ředitelem zařízení PaedDr. Petrem Matuškou, Ph.D..

5.1.3 Metodologické ukotvení

Jednu z definic kvalitativního výzkumu nabízí např. Glaser a Corbinová (in Hendl, 2005, s. 49-50), kteří jej považují za „výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace“. Disman (2000, s. 285) jej považuje za „nenumerné šetření a interpretaci sociální reality“ s cílem odkrýt význam sdělovaných informací.

Kvalitativní výzkum byl zaměřen z důvodu citlivosti tématu na jedno zařízení, kde čtyři pracovníci v sociálních službách zastávají roli klíčových pracovníků. Kvalitativního výzkumu se nedosahuje pomocí statistických metod, ale informuje o názorech respondentů a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. V tomto typu výzkumu se stanovuje výzkumné téma a určí se základní výzkumná otázka.

5.1.4 Zvolená metoda

Jako techniku sběru dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor umožňuje výzkumníkovi zachytit odpovědi respondentů v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu.

Jde o soubor otázek, který je složen tak, aby na ně mohl každý respondent odpovídat ve stejném pořadí, přičemž se výzkumník musí dotazovat stejnými slovy. Výzkumník může rozhovor rozšířit o další, doplňující otázky. Výhodou otevřených otázek v rozhovoru je to, že respondenta neomezují, ani mu nevnucují nějakou volbu. (Žižlavský, 2003).

Dále, jak uvádí Hendl (2005, s. 204), studium dokumentů doplňuje data získaná rozhovory a pozorováním. „Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum. Výzkumník se tedy zabývá tím, co je již k dispozici, ale musí to vyhledat.“

Bylo mi umožněno seznámit se s dokumenty organizace, konkrétně s:

- Pomocné materiály k tématům osvěty,
- Modelové situace,

- Listy sexuality,
- Pokyn ředitele XLVII/2012.

Podrobněji se těmto dokumentům vyjadřuji v kapitole Dokumentace zařízení vztahující se k tématu sexuality klientů.

5.2 Průběh sběr dat

Rozhovory se třemi klíčovými pracovníky proběhly v kanceláři chráněného bydlení a jednou proběhl rozhovor telefonicky. Tři rozhovory byly se souhlasem účastníků nahrávány a pracovníci byli před rozhovorem seznámeni s obsahem otázek, jeden rozhovor byl zaznamenáván do záznamového archu. Rozhovory byly pořízeny během tří dnů.

Před zahájením rozhovorů bylo samozřejmé vytvoření klidné a příjemné atmosféry, a to za účelem získání co nejvíce informací. Také proběhl neformální rozhovor, ve kterém byl vysvětlen obsah výzkumného šetření.

První dva rozhovory proběhly 12.03.2015 v kanceláři chráněného bydlení a celková doba trvání rozhovoru byla asi 50 min. Třetí rozhovor proběhl také v kanceláři chráněného bydlení a to 15. 03.2015, doba trvání rozhovoru byla 25 min. Poslední, čtvrtý, rozhovor se konal 16. 03. 2015 s dobou trvání 15 minut. Během rozhovorů byly získány odpovědi na všechny otázky.

5.3 Cíle výzkumného šetření

V mé diplomové práci byla zvolena hlavní výzkumná otázka a čtyři dílčí cíle, které jsem na základě realizovaného šetření zodpověděla. Hlavním cílem diplomové práce bylo vyhodnocení postojů klíčových pracovníků – co je ovlivňuje, poskytnout informace o zařízení a přístupu k dané oblasti.

Hlavní výzkumná otázka

Jsou klíčoví pracovníci dostatečně motivováni, vzdělávání a připraveni s klienty chráněného bydlení řešit otázky spojené s jejich potřebami v partnerském a sexuálním životě?

Dílčí výzkumné otázky:

DVO1:

Jak klíčový pracovníci podporují partnerský život klientů?

DVO2:

Jakým způsobem jsou klienti informováni a vzděláváni klíčovými pracovníky daného zařízení o oblasti partnerství a sexuality?

DVO3:

Jsou klíčový pracovníci motivováni se v dané oblasti vzdělávat a jak?

DVO4:

Jaké je úroveň vzdělávání klíčových pracovníků v chráněném bydlení?

5.4 Interpretace zjištěných výsledků a zodpovězení stanovených cílů

V této části budu interpretovat jednotlivé otázky, odpovědi a výsledky. U každé dílčí výzkumné otázky i hlavní výzkumné otázky uvádím odpovědi všech dotazovaných, které následně vyhodnocuji. Jednotliví pracovníci budou označováni podle pořadí rozhovorů, které s nimi byly vedeny a to KP1, KP2, KP3 a KP 4.

DVO1: Jak klíčový pracovníci podporují partnerský život klientů?

Tato dílčí výzkumná otázka úzce souvisí s celým tématem diplomové práce. Protože právě umožnění a podpora klíčových pracovníků žít partnerský život je nejdůležitější. Tato část je ověřena v následujících dílčích otázkách. Na otázky odpověděli všichni klíčový pracovníci v zařízení, konkrétně na:

- „Žijí ve vašem zařízení klienti, kteří tvoří partnerské páry?“
- „Vedou vaši klienti sexuální život?“
- „Jakým způsobem je jim zajištěno soukromí?“
- „Žijí tyto partnerské páry ve společné domácnosti?“

1. Žijí ve vašem zařízení klienti, kteří tvoří partnerské páry?

U této otázky byla odpověď u všech respondentů: Ano.

2. Vedou vaši klienti sexuální život?

KP1: Ano.

KP2: Ano.

KP3: Myslím, že ano.

KP4: Ano.

3. Jakým způsobem je jim zajištěno soukromí?

KP1: Domluvou se spolubydlícím. Byli poučeni o tom, že by v tu chvíli neměl být přítomen nikdo další, kromě partnera (například při sprchování, líbání a jiných intimních chvílích).

KP2: Mají možnost se na pokoji zamknout.

KP3: Mají společné bytové jednotky a tam se mohou zamknout.

KP4: Mají společné bytové jednotky, mohou se zamknout.

4. Žijí tyto partnerské páry ve společné domácnosti?

Všichni pracovníci se shodli na odpovědi: Dva páry žijí ve společné domácnosti, jeden pár partnerský vztah udržuje, ale bydlí odděleně.

Jak je z otázek 1-4 zřejmé, nejen zařízení jako takové, ale i klíčový pracovníci podporují klienty v jejich partnerském životě.

V případě zájmu mají možnost klienti zařízení bydlet na společných bytových jednotkách a nemusejí žít odděleně. Z výsledků dotazování je patrné, že této možnosti využili dva ze tří partnerských párů, z celkového počtu šestnácti klientů, kteří žijí v chráněném bydlení.

Klienti mají možnost soukromí a mohou se na svých bytových jednotkách zamykat. S klienty je probírána možnost zamykání a utvoření soukromí také po domluvě se spolubydlícím tak, aby byla spokojenost na obou stranách. Také jsou klientům vysvětlovány situace, které patří do soukromí a neměl by u nich být přítomen nikdo třetí. Vzhledem k legislativnímu

ukotvení práv každého jedince je patrné, že klientům není upíráno např. jejich právo na soukromí, právo na sexuální rovnost, právo svobodně se stýkat. Podrobněji jsou tyto práva popsány v příloze č. 1 – charta sexuálních a reprodukčních práv a v příloze č. 2 – deklarace sexuálních práv.

DVO2: Jakým způsobem jsou klienti informováni a vzdělávání klíčovými pracovníky daného zařízení o oblasti partnerství a sexuality?

Důležitou součástí podpory žití partnerským životem je také možnost klientů získávat všechny potřebné informace o této oblasti a možnost obrátit se s otázkami na klíčového pracovníka nebo na pracovníka zařízení, kterému důvěřuje. Právě komunikace a osvěta je pro tuto oblast velmi důležitá. V této části byly položeny následující otázky:

- „Chodí za vámi klienti pro radu ohledně sexuality?“
- „Konzultujete s nimi jejich sexuální život – jak konzultace poskytujete – organizačně (individuálně X skupinové), kdo je poskytuje (konkrétní osoba zaměřená na dané problémy, každý, za kým klienti přijdou) apod.“
- „Využili jste někdy pomoc či konzultaci někoho jiného?“
- „Jak s klienty řešíte oblast antikoncepce?“
- „Jak byste řešili případné rodičovství u klientů?“

5. Chodí za vámi klienti pro radu ohledně sexuality?

KP1: Ano.

KP2: Ano.

KP3: Ne. Já osobně s nimi toto téma neřeším. Není mi příjemné se na toto téma bavit. Ale samozřejmě se mohou obrátit na jiného pracovníka nebo jim poskytnu podporu při vyhledání odborníka.

KP4: Ano, ale už dlouho jsem s klienty toto téma neřešila.

6. Konzultujete s nimi jejich sexuální život – jak konzultace poskytujete – organizačně (individuálně X skupinové), kdo je poskytuje (konkrétní osoba zaměřená na dané problémy, každý, za kým klienti přijdou) apod.?

KP1: V denním stacionáři je jim poskytována sexuální osvěta, která zahrnuje hygienu, sex jako takový, případně pokud mají nějaký konkrétní problém – např. právě narušování soukromí, problémy při sexuálním aktu, apod. díle v zařízení máme vytvořenou skupinu zajišťující metodickou podporu v oblasti sexuality. Je složena z pracovníků jednotlivých typů Klíčem poskytovaných služeb. Tato skupina se schází minimálně 4x roka, dle potřeby poskytuje patronům a ostatním pracovníkům v přímé péči průběžnou podporu a pomoc v řešení situací týkajících se osvěty v oblasti sexuality včetně jejich metodického vedení, dle potřeby se podílí na krizových situacích v oblasti sexuality a podílí se na zajišťování didaktických pomůcek určených pro osvětu klientů např. odbornou literaturu, konzultace s odborníkem, supervize, apod. Materiály, které jsou v zařízení na toto téma, byly vypracovány pracovníky, kteří spolupracovali s odborníkem, sexuologem.

KP2: Klienti mohou přijít za jakýmkoliv pracovníkem, ale každý jim poradí podle svých možností a vědomostí, jelikož některé oblasti dotazů mohou být pro pracovníka velice intimní.

KP3: Jeden z klíčových pracovníků je ve skupině, která zajišťuje osvětu a podporu v této oblasti. Vypracovali plán, který obsahuje, co všechno by měli pracovníci znát, v čem by se měl vzdělávat, kam až zacházet a kdy vyhledat odborníka.

KP4: V zařízení je skupina pracovníků, kteří se zaměřují na tuto oblast. Každé „oddělení“ má svého zástupce a ti nás potom informují. Pokud pracovník nebude vědět, může se obrátit právě na tuto skupinu.

7. Využili jste někdy pomoc či konzultaci někoho jiného? Např. sexuologa.

KP1: Ano, u jednoho páru jsme poskytli podporu při vyhledání konkrétního sexuologa a dále byl poskytnut doprovod do ordinace. Ano, vlastně několikrát.

KP2: Ano. Ale osobně jsem této spolupráci přítomna nebyla.

KP3: Ano. Využili jsme konzultaci se sexuologem u dvou párů a zkušenost byla pozitivní. Poskytla jsem podporu při výběru vhodného odborníka, podporu při návštěvě a pomohla zprostředkovat informace rodině a opatrovníkovi.

KP4: Ano, ale ne u mých klientů.

8. Jak s klienty řešíte oblast antikoncepce?

KP1: Poskytujeme informace o možnostech ochrany před početím.

KP2: Klientům jsou vysvětleny možnosti ochrany a její potřeba.

KP3: Doprovázím je k lékaři. Všechny klientky antikoncepci berou. Znají důvod užívání antikoncepce.

KP4: Některé klientky podstoupili zákrok, jiné užívají antikoncepci. Užívání antikoncepce či podstoupení zákroku samozřejmě není povinné, ale klientkám byla vysvětlena možná rizika.

9. Jak byste řešili případné rodičovství u klientů?

KP1: Poskytneme podporu při hledání jiného zařízení, protože toto zařízení není přizpůsobené pro těhotné nebo o děti pečující klientky.

KP2: Poskytneme podporu při hledání jiného zařízení. Naše zařízení k tomuto není uzpůsobené.

KP3: Toto je otázka pro opatrovníka. Zařízení není na toto přizpůsobené.

KP4: Klientka by musela hledat jiné zařízení. V tomto směru by jí byla poskytnuta podpora.

Na zodpovědění DVO2 byly použity otázky 5-9. Z odpovědí respondentů vyplývá, že klienti jsou vzdělávání o oblasti partnerství nejen na denním stacionáři, kam v pracovní dny docházejí, ale také mají možnost přijít za svým klíčovým pracovníkem a dotazovat se na konkrétní problémy, se kterými potřebují poradit.

Z odpovědí jednoho klíčového pracovníka je patrné, že má problém s klienty o tomto tématu mluvit. Ovšem je důležité zmínit, že se klienti mohou obrátit i na jiné pracovníky, se kterými si o svých otázkách mohou promluvit.

V denním stacionáři a v chráněném bydlení se sexuální osvěta zaměřuje na poznávání částí lidského těla, rozdíly mezi ženou a mužem, dodržování hygieny, tvorbu mezilidských vztahů a také na projevy sexuálního chování. Při práci s grafickými listy je také dále probírán pohlavní styk.

Dále je v centru sociálních služeb utvořena skupina pracovníků, za každé zařízení jeden pracovník, který je v případě potřeby poradí a odpoví na konkrétní situaci nejen danému pracovníkovi, ale také klientovi.

Jako další možnou alternativou je spolupráce s odborníky v této oblasti (sexuolog, gynekolog). Pracovníci chráněného bydlení uvedli, že již několikrát využili pomoc sexuologa. Klientům byla poskytnuta podpora při vyhledání odborníka, pokud si klient přál, tak mu pracovník také poskytl podporu v doprovodu do ordinace nebo při zakoupení potřeb, které jim byly doporučeny odborníkem.

V jednom případě pomohli pracovníci klientovi při zprostředkování informací rodině a k vysvětlení dané situace.

Je důležité, že klíčový pracovníci s klienty probírají oblast partnerství a sexuality, v případě potřeby spolupracují s odborníky. V otázce legislativního ukotvení je důležité, že např. právo na informaci a vzdělání, právo na široké, objektivní a faktické informace, právo na zdravotní péči a ochranu zdraví, které jsou vysvětleny v příloze č. 1. a 2 jsou naplněna.

V otázce této dílčí výzkumné otázky byla zahrnuta oblast antikoncepce a případného rodičovství u klientů. Klientům zařízení byla vysvětlena antikoncepce, z jakého důvodu se užívá, jaké jsou možnosti antikoncepce a záleží jen na klientech, pro jakou formu antikoncepce se rozhodnou, pokud ji chtějí užívat.

Dále jsou s klienty probírány důsledky možného otěhotnění. V tomto případě by klientům byla poskytnuta podpora při vyhledání jiného zařízení, jelikož toto chráněné bydlení není přizpůsobeno, aby zde klienti vychovávali potomky.

Tato dílčí výzkumná otázka úzce navazuje na předchozí, jelikož vzdělávání a informování ohledně oblasti partnerského a sexuálního života následuje po podpoře a možnosti žít partnerským životem.

V otázce, která se týká antikoncepce, bylo popsáno, že klientům by byla poskytnuta podpora při hledání vhodného zařízení, které je uzpůsobeno pro klienty, kteří se rozhodnou mít potomka. Nebylo však vysvětleno, které zařízení by vhodné bylo, zda pracovníci o nějakém zařízení vědí a proč právě toto zařízení není vhodné a přizpůsobené pro klienty, kteří se rozhodnou mít potomka.

Navrhuji zde jako možné řešení určení postupu a vypracování dokumentace, jak v takovém případě jednat, zajistit seznam zařízení, která by klienty přijala a jak mají pracovníci přesně postupovat, aby byli připraveni a schopni takovou situaci okamžitě řešit.

DVO3: Jsou klíčový pracovníci motivovaní se v dané oblasti vzdělávat a jak?

Motivace pracovníků je další nedílnou součástí této oblasti, která se dále zaměřuje na možnosti ovlivnění postoje k partnerskému a sexuálnímu životu klientů. Cílem této oblasti je nejen motivace pracovníků, ale také možnosti ovlivnění jejich postoje.

V této části všichni respondenti odpověděli na otázky v pořadí 10 a 11:

- „Jaká je vaše motivace vzdělávání v této oblasti?“
- „Jaký je váš názor na sexualitu klientů? Ovlivnilo něco váš postoj k tomuto téma, než jste začali pracovat v tomto zařízení a nyní, když jste s klienty v každodenním kontaktu?“

10. Jaká je vaše motivace vzdělávání v této oblasti?

KP1: Já to беру tak, že někdo jinej může mít jinej náhled na sexualitu klientů a mohu se dozvědět, co nevíme nebo co všechno si nemusíme uvědomovat. Protože osvěta v sexualitě nezahrnuje jen sex, ale i poznávání svého těla, hygienu, správné pojmenovávání části těl. Aby se pracovníci nestyděli mluvit na toto téma.

KP2: Já se v jakékoliv oblasti ráda vzdělávám. Pomůže mi to, nastartuje mě to. Vzdělávat bych se chtěla já sama osobně a ne kvůli splnění kurzu v tabulce.

KP3: Žádná.

KP4: Abych byla schopna klientům poradit.

11. Jaký je váš názor na sexualitu klientů? Ovlivnilo něco váš postoj k tomuto téma, než jste začali pracovat v tomto zařízení a nyní, když jste s klienty v každodenním kontaktu?

KP1: U mě je názor stále stejný, akorát nyní toto o tématu vím víc. Mít jakékoliv vztahy, ať už partnerské, sexuální nebo jiné, je jejich právo. Beru to jako normální. Dřív bych asi přemýšlel, jak se informace dozvídají.

KP2: Tím, že tu jsou ženy i muži, vzniká přirozené prostředí, mají na to právo. Akorát mám trochu problém s nimi o této oblasti mluvit, protože jsem vyrůstala, dalo by se říct, v puritánské výchově. Přijde mi to jako přirozené.

KP3: Pozitivní.

KP4: Je to přirozená součást člověka. Názor mám stále stejný.

U prvního dotazu tři ze čtyř pracovníků uvedli, že jsou motivováni se v této oblasti vzdělávat. První pracovník na dotaz odpověděl, že díky vzdělávání může získat informace o jiném náhledu na toto téma. Druhý pracovník uvedl, že se rád vzdělává nejen na toto téma, ale i v jiných oblastech, rád se vzdělává kvůli sobě. Třetí pracovník uvedl, že motivován není a čtvrtého pracovníka motivuje to, aby byl schopen klientům poradit v jejich otázkách.

Všichni klíčový pracovníci odpověděli, že mají pozitivní postoj k partnerskému a sexuálnímu životu klientů. První pracovník uvedl, že se jeho názor na sexualitu nezměnil a je stále stejný. Nyní už ví, jak se klienti informace dozvídají. Druhému pracovníkovi přijde potřeba vést partnerský a sexuální život u klientů jako přirozená. Třetí pracovník uvádí, že jeho názor na partnerský a sexuální život je pozitivní. Čtvrtý pracovník v rozhovoru uvedl, že názor měl i před nástupem do zařízení stejný, pozitivní a uvádí, že tuto potřebu bere jako přirozenou součást člověka.

Z výše uvedených rozhovorů je zřejmé, že motivace k získávání více informací je pro pracovníky důležitá. Jeden pracovník uvedl, že motivovaný není. Je pro ně důležité se vzdělávat, aby si nejen uvědomili, co vše je možné do této oblasti zahrnout, ale také aby byli schopni klientům umět poradit.

Z odpovědi jednoho klíčového pracovníka je patrná jeho výchova v dětství, a proto vzniká stud o tomto tématu hovořit. Důležitou informací získanou z uskutečněných rozhovorů je, že pracovníci mají stále stejný názor na sexualitu a partnerství u klientů, který zastávali i před nástupem do tohoto zařízení. Pozitivní postoj a uvědomění, že se jedná o lidskou přirozenost, je velmi důležitý.

Jako výchozí pro shrnutí a hodnocení této dílčí výzkumné otázky bych doporučila možnost častější supervize pro pracovníky a zařazení většího množství školení týkající se sexuality a partnerských vztahů u klientů. Čím častěji bude toto téma v zařízení probíráno a bude se o něm častěji diskutovat, tím jednodušší bude odstraňování překážek a studu na toto téma s klienty hovořit.

DVO4: Jaké je úroveň vzdělávání klíčových pracovníků v chráněném bydlení?

Účelem této dílčí výzkumné otázky bylo zjištění, jak jsou pracovníci v oblasti partnerských a sexuálních vztahů vzděláváni, jak je pro ně toto vzdělání užitečné. Další oblastí bylo zjištění, zda jim přijde jejich vzdělání dostatečné a jestli by uvítali nějaké změny v oblasti vzdělávání. Poslední částí je spolupráce s rodinou klienta.

V rozhovoru byly na toto téma pracovníkům položeny následující otázky a to v pořadí 12 - 15:

- „Je v zařízení vypracován protokol o sexualitě a vztazích?“
- „Jak se v dané oblasti jako pracovníci vzděláváte? Případně jaké kurzy jste absolvovali a jak byly pro vás tyto kurzy užitečné?“
- „Jste v této oblasti, dle vašeho názoru, dostatečně vzděláni? Je zde pracovník nebo kolektiv pracovníků, kteří se zaměřují na tuto oblast?“
- „Co by se v této oblasti mohlo zlepšit?“
- „Spolupracujete v této oblasti s rodinou klienta?“

12. Je v zařízení vypracován protokol o sexualitě a vztazích?

U této otázky se všichni klíčoví pracovníci shodli, že ano. Dále shodně uvedli, že vědí, které dokumenty protokol o sexualitě obsahuje.

13. Jak se v dané oblasti jako pracovníci vzděláváte? Případně jaké kurzy jste absolvovali a jak byly pro vás tyto kurzy užitečné?

KP1: Máme vytvořen Protokol o sexualitě, který je pravidelně aktualizován. Pracovníci ve skupině se při vytvoření scházeli rok, aby protokol byl přizpůsoben na klienty všech zařízení organizace. Nyní se jedná o konkrétním pracovníkovi, na kterého by se všichni ostatní mohli obracet, aby se vždy

nemusela svolávat celá skupina. Dále je školení o sexualitě, já mám absolvovaný kurz Sexualita I.

KP2: Já mám absolvovaný kurz Sexualita I.

KP3: Já osobně jsem žádný kurz v této oblasti neabsolvovala.

KP4: Absolvovala jsem kurz Sexualita I. a II. Dále získávám informace z různých příruček.

13. Jste v této oblasti, dle vašeho názoru, dostatečně vzděláni? Je zde pracovník nebo kolektiv pracovníků, kteří se zaměřují na tuto oblast?

KP1: Já jsem určitě pro další vzdělávání nebo minimálně opakování, stále o tom mluvit a člověk se do toho už pak dostane. S klienty takové základy, jako je například dostatečná hygiena řešíme každý den, o potřebě zavírat dveře apod. Ale pokud mají problém při aktu, to už s nimi neřešíme a poskytneme podporu při vyhledání odborníka, buď na sexuologa, nebo gynekologa. Při koupení už prodiskutovaných potřeb odborníkem ale podporu poskytneme.

KP2: Do nedávna jsem si myslela, že ano. Ale poslední dobou řešíme otázku, do jaké míry bychom měli klientům podporu poskytovat jako pracovníci a kdy už se máme obrátit na odborníka. Co je pro nás únosné s nimi řešit a co konzultovat s někým jiným. Stalo se mi, že už jsem nevěděla, co bych řekla. Takže bych asi uvítala více toho vzdělávání, aby se o tom pracovníci nebáli mluvit, aby se nestyděli. Aby to bylo více otevřené téma.

KP3: Ne. Chtěla bych, aby mi toto téma někdo vysvětlil. Myslím, že na jednoho klíčového pracovníka je toho hodně k řešení.

KP4: Vzdělání a získané informace mi stačí. Pokud jim nebudu schopna poradit, nabídnu spolupráci s odborníkem

14. Co by se v této oblasti mohlo zlepšit?

KP1: Zařazení více kurzů k této oblasti. Vím, že díky skupině pracovníků se v této oblasti udělalo v zařízení dost a snaží se toto téma přiblížit i ostatním pracovníkům. Ale každý pracovník má své limity nastavené jinde. Každý má podklady k dispozici, ale záleží na každém, jak se tomu poté věnuje. Ale že by bylo konkrétně něco špatně, co by se mělo zlepšit, to si myslím, že není.

KP2: Nevím.

KP3: Uvítala bych lepší informovanost pracovníků, podporu ze strany zaměstnavatele. Dále větší spolupráci s pracovníky denního stacionáře.

KP4: Nic bych neměnila.

15. Spolupracujete v této oblasti s rodinou klienta?

KP1: U jednoho klienta jsme přímo řešili s rodinou, ale je to spíše o spolupráci s rodinou, že klient má právo mít partnerský nebo sexuální život a my mu nemůžeme kázat, jestli s někým může nebo nemůže chodit. Je to spíš o vysvětlování. My nemáme právo jim zasahovat do jejich partnerského života, to jsou klientovi práva.

KP2: U mých klientů nebylo prozatím potřeba.

KP3: Ano, rodina se o toto téma zajímá.

KP4: Asi jak s kterou, asi v případě pokud by bylo nějaké nevhodné chování.

V této části bylo zjištěno, že všichni pracovníci znají protokol o sexualitě a vztazích, jsou s ním seznámeni a vědí, co obsahuje.

V další otázce respondenti odpovídali, jaké kurzy absolvovali. První pracovník uvedl, že absolvoval kurz Sexualita a vztahy lidí s postižením 1 a dále poskytl při rozhovoru informace o skupině, která je utvořena v zařízení,

o které je podrobněji zmiňuji v teoretické části. Druhý pracovník uvedl, že má absolvovaný také kurz Sexualita a vztahy lidí s postižením I. Třetí pracovník uvedl, že žádný kurz neabsolvoval. Poslední pracovník uvedl, že kromě kurzu Sexualita a vztahy lidí s postižením I, Sexualita a vztahy lidí s postižením II a vzdělává se z příruček, které se týkají daného téma.

V otázce, zda si pracovníci myslí, jestli jsou dostatečně vzděláni, uvedl první pracovník, že by uvítal nejen další vzdělávání, ale také opakování. Druhý pracovník uvedl, že si doposud myslel, že je vzdělán dostatečně, ale čím více se o tématu hovoří, uvítal by více vzdělávání v této oblasti. Nejen kvůli tomu, protože v určitou chvíli už nevěděl, jak odpovědět, ale také by se téma více otevřelo a pracovníci by přestali mít stud se o tomto tématu bavit. Třetí pracovník odpověděl, že mu jeho vzdělání přijde nedostatečné, uvítal by, aby mu tato oblast byla více vysvětlena. Jako další důvod uvádí, že jako klíčový pracovník musí řešit mnoho dalších oblastí. Čtvrtý pracovník odpověděl, že mu vzdělání přijde jako dostatečné a pokud by již nedokázal klientovi odpovědět, obrátil by se na odborníka.

Závěr

Má diplomová práce je zaměřena na postoje klíčových pracovníků k partnerskému životu klientů s mentálním handicapem v chráněném bydlení. Téma partnerského života a s tím spojeného sexuálního života je v dnešní době velmi diskutované téma a přitom pro mnohé stále tabuizované. Ve zmíněném chráněném bydlení jsem se rok setkávala s klienty jako pracovník v sociálních službách, realizovala jsem zde výzkumné šetření a tím jsem byla obohacena o mnoho informací, zkušeností a dovedností.

Forma mé diplomové práce je empirická a je tedy založena na kvalitativním výzkumu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmu mentální handicap, vysvětlení různého názvosloví tohoto pojmu a na charakteristiku osob s mentálním handicapem. Další část, která se týká sexuality osob s mentálním handicapem. Podrobněji se zabývá vývojem, právní legislativou, která se k této oblasti vztahuje. Také vysvětluje různé pojetí partnerství a sexuality a zabývá se otázkou antikoncepce a práva založit rodinu. Na tuto část navazuje oblast sexuální výchovy a osvěty u osob s mentálním handicapem. Nedílnou součástí je popsání také místa, kde tito klienti žijí a tím je právě chráněné bydlení. A to nejen legislativním vymezením, ale je zde také popsán klíčový pracovník a vymezení pojmu postoj, který je pro tuto diplomovou práci stěženi.

Pro klienty, kteří žijí v chráněném bydlení, ať už z jakéhokoliv důvodu, je právě chráněné bydlení jejich domovem. Je to místo, které navozuje pocit bezpečí a jistoty. A právě díky tomu jsou klíčový pracovníci tak důležití. Jsou opěrným bodem pro klienty. Proto je také důležitý vztah klíčového pracovníka s klientem, nejen z pohledu profesionálního, ale hlavně také lidského. Klíčový pracovník je nejen důvěrník, ale opěrný bod na cestě jejich životem k osamostatnění. A právě pocit důvěry umožňuje klientům řešit, kromě jiných témat, také téma partnerského a sexuálního života.

Na základě získaných informací se mi podařilo získat ucelené informace o zařízení, postoji klíčových pracovníků a díky výzkumnému šetření zodpovědět výzkumnou otázku mé diplomové práce a to zda jsou klíčový

pracovníci dostatečně vzdělávání, motivování a schopni s klienty řešit jejich otázky týkající se partnerského a sexuálního života.

Výzkumné šetření bylo provedeno na základě souhlasu ředitele PaedDr. Petra Matušky, Ph.D.. V souvislosti s hlavní výzkumnou otázkou byly stanoveny čtyři dílčí výzkumné otázky, které s hlavní výzkumnou otázkou souvisí.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejen zařízení jako celek, ale také právě klíčoví pracovníci chráněného bydlení podporují klienty v možnosti vést partnerský život na profesionální úrovni. Klientům je zajištěno soukromí a v případě zájmu mohou obývat společnou bytovou jednotku. Klienti i klíčoví pracovníci jsou v této oblasti vzdělávání a mají možnost řešit případné otázky či potíže s pracovníkem, kterému důvěřují.

Vzdělávání se zaměřuje nejen na poznávání lidského těla, hygienu, sexuální akt, ale také na antikoncepci. V chráněném bydlení převažuje pozitivní motivace pracovníků k dalšímu vzdělávání.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pozitivní postoj k partnerskému životu klientů je dlouhodobý a trval i před nástupem do zařízení. Je patrné, že poznatky o této oblasti jsou prohloubeny.

Výzkumná část diplomové práce se také zaměřuje na „Protokol o sexualitě a vztazích“, který má zařízení vypracován ve spolupráci s odborníkem v oblasti sexuologie. Klíčoví pracovníci uvádějí, že potřeba vzdělávání v této oblasti je pro ně důležitá. V případě potřeby se obrátí na spolupráci s odborníkem a poskytnou klientovi potřebnou podporu.

Na základě vyhodnocení dílčích výzkumných otázek je patrné, že téma partnerského života klientů v chráněném bydlení není tabuizováno, naopak je různými prostředky podporováno.

Nenjen zaměstnání, ale i výzkumné šetření v chráněném bydlení bylo pro mě velkou zkušeností. Stanovené dílčí výzkumné otázky byly zodpovězeny a poukázalo na důležitost netabuizování tohoto tématu. Z uskutečněného výzkumu je patrné, jak důležité je vzdělávání v této oblasti.

Diplomová práce je informačním zdrojem nejen pro pracovníky zařízení, ale také jako možnost použití zpětné vazby a také pro pracovníky jiných zařízení.

Seznam otázek kladených v rozhovorech:

- 1 Žijí ve vašem zařízení klienti, kteří tvoří partnerské páry?
- 2 Vedou vaši klienti sexuální život?
- 3 Jakým způsobem je jim zajištěno soukromí?
- 4 Žijí tyto partnerské páry ve společné domácnosti?
- 5 Chodí za vámi pro radu ohledně sexuality – využívané formy předávání dotazů?
- 6 Konzultujete s nimi jejich sexuální život – jak konzultace poskytujete – organizačně (individuálně X skupinové), kdo je poskytuje (konkrétní osoba zaměřená na dané problémy, každý, za kým klienti přijdou) apod.?
- 7 Jak s klienty řešíte oblast antikoncepce?
- 8 Jak byste řešili případné rodičovství u klientů?
- 9 Je v zařízení vypracován protokol o sexualitě a vztazích?
- 10 Jak se v dané oblasti jako pracovníci vzděláváte? Případně jaké kurzy jste absolvovali a jak byly tyto kurzy užitečné?
- 11 Jste v této oblasti, dle vašeho názoru, dostatečně vzděláni? Je zde pracovník nebo kolektiv pracovníků, kteří se zaměřují na tuto oblast?
- 12 Jaká je vaše motivace vzdělávání v této oblasti?
- 13 Co by se v této oblasti mohlo zlepšit?
- 14 Spolupracujete v této oblasti s rodinou klienta?
- 15 Využili jste někdy pomoc či konzultaci někoho jiného? Např. sexuologa?

Zdroje

Literatura

- 1) BALADERIEN N. J. *Sexual Abuse of People with Developmental Disability. Sexuality and Disability*, Vol. 9. No. 4, 1991.
- 2) BARTOŇOVÁ M., BAZALOVÁ B., PIPEKOVÁ J. 2007. *Psychopedie*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-144-7
- 3) BICKOVÁ, L., 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- 4) ČERNÁ M., KVAPILÍK J. 1990. *Zdraví způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0019-9
- 5) DISMAN M. 2002. *Jak se vyrábí sociologický výzkum*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0139-7
- 6) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-569-1
- 7) HENDL J. 2005. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7367-040-2
- 8) JANÍŠ, K. – *Sexualita mentálně postižených*, Praha, Centrum denních služeb o.s. Orfeus: 2004, ISBN – 80-903519-0-5.
- 9) KOLÁŘOVÁ K. 2012. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-050-6
- 10) KOZÁKOVÁ Z. 2013. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3680-7
- 11) KOZÁKOVÁ, Z. 2004. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o. s. Orfeus. ISBN 80-903519-0-5

- 12) MILFAIT R. 2013. *Lidská práva osob s mentálním postižením, nevyлéčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu „Euthanasie“*. ISBN 978-80-86057-85-9
- 13) MATĚJČEK, Z. 2000. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*, Praha, Portál: ISBN – 80-7178-494-X.
- 14) MATOUŠEK O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X
- 15) MITLÖHNER, M. *Vybrané právní otázky sexuality mentálně postižených osob*. Sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o.s. ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity v Hradci Králové za účasti Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11.-12. Prosince 2008. Praha: 2009
- 16) MÜLLER O., VALENTA M. 2003. *Psychopedie*. Praha: Parta. ISBN 80-7320-039-2
- 17) NOVOSAD, L. 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5
- 18) NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7
- 19) ŘÍČAN, P. 2008. *Psychologie*. Praha: Portál. 978-80-7367-406-9
- 20) SCHMIDBAUER, W. 2008. *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-369-7
- 21) SCHWARTZ, B. a FLOWERS J. V., 2012. *Jak selhat jako terapeut: 50 způsobů, jak ztratit nebo poškodit svého klienta*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0074-1.
- 22) SLOWÍK J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3

- 23) ŠTĚRBOVÁ D. 2007. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: UP Olomouc. ISBN 978- 80- 244-1689-2
- 24) ŠVARCOVÁ I. 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7
- 25) ŠVARCOVÁ, I. 2011. *Mentální retardace*. Vyd. 4; Praha: Portál. ISBN 978-80-7397-889-0
- 26) SVOBODA M., KREJČÍŘOVÁ D., VÁGNEROVÁ M. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-545- 8
- 27) TAUBNER, V. 2007 – *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*, Praha, Fortuna. ISBN – 80-7168-403-1.
- 28) THOROVÁ K., JŮN H. 2012. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Apla. ISBN 978-80-87690-08-6
- 29) VÁGNEROVÁ M. 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3
- 30) VENGLÁŘOVÁ M., EISNER P. a kol. 2013 *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5
- 31) ÚLEHLA, I., 1999. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-36-9
- 32) UZEL R., MITLÖHNER M, 2007: *Vybrané otázky lidské sexuality*. Gaudeamus, Hradec Králové. ISBN 978-80-7041-609-9
- 33) ŽIŽLAVSKÝ, M. 2003 *Metodologie pro sociální politiku a sociální práci*. Brno: MU, ISBN 80-210-3110-7.

- 34) YALOM, I. D., 2012. *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0210-3.

Sborníky:

Sexualita mentálně postižených II. Centrum denní služeb ORFEUS, Praha 2009, ISBN 978-80-903519-7-4

LEGISLATIVNÍ ZDROJE

- 1) Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 2) Deklarace sexuálních práv (1997, Španělsko, Valencie)
- 3) Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996)
- 4) Deklarace práv zdravotně postižených (1975, OSN)
- 5) Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993, Valné shromáždění OSN)
- 6) Deklarace práv mentálně postižených (20. prosince 1971, Valné shromáždění OSN)
- 7) Evropská sociální charta (1961, Rada Evropy)
- 8) Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1950, Rada Evropy)
- 9) Všeobecná deklarace lidských práv (1948, Charta OSN)
- 10) Úmluva o právech dítěte (1989, OSN)

Jiné zdroje

- 1) DŽAMBIKOVÁ, L. 2012. *Sexuální výchova na základní škole speciální*. (Diplomová práce) Brno: Masarykova univerzita.
- 2) Interní dokumenty CHB. K nahlédnutí v CHB Domov v Olomouci.
- 3) KOVÁŘOVÁ, P. 2006. *Problematika sexuality jedinců s mentálním postižením*. (Závěrečná práce) Brno: Masarykova univerzita.

- 4) VLČKOVÁ J. 2012. *Partnerský a sexuální život osob s mentálním postižením*. Brno: Masarykova univerzita
- 5) HRUBEŠOVÁ I. 2012. *Realizace partnerských vztahů osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením v Olomouckém kraji*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci.

Internetové zdroje:

- 1) www.dobromysl.cz
- 2) www.infoposel.cz
- 3) www.euro.who.int
- 4) www.mpsv.cz [on-line] Dostupné 13.1.2015 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf
- 5) BALADERIAN N. J., BISSADA A. Children with Disabilities [on-line]. (Dostupné dne 1.4.2015 z http://vcgcb.ca.gov/docs/forms/victims/standardsofcare/Chapter_8.pdf
- 6) PARCHOMIUK M. Parchomiuk Model of Intellectual Disability and the Relationship of Attitudes Towards the Sexuality of Persons with an Intellectual Disability [on-line]. Dostupné dne 1.4.2015 z http://download-v2.springer.com/static/pdf/726/art%253A10.1007%252Fs11195-012-9285-1.pdf?token2=exp=1428512851~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F726%2Fart%25253A10.1007%25252Fs11195-012-9285-1.pdf*~hmac=a6e56d151efee5d2301dd8252ca7f672646acbe253cef5969d7647603cae3df4
- 7) (World Health Organization: Regional office for Europe. *World health organization* [online]. Dostupné dne 15.02.2014 z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and->

reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-
life/definition)

Seznam použitých zkratk

apod.	a podobně
č.	číslo
DVO	dílčí výzkumná otázka
CHB	chráněné bydlení
KP	klíčový pracovník
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	na příklad
OSN	Organizace spojených národů
s.	strana
tab.	tabulka
tzn.	to znamená
WHO	World health organization
zák.	zákon

Přílohy

Příloha č. 1

Štěrbová (2007, s. 64-66)

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (IPPF, 1995)

(podrobněji viz <http://content.ippf.org/output/ORG/files/6385.pdf>)

Charta vymezuje, jak International Planned Parenthood Federation (IPPF) chápe sexuální a reprodukční práva; vytváří také spojení mezi vyjádřením lidských práv a realitou poskytování služeb v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. Charta byla schválena zasedáním Ústřední rady IPPF. SPRSV Praha (plnoprávný člen v IPPF od roku 1997) aktivně práva svými programy prosazuje a hlásí se k závazkům této charty.

1. Právo na život
2. Právo na svobodu a osobní bezpečnost
 - 2.1 Každý má právo svobodně rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž jedná s patřičným ohledem na práva ostatních
 - 2.5 Každý má právo být chráněn před vnějšími vlivy vyvolávajícími strach, hanbu, vinu, přesvědčení založená na mýtech a před dalšími psychologickými faktory, ovlivňující jeho sexuální reakci nebo narušujícími jeho sexuální vztahy.
3. Právo na rovnost a ochranu proti všem formám diskriminace
 - 3.1 Nikdo nesmí být diskriminován ve svém sexuálním a reprodukčním životě, pokud jde o přístup ke zdravotní péči a /nebo službám, z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví nebo sexuální orientace, rodinného stavu, postavení v rodině, věku, jazyka, náboženského, politického nebo jiného myšlení,

národnostního či sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení.

3.2 Každý má právo na stejný přístup ke vzdělání a informací v zájmu zajištění svého zdraví a blaha, včetně přístupu k informacím, poradenství a službám týkajícím se sexuálního a reprodukčního zdraví a práv, bez ohledu na rasu, barvu pleti, chudobu, pohlaví nebo sexuální orientaci, rodinný stav, postavení v rodině, věk, jazyk, náboženské, politické nebo jiné smýšlení, národnostní či sociální původ, majetek, rod nebo jiné postavení.

- a. Nikdo nesmí být zahrnut do jakéhokoliv programu péče o sexuální a reprodukční zdraví, jehož důsledkem je diskriminace určité skupiny populace.
- b. Každý má právo na ochranu před všemi formami násilí, jehož příčinou je rasa, barva, pohlaví, jazyk, náboženské či jiné smýšlení, národnostní či sociální původ, majetek, rod či jiné postavení.

3.8 Nikdo nesmí být v průběhu života diskriminován z důvodu pohlaví, věku, sexuální orientace nebo tělesného či duševního postižení, pokud jde o přístup k informacím, zdravotní péči či službám týkající se sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a potřeb.

4. Právo na soukromí

4.3 Každý má právo vyjádřit svou sexuální orientaci, aby mohl vést bezpečný a uspokojivý sexuální život, přičemž zachovává potřebný ohled na blaho a práva ostatních, bez obav z perzekuce nebo odpírání svobody, nebo společenských zásahů.

5. Právo na svobodu myšlení

5.1 Každý má právo na svobodu myšlení a vyjadřování, pokud jde o jeho sexuální a reprodukční život.

5.4 Právo na ochranu proti restriktivnímu výkladu náboženských textů, víry, filosofii a obyčejů, jako nástroj k okleštění svobody myšlení v oblasti péče o sexuální a reprodukční zdraví a pokud jde o další problémy.

6. Právo na informaci a vzdělání

6.1 Každý má právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajícím se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a odpovědnosti, kterou berou v úvahu specifika jeho pohlaví, nejsou stereotypní, a jsou sdělovány objektivním, kritickým a pluralistickým způsobem.

7. Právo rozhodnout se uzavřít sňatek a založit a plánovat rodinu

8. Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti

9. Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví

10. Právo využívat plodů vědeckého výzkumu

11. Právo na svobodu shromažďování a svobodu slova

11.3 Každý má právo usilovat o ovlivnění vlád, aby přijaly sexuální a reprodukční práva jako prioritu.

12. Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení

12.2 Nikdo nesmí být podroben lékařským pokusům nebo výzkumu týkajícímu se

sexuality nebo metod či technik regulace porodnosti, bez jeho plného, svobodného a informovaného souhlasu.

(podrobněji viz www.planovanirodiny.cz)

Příloha č. 2

Štěrbová (2007, s. 67)

Deklarace sexuálních práv

(Valencie, Španělsko, 20. 6. 1997)

Každá společnost má vytvářet takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva:

1. Právo na svobodu, které vylučuje všechny formy sexuálního donucování nebo nátlaku, vykořisťování a zneužívání v kteroukoli dobu a v jakýchkoli životních situacích. Boj proti násilí je sociální prioritou.
2. Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla – kontrola a těšení se z vlastního těla bez mučení, zohavení a jakéhokoli násilí.
3. Právo na sexuální rovnost – osvobození se od všech druhů diskriminace, respektování sexuální rozmanitosti bez ohledu na pohlaví, příslušnost, věk, rasu, sociální statut, náboženství a sexuální orientaci.
4. Právo na sexuální zdraví, včetně dostupnosti všech dostatečných zdrojů pro podporu výzkumu a nezbytných znalostí HIV – AIDS – STD. Tyto okruhy vyžadují více zdrojů na výzkum, diagnostiku, léčbu.
5. Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě, které by umožňovaly rozhodování ve vztahu k sexuálnímu životu.
6. Právo na dostatečnou sexuální výchovu od narození a během životního cyklu. Tohoto procesu by se měly účastnit všechny společenské instituce.
7. Právo svobodně se stýkat, tzn. Možnost oženit se a provdat se nebo ne, rozvádět se a vytvářet jiné typy sexuálního soužití (společensví). *Pozn. Autorky – v kontextu naší legislativy možnost uzavřít registrované partnerství.*

8. Právo na svobodné a odpovědné volby co se týče reprodukce. Počet dětí a doba jejich narození, přístup k prostředkům regulace plodnosti (plánované rodičovství). Všechny děti by měly být chtěné a milované.
9. Právo na soukromí, což implikuje schopnost činit autonomní rozhodnutí o sexuálním životě v kontextu etiky jednotlivce a společnosti. Racionální a uspokojivé zkušenosti za sexuality jsou požadavkem pro lidský rozvoj.