

# Partnerské vztahy, intimita a sexualita

osob s mentálním postižením

Zdeňka Kozáková

Univerzita Palackého v Olomouci  
Pedagogická fakulta

# **Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením**

Zdeňka Kozáková a kol.

Olomouc 2022

Odborní recenzenti:

doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Mgr. Ivana Lessner Lištiaková, Ph.D.

Kolektiv autorů:

Zdeňka Kozáková

Petra Hermanová

Tereza Procházková

Tato monografie vznikla v rámci projektu IGA/ IGA\_PdF\_2020\_038:

Výzkum v oblasti partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Zdeňka Kozáková a kol., 2022

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2022

DOI: 10.5507/pdf.22.24462332

ISBN 978-80-244-6233-2 (print)

ISBN 978-80-244-6234-9 (online: iPDF)

# Obsah

<b>Úvod</b>	<b>5</b>
<i>Zdeňka Kozáková</i>	
<b>1 Základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s mentálním postižením</b>	<b>8</b>
<i>Zdeňka Kozáková</i>	
1.1 Osobnost jedince s mentálním postižením	9
1.2 Právo jedince s mentálním postižením na vlastní prožití sexuality	16
1.3 Předsudky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením	20
1.4 Sexualita, intimita a psychosexuální vývoj jedince s mentálním postižením	27
1.5 Partnerské, manželské a rodičovské vztahy	40
1.6 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením	50
1.7 Sexuální výchova a osvěta jedince s mentálním postižením	61
1.8 Ošetření oblasti partnerských vztahů a sexuality v zařízení	73
1.9 Praktické aspekty realizace podpory v oblasti partnerských vztahů a sexuality	94
<b>2 Kvalitativní výzkum v prostředí základní školy</b>	<b>108</b>
<i>Petra Hermanová, Zdeňka Kozáková</i>	
2.1 Cíle výzkumu	109
2.2 Soubor a metodika	110
2.3 Výsledky výzkumu	113
2.4 Diskuse, doporučení pro praxi	159
2.5 Etické aspekty a limity výzkumu	163
2.6 Závěry výzkumu	164

<b>3</b>	<b>Kvalitativní výzkum v prostředí zařízení sociálních služeb</b>	<b>169</b>
	<i>Tereza Procházková, Zdeňka Kozáková</i>	
3.1	Cíle výzkumu	169
3.2	Soubor a metodika	170
3.3	Výsledky výzkumu	174
3.4	Diskuse, doporučení pro praxi	193
3.5	Etické aspekty a limity výzkumu	194
3.6	Závěry výzkumu	195
<b>4</b>	<b>Kvantitativní výzkum v zařízeních sociálních služeb v České republice</b>	<b>197</b>
	<i>Zdeňka Kozáková</i>	
4.1	Cíle výzkumu	198
4.2	Soubor a metodika	199
4.3	Výsledky výzkumu	205
4.4	Diskuse, doporučení pro praxi	279
4.5	Etické aspekty a limity výzkumu	283
4.6	Závěry výzkumu	289
	<b>Závěr</b>	<b>295</b>
	<i>Zdeňka Kozáková</i>	
	<b>Shrnutí</b>	<b>299</b>
	<i>Zdeňka Kozáková</i>	
	<b>Summary</b>	<b>303</b>
	<b>Zdroje</b>	<b>307</b>
	<b>Seznam tabulek</b>	<b>330</b>
	<b>Seznam schémat a grafů</b>	<b>333</b>
	<b>Přílohy</b>	<b>334</b>
	<b>O autorech</b>	<b>342</b>

# Úvod

Předložená publikace prezentuje vybrané výsledky výzkumu, který byl realizován v rámci projektu IGA/ IGA\_PdF\_2020\_038: „Výzkum v oblasti partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením“. Záměrem výzkumu bylo postihnout oblast partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s mentálním postižením (dále jen MP) v prostředí základních škol a zařízení sociálních služeb v České republice.

Monografie je rozdělena do **čtyř hlavních kapitol**, kterými jsou:

1. Základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s mentálním postižením.
2. Kvalitativní výzkum v prostředí základní školy.
3. Kvalitativní výzkum v prostředí zařízení sociálních služeb.
4. Kvantitativní výzkum v zařízeních sociálních služeb v České republice.

První kapitola přibližuje základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP. Teoreticko-deskriptivní rámec řešené problematiky je zpracován na základě empirie a aktuálních poznatků odborné literatury, výzkumů a studií v národním i mezinárodním měřítku. V rámci devíti subkapitol je nejdříve charakterizována osobnost jedince s MP, ukotveno její právo na vlastní prožití sexuality a specifikovány nejčastější předsudky v oblasti sexuality osob s MP. Dále je vymezena sexualita, intimita a psychosexuální vývoj jedince s MP, následně partnerské, manželské a rodičovské vztahy a také problematika sexuálního zneužívání. Další subkapitoly přibližují sexuální výchovu a osvětu jedince s MP

a možnosti ošetření problematiky sexuality v zařízení, včetně vytyčení praktických aspektů realizace podpory.

Na teoretická východiska navazuje prezentace výsledků výzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjistit, deskribovat, analyzovat a následně interpretovat současnou situaci v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP v prostředí základních škol a zařízení sociálních služeb pro osoby s MP v České republice. Výzkum je prezentován ve třech rovinách a ve třech základních cílech. Jsou jimi zaprvé kvalitativní výzkum v základní škole, za druhé kvalitativní výzkum v zařízení sociálních služeb a zatřetí kvantitativní výzkum v zařízeních sociálních služeb v rámci celé České republiky. Kvalitativní část výzkumu je realizována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s žáky, s pedagogickými pracovníky, s uživateli a s pracovníky v sociálních službách, kvantitativní část výzkumu prostřednictvím dotazníků mezi pracovníky zařízení sociálních služeb. Po kvalitativní interpretaci rozhovorů tak následuje kvantitativní analýza dotazníků, jež velice vhodně doplňuje mozaiku získaných informací a některá data zdůrazňuje svou statistickou průkazností. Je tak využit jedinečný smíšený design výzkumu, kdy je nejdříve aktuální stav v praxi zjišťován kvalitativními metodami a následně jsou získané skutečnosti statisticky ověřovány na vzorku pracovníků v rámci celé České republiky. Záměrem výzkumu není „poměřovat“ situaci v konkrétních typech zařízení, ale analyzovat současný stav, zjistit makrosituační pohled na danou problematiku a posuny za posledních 15 let v kontextu poskytované podpory osobám s MP v České republice.

Uvědomujeme si, že jde o natolik rozsáhlou a mnohorozměrnou oblast, že je nereálné očekávat, že by ji bylo možné uchopit v intencích jedné publikace tak, aby byl podán komplexní pohled na ni a zároveň nebyl opomenut žádný z významných aspektů. Je proto důležitou výzvou se i nadále problematikou partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP zabývat a řešit další vyvstávající otázky a oblasti. Společným záměrem všech těchto aktivit je podpora co možná nejběžnějšího a nejpřínosnějšího způsobu života, jehož nedílnou součástí jsou i mezilidské a partnerské vztahy. I pro člověka s MP je naplnění v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality jednou z důležitých komponent životní spokojenosti a kvality života. To by měla reflektovat i adekvátně poskytovaná podpora a nabídka služeb.

Na závěr úvodu bychom chtěli vyslovit poděkování oponentům publikace a všem účastníkům výzkumu, kteří se svými cennými názory a zkušenostmi spolupodílí na vzniku a kvalitě předkládané práce.

*Za autorský kolektiv  
Zdeňka Kozáková*

# 1

## **Základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s mentálním postižením**

***Zdeňka Kozáková***

Záměrem první kapitoly je vymezit základní pojmy a teoretická východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP.

Dříve, než přejdeme ke konkrétním tématům, nastíníme alespoň ve stručnosti, jakým způsobem se postoje k problematice vyvíjely a co současnému stavu předcházelo.

Po dlouhá léta byla oblast partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP tabuizována, opředena mnohými mýty, nevědomostmi a přehlížením jak ze strany přístupu pracovníků, rodiny, okolí a veřejnosti, tak i odborné literatury. Lidé s MP často žili ve velkokapacitních typech zařízení, oddělení od vlastní rodiny, mnohdy i muži od žen. Nebylo bráno v potaz, že by mohli toužit po partnerském, sexuálním či dokonce rodinném životě.

V průběhu posledních dvou až tří desetiletí se postupně začaly měnit postoje k lidem s MP a objevovat snahy o zkvalitňování životních podmínek i poskytované podpory a péče. To souviselo, spolu se změnou paradigmatu, i s post/moderním myšlením společnosti, která se začala více zaměřovat jak na individualitu každého jedince a utváření jeho identity, tak na mechanismy, které tomuto procesu napomáhají. V souvislosti s tím došlo k mnoha výrazným změnám a posunům, které se promítly i do celkového přístupu k lidem s MP. Péči o základní lidské potřeby začala postupně nahrazovat podpora co nejběžnějšího a co nejsamostatnějšího

způsobu života člověka s MP. V kontextu toho se začaly řešit i otázky partnerských vztahů, intimity a sexuality. Jednotlivými oblastmi se zabývali odborníci z řad sexuologů, speciálních pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků atd. A to jak na vědecké úrovni teorie, tak na poli aplikace do praxe. Vznikla řada publikací, proběhlo množství výzkumů, studií, školení a otevřených diskusí. Začala se tak postupně zvyšovat informovanost a odstraňovat „nálepka tabu“ dříve náležící dané oblasti. (Kozáková, 2020)

V současné době jsou partnerské vztahy, intimita a sexualita považovány za jednu z důležitých komponent poskytované podpory a kvality života člověka s MP.

## 1.1 Osobnost jedince s mentálním postižením

Každý člověk s MP je jedinečnou svébytnou osobností se svými charakteristickými rysy a potřebami. Je proto problematické přistoupit k základní charakteristice nějak obecněji. Osobnost jedince s MP tvoří individuální spojení biologických, psychologických a sociálních aspektů, utváří se ve vztazích k sobě, ke druhým, vůči prostředí a společnosti.

Problematická je již základní terminologie. V současné době se objevuje mnoho diskusí z hlediska etické korektnosti samotného *termínu mentální retardace / mentální postižení*, a proto se od něj začíná upouštět. Na tyto diskuse zareagovala i **11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN-11, mezinárodní označení ICD-11), která již neoperuje s pojmem *mentální retardace*, ale hovoří o *vývojové poruše intelektu* (anglicky *Disorders of intellectual development*, v klasifikaci pod označením 6A00 v kategorii 06 *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*). Přijetí ICD-11 bylo schváleno na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 a vstoupí v platnost dne 1. ledna 2022. Vzhledem k tomu, že 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zatím nevstoupila v České republice v platnost, bude publikace disponovat stávající terminologií.

**Mentální retardaci / mentální postižení lze definovat** jako „vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“ (Valenta, 2018, s. 33) Vágnerová (2004, s. 289) vymezuje mentální retardaci (dále jen MR) jako: „neschopnost dosáhnout odpovídajícího stup-

*ně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován“.*

**Světová zdravotnická organizace** (World Health Organization, dále jen WHO) definuje MR jako stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň MR se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Takové měření škálami určuje jen přibližně stupeň MR. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí. (MKN-10, 2020)

Vágnerová (1999, s. 148) uvádí, že modální průměrný výkon má hodnotu 100. Hranicí MR je inteligenční kvocient (dále jen IQ) 70. Rozsah IQ mezi 70 až 85 bývá označován jako **oslabení kognitivního výkonu** (*cognitive disadvantage* dříve *hraniční pásmo*, *hodnota podprůměru*, dříve též jako *mírná duševní zaostalost*, *slaboduchost*). „*Oslabením kognitivního výkonu rozumíme takové snížení výkonnosti, které ještě není na úrovni mentálního postižení (mentální retardace, ID, IDD, poruchy intelektu, vývojové poruchy intelektu), ale přesto znevýhodňuje především při vzdělávání a indikuje podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.*“ (Valenta et al., 2020, s. 13) Jedinci s oslabením kognitivního výkonu dozrávají fyziologicky podle svého fyzického věku. Z hlediska partnerských vztahů a sexuality žijí zcela běžným způsobem života, vytváří partnerské, manželské i rodičovské vztahy.

**Lehká mentální retardace (F70)** – IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let. Stav vede k obtížím při školní výuce (MKN-10, 2020). Jedinci s lehkou MR mají problémy s abstraktním myšlením, vývoj řeči bývá opožděn. Nicméně řeč si osvojí a dokážou ji používat v každodenním životě. Jedinci většinou dosahují samostatnosti v osobní péči a i praktických domácích dovednostech. Mnoho dospělých se pracovní začlení, udržuje sociální vztahy a přispívá k životu společnosti. (MKN-10, 2020) V pásmu lehké MR se pohybuje cca 80 % jedinců

s MR (Fischer & Škoda, 2014). Lidé s lehkou MR většinou dozrávají fyziologicky podle svého fyzického věku. Z hlediska partnerských vztahů a sexuality žijí lidé s lehčími typy MP většinou zcela běžným partnerským a sexuálním životem, uzavírají manželství a naplňují svoji rodičovskou roli. Podporu mohou potřebovat např. při výchově dětí, při péči o domácnost, při hospodaření s penězi nebo při jednání na úřadech apod.

**Střední mentální retardace (F71)** – IQ dosahuje hodnot 35 až 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou rozvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnout přiměřené komunikace a školních dovedností. (MKN-10, 2020) Jedinci ovládají jednoduché dovednosti a osvojují si běžné návyky. Řeč je u dětí se střední MR vývojově zpomalená. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduché pracovní úkoly. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti. V pásmu střední MR se pohybuje cca 10 % jedinců s MR. (MKN-10, 2020).

Z hlediska partnerských vztahů a sexuality vytváří lidé se středním MP sociální i partnerské vztahy a v dospělosti mohou s podporou žít relativně samostatným způsobem života. Některým lidem se středním MP dostačuje možnost mít partnerský vztah, mít s kým trávit čas při společných aktivitách nebo v rámci zaměstnání, přítomnost druhého člověka, prožívání pocit blízkosti atp., jiní touží po posunutí svých vztahů do hlubších závazků, někteří i do oblasti manželství a rodičovství. Při naplňování jednotlivých rolí však již potřebují větší a intenzivnější míru podpory.

**Těžká mentální retardace (F72)** – IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory (MKN-10, 2020). V oblasti řeči se objevují velká omezení, u některých jedinců nedojde k rozvoji řeči vůbec. Učení je limitované a je zapotřebí velkého úsilí, chápou jen základní souvislosti. V oblasti sebeobsluhy jsou schopni zvládat základní úkony. Jedinec s těžkou MR potřebuje plnou péči jiných lidí (Fischer & Škoda, 2014). I přesto „*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*“ (Švarcová, 2011, s. 39–40). Jedinců s těžkou MR je přibližně 5 % z celkového počtu osob s MR (Švarcová, 2011). Z hlediska partnerských vztahů a sexuality se u lidí s těžšími typy MP touha po partnerském vztah

hu nemusí objevit, stejně tak jako potřeba realizace párových sexuálních aktivit či pohlavního aktu. Sexuální potřeby bývají nejčastěji uspokojovány autostimulací.

**Hluboká mentální retardace (F73)** – IQ dosahuje nejvýše 20, což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky. Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči. (MKN-10, 2020) Často se jedná o kombinované postižení. Většinou nebývají rozvinuty ani základy řeči. Jedinec s hlubokou MR plně potřebuje pomoc a komplexní péči druhé osoby. (Fischer & Škoda, 2014). Mnohdy také dochází k inkontinenci. U jedinců s hlubokou MR se vyskytuje i atypický autismus, epilepsie nebo poruchy zrakového či sluchového vnímání, poškození neurologické nebo tělesné (Švarcová, 2011). Jedinci s hlubokou MR tvoří přibližně 1% z celkového počtu osob s MR. Z hlediska partnerských vztahů a sexuality se u lidí s hlubokým MP potřeba partnerství či rodičovství obvykle nevytváří, stejně tak jako potřeba realizace párových sexuálních aktivit či pohlavního aktu.

Každý člověk s MP je však individualitou s vlastními potřebami a touhami odvíjejícími se od mnoha faktorů a osobnostních specifik a stupeň MP není jediným determinujícím činitelem.

Kategorie **Jiná mentální retardace (F78)** se užívá v těch případech, kdy je zvláště nesnadné nebo zcela nemožné stanovení IQ pomocí standardizovaných testů a metod pro přidružené somatické nebo senzorické postižení.

Kategorie **Neurčená mentální retardace (F79)** se užívá v případech, kdy je MR prokázána, avšak je nedostatek informací, aby bylo možné zařazení do jedné ze shora uvedených skupin. (MKN-10, 2000, s. 220)

Vymezení jednotlivých stupňů MR není jednoduchou záležitostí. Sebelepší IQ test nemůže zachytit celou řadu kvalitativních znaků kognitivních schopností, celou bohatost psychiky a potenciál schopností člověka. K určení diagnózy je třeba brát v úvahu i míru sociální adaptace, praktickou zručnost a úroveň socializace.

**Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení (AAIDD)** definuje MP jako: „*postižení charakterizované významnými omezeními jak v intelektuálním fungování, tak v adaptivním chování, které pokrývá mnoho každodenních sociálních a praktických dovedností. Toto postižení vzniká před dovršením věku 18 let.*“ (AAIDD, 2020). AAIDD poukazuje na koexistenci silných stránek jedinců s těmi tzv. deficitními a na nezbytnost adekvátní

podpory. Uvádí, že pouze na základě diagnostiky vícero oblastí mohou odborníci určit, zda je přítomno mentální postižení.

AAIDD vydala v lednu roku 2004 (v té době Americká asociace pro mentální retardaci) **standardizovanou škálu (Supports Intensity Scale – SIS)**, která měří míru podpory, kterou člověk potřebuje k tomu, aby mohl v určitém prostředí žít (AAMR, 2004). Nejedná se o jednorázové měření, tzn. jednorázový kontakt s jedincem s MP, ale o dlouhodobé posuzování míry podpory (Kozáková, Krejčířová & Müller, 2013). Škála slouží především jako diagnostický nástroj stanovení míry potřebné podpory a pro individuální plánování. Celkem je rozlišováno **pět typů podpory**:

- žádná podpora,
- dohlížení,
- pobízení slovy a gesty,
- částečná asistence,
- úplná asistence.

V rámci určité oblasti se zjišťuje typ podpory, kterou jedinec s MP potřebuje. Akcent je kladen především na kompetence člověka, jeho prostředí a míru potřebné podpory.

Tento model postaven na **třech pilířích** (Huang, 1997):

- kompetence (*capabilities*), které ukazují to, co jedinec dokáže, co umí a jeho možnosti budoucího rozvoje,
- prostředí (*enviroment*), které určuje podmínky, v jakých bude člověk s MP žít, setkávat se s ostatními lidmi, pracovat a učit se,
- fungování (*functioning*), které můžeme definovat jako stupeň podpory, kterou osoba s MP potřebuje, aby mohla úspěšně žít.

V tomto pojetí je MR dána dynamickou interakcí mezi charakteristikou jedince a charakterem prostředí.

**Charakter prostředí, ve kterém jedinec s MP vyrůstá a žije** je důležitým determinujícím faktorem, který se promítá i do oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality. Člověk bývá ponejvíce ovlivněn vzory z rodiny a z ostatních institucí, jakými jsou např. škola nebo zařízení, které jedinec

navštěvuje, nebo ve kterém žije. Nezanedbatelný vliv má i okolní společnost se svým přístupem a postoji k lidem s MP.

Významný vliv na život člověka s MP má i **míra a kvalita podpory**, které se mu dostává od rodiny, blízkého okolí a odborných pracovníků. Důležitou roli v tomto kontextu sehrává i sociální politika. S tou je člověk s MP konfrontován nejen výměrou dávek (invalidní důchody, dávky pro osoby se zdravotním postižením, příspěvek na péči), ale také sociálními službami, které může podle individuálních potřeb a přání využívat. Lidem s MP a jejich rodinám se za účelem zvýšení kvality jejich života nabízí široké **spektrum sociálních služeb**. Záměrem poskytovaných služeb je podpora člověka s MP tak, aby mohl žít co nejkvalitnějším a co nejsamostatnějším a nejběžnějším způsobem života ve společnosti. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele<sup>1</sup>, tak jeho rodinu i skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství. (Matoušek, 2011) Kladou důraz na hodnoty, jakými jsou důstojnost a sebeurčení jedince. Neopomínají ani takové oblasti, jakými jsou mezilidské či partnerské vztahy a sexualita. Současný trend spočívá v objevování nových způsobů, jak umožnit lidem s postižením zvolit si prostředí podle svých představ a žít v něm natolik samostatně, jak je to možné. Podstatný akcent je kladen na kvalitu poskytovaných sociálních služeb. Prvním komplexním pokusem o řešení kvality sociálních služeb v České republice (dále jen ČR) bylo vydání Standardů kvality sociálních služeb (dále jen standardy) Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) ČR v roce 2002. Od 1. 1. 2007 se standardy staly závazným právním předpisem a patří tak mezi povinnosti poskytovatelů sociálních služeb uvedené v § 88 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Znění kritérií standardů (jejich rozsah a obsah) je součástí přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardy zdůrazňují rovnoprávné postavení uživatele nebo zájemce o službu a poskytovatele. Klíčovým principem v zavádění standardů je zachování lidské důstojnosti a respekt k názorům a rozhodnutím uživatelů služeb.

---

1 Zájemce o službu se po uzavření smlouvy stává uživatelem, resp. osobou, která využívá určitou sociální službu.

**Sociální služby poskytované osobám s MP a jejich rodinám** zahrnují podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: *sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence* (§ 32). Sociální služby jsou poskytovány formou služeb *pobytových, ambulantních či terénních* (§ 33). Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním v zařízeních daných služeb. Ambulantní forma je taková, do které uživatel dochází nebo je doprovázen či dopravován a jejíž součástí není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí, tzn., zaměstnanec služby za uživatelem dochází (§ 33, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Pro poskytování sociálních služeb jsou zřizována jednotlivá zařízení sociálních služeb (§ 34), z nichž lidé s MP a jejich rodiny nejčastěji využívají:

➤ **Služby sociální péče:**

- **pobytové:** chráněné bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře, odlehčovací služby,
- **ambulantní, terénní:** centra denních služeb, denní stacionáře, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, pečovatelská služba.

➤ **Služby sociální prevence<sup>2</sup>:** raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, domy na půl cesty.

➤ **Služby sociálního poradenství:** sociální poradenství.

Významnou součástí nabídky služeb je i podpora prostřednictvím samotných osob s postižením. Ty na základě osobní zkušenosti nejlépe vědí, co jim nejvíce pomohlo k samostatnému životu a k úspěšnému zvládnutí jednotlivých oblastí. Důležitou roli zde sehrávají i skupiny sebeobhájců<sup>3</sup>, poradenství vrstevníků a advokacie.

---

2 Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (dostupné na: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), 2020).

3 Sebeobhajování (anglicky *self advocacy*) je označováno jako proces, při kterém se člověk s MP učí individuálně nebo v kolektivu vyjadřovat vlastní postoje, přání a názory. Učí se hovořit a jednat sám za sebe i za skupinu, s efektem vedoucím k eliminaci bariér

Pro člověka s MP jsou významnou součástí podpory i možnosti dalšího rozvoje a vzdělávání, které mohou být realizovány nejen ve školách, ale také prostřednictvím veřejných vzdělávacích služeb, komunitního vzdělávání či neziskových organizací atp. Mohou nabízet nejrůznější praktické kurzy vedoucí k osvojování dovedností jako je např. samostatné cestování či hospodaření s financemi apod. V současné době existuje široké spektrum organizací a nejrůznějších možností, které jsou důležitou součástí v síti podpůrných služeb. Poskytovaná podpora bývá individuálně „šitá na míru“ aktuální zákázce člověka s MP a prioritně vychází z respektu k jeho potřebám a právům.

## **1.2 Právo jedince s mentálním postižením na vlastní prožití sexuality**

Právo jedince na vlastní prožití sexuality je jedním z lidských práv. Lidská práva jsou nedílnou součástí všech moderních demokratických systémů. Chrání život a důstojnost každé lidské bytosti bez ohledu na její věk, pohlaví, rasu, náboženské vyznání či sexuální orientaci. Vychází z principu, že každý člověk má stejnou morální hodnotu. Lidská práva jsou chápána jako nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná, což vychází z jejich přirozenoprávního pojetí.<sup>4</sup> Součástí lidských práv jsou i tzv. sexuální práva.

**Sexuální práva** lze charakterizovat jako všeobecná lidská práva založená na základní svobodě, rovnosti a důstojnosti všech lidí na celém světě. (Sexual rights: an IPPF declaration, 2008) Výsledkem společenského uznání, respektu a uplatňování těchto sexuálních práv je zabezpečení rozvoje zdravé sexuality jedince i společnosti. (Světová deklarace sexuálních práv, 1999)

---

v nejrůznějších oblastech společenského života. Důležitou součástí sebeobhajování je nejen o situaci diskutovat, ale také realizovat kroky vedoucí k ovlivnění daného stavu.

4 Nezadatelnost lidských práv znamená, že je nikdo nemůže jinému zadat, postoupit, dát do zástavy na určitou dobu a nikdo je nemůže pominout. Nezcizitelnost má za následek, že je lidská bytost nemůže převést za úplatu, darovat nebo se jich zříknout. Nepromlčitelnost znamená, že nezanikají jejich nevyužitím v určité době. Nezrušitelnost znamená, že státní moc je může pouze uznat, prohlásit, nikoliv je však zrušit a prohlásit za neplatné. (Filip, 2011)

V prosinci **1971** přijalo Valné shromáždění **Organizace spojených národů** (dále jen OSN) **Deklaraci práv mentálně postižených osob**. V ní je uvedeno, že člověk s MP má:

- stejná práva jako ostatní občané → tzn. i práva sexuální, právo na prožití a rozvoj vlastní sexuality,
- právo na řádnou léčebnou péči, výuku a výchovu, které umožní v maximální míře rozvinout její možnosti a schopnosti → tzn. i právo na sexuální zdravotní péči, právo na sexuální výchovu a osvětu, na informace a vzdělávání v oblasti sexuality,
- plné právo pracovat podle svých možností nebo se zabývat jinou užitečnou činností a žít se svojí rodinou. Pokud je nevyhnutelné umístění ve speciálním zařízení, musí podmínky v něm co nejvíce odpovídat podmínkám normálního života. → tzn. i právo na běžné vztahy, partnerství, vzájemné soužití atp.,
- právo být chráněn před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením → tzn. i právo na ochranu před sexuálním zneužíváním,
- omezení svéprávnosti musí být jasně určeno a pravidelně kontrolováno, zároveň musí být stanoven kvalifikovaný opatrovník.

Základním dokumentem **v České republice**, který je důležitý z hlediska ochrany sexuálních práv, je bezesporu **ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky** (dále jen Ústava). Ústava sice nezakotvuje sexuální práva, nicméně její význam spočívá především v tom, že do ústavního pořádku České republiky zahrnuje Listinu základních práv a svobod (dále jen Listina), která je klíčovým dokumentem pro vymezení sexuálních práv v právním řádu České republiky. (Wágnerová et al., 2012, s. 49) Listina vychází z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv. Nejdůležitějším článkem, který vymezuje lidská práva z hlediska sexuality, je čl. 1 zákona č. 23/1991 Sb., ústavní zákon, kterým se uvozuje Listina jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní Republiky. Ten uvádí, že „*lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti a právech*“. Čl. 1 tak obecně zakotvuje principy svobody a rovnosti všech lidských bytostí. Velmi důležitý je také čl. 3 odst. 1 Listiny, který uvádí, že „*základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku,*

rodu nebo jiného postavení“. Ačkoliv se mohou zdát sexuální práva zakotvená v Listině poněkud nedostatečně formulovaná a neurčitá, nesmíme zapomenout na skutečnost, že Česká republika je na základě čl. 10 Ústavy vázána také mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách, které tato práva dotvářejí a zpřesňují, čemuž přispívá nemalou měrou i judikatura Evropského soudu pro lidská práva a Evropského soudního dvora. (Volšťátová, 2012, s. 28). Ústava v článku 1, odst. 2 uvádí, že Česká republika dodržuje závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva. Současně platí, že vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je ČR vázána, jsou součástí právního řádu. Stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva (čl. 10 Ústavy).

Důležitým dokumentem jsou také **Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**, která byla schválena Valným shromážděním OSN 28. října **1993**. Problematiky sexuality se dotýká *Pravidlo 9: Rodinný život a integrita osobnosti*.

V kontextu problematiky bychom chtěli zmínit i **mezinárodní konferenci K97 Lidská práva pro osoby s mentálním postižením**, která se konala v září **1997** v Praze. Setkání se zúčastnilo mnoho představitelů různých světových organizací zabývajících se otázkami práv lidí s MP. Zazněla zde i úvaha prezidentky Švédské národní společnosti pro osoby s MP Elaine Johansson nad tím, že život je mnohem složitější než řeč zákonů a pravidel: *„Můžeme uzákonit právo na odpočinek a podporu, právo na domov a denní činnost, ale nikdy nemůžeme uzákonit právo na přátelství, partnerství a lásku. A přitom je to ve skutečnosti nejdůležitější požadavek pro lidi s mentálním postižením, pro nás rodiče, a nakonec pro nás pro všechny. Pokud bychom byli donuceni vzdát se všeho a ponechat si jen jednu věc, pravděpodobně bychom si všichni vybrali nejbližšího člověka. Nedostatek blízkých vztahů, lásky a izolace osob s mentálním postižením jsou tragédií jak pro ně samotné, tak pro nás rodiče. Naším velkým úkolem pro budoucnost je získat bezprostřední společnost pro přijetí osob s mentálním postižením a umožnit jim získat v ní přátele!“* (Elaine Johansson, mezinárodní konference K97, Praha).

Zásadní význam má **Deklarace sexuálních práv** (dále jen Deklarace), přijatá v roce 1999 na sexuologickém kongresu v Honkongu World Association of Sexology dnešní Světovou asociací pro sexuální zdraví (World Association for Sexual Health, dále jen WAS). Podle Deklarace je sexuální

slast, včetně autoerotiky, zdrojem tělesného, psychického, intelektuálního a duchovního štěstí a její bezkonfliktní prožívání umožňuje sociální rozvoj osobnosti. Deklarace vyzývá každou společnost k vytváření takových podmínek, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva jedince. Deklarace konstatuje, že sexuální práva jsou univerzální lidská práva založená na vrozené svobodě, důstojnosti a rovnosti všech lidských bytostí. Deklarace zakotvuje právo na sexuální svobodu, autonomii, soukromí, rovnost, svobodné rozhodování, právo na informace založené na vědeckých podkladech i sexuální výchově a také právo na sexuální zdravotní péči. Význam Deklarace je značný, avšak její vynutitelnost na celém světě je v současné době prakticky nereálná (Pastor, 2007, s. 16). Znění Deklarace sexuálních práv je součástí Přílohy 1.

Nelze opomenout ani **International Planned Parenthood Federation** (Mezinárodní federace plánovaného rodičovství, dále jen IPPF), která je hlavní mezinárodní nevládní organizací v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. IPPF byla založena v roce 1952 v Bombaji jako poradní orgán OSN a WHO. Jejím řádným členem je i česká **Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu**. IPPF vydala v roce **1995 Chartu sexuálních a reprodukčních práv** (dále jen Charta), která definovala sexuální a reprodukční práva v kontextu lidských práv a svobod. Charta je založena na dvanácti právech, která jsou zakotvena v hlavních mezinárodních dokumentech o lidských právech. Na ni navázala v roce **2008 Deklarace sexuálních práv**, ve které IPPF rozlišuje deset sexuálních práv. Tato deklarace rovněž obsahuje právo na vzdělání a informace (IPPF, 2008). Oba výše uvedené dokumenty obsahují spíše pozitivní závazky, jež jednotlivci uplatňují vůči státu, nikoliv negativní svobody, do nichž stát nezasahuje (Cancio, 2004). Významnou roli ve vývoji ochrany sexuálních práv sehrála také **Deklarace sexuálního zdraví pro 3. tisíciletí**, jež byla vyhlášena organizací WAS v roce **2007**. Deklarace vyzývá všechny vlády, mezinárodní organizace, soukromý sektor a společnost jako celek, aby byla přiznána, podporována a chráněna sexuální práva pro všechny jedince. WAS vydala v roce **2008 Deklaraci o sexuálním zdraví**. Tento dokument také označuje sexuální práva jako nezbytná pro dosažení sexuálního zdraví pro všechny (Světová asociace pro sexuální zdraví, 2008).

Problematiky sexuality osob s MP se dotýká také zákon č. 198/2009 Sb., **antidiskriminační zákon**, který explicitně uvádí v § 2 odst. 3 zákaz diskriminace na základě zdravotního postižení.

Na lidská práva obecně je zaměřena **publikace *Rovnost práv pro všechny! Přístup lidí s mentálním postižením k právům a spravedlnosti***. Vyдалa ji Inclusion Europe v roce 2005 a přeložila ji do 34 jazyků.

Člověk s MP má stejná základní lidská práva jako kdokoliv jiný. Má právo žít, pracovat, účastnit se života ve společnosti a činit vlastní rozhodnutí, kterými určuje svůj život. Má právo na svobodné rozhodování v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality, na vlastní prožívání a rozvíjení sexuality, na dosažení sexuálního potenciálu, na sexuální výchovu, osvětě, podporu a na sexuální zdravotní péči. A to bez ohledu na to, zda žije samostatně, v rodině, nebo v domově pro osoby se zdravotním postižením či v chráněném bydlení. Ne vždy k tomu však bylo takto přistupováno. Po dlouhá léta byli lidé s MP z mnohých těchto práv vylučováni. Také množství předsudků v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality komplikovalo lidem s MP svoji sexualitu plně rozvíjet a prožívat.

### **1.3 Předsudky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením**

Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s MP jsou oblastí, která byla po dlouhá léta opředena mnohými mýty a předsudky. Většina z nich je dnes již překonána. V průběhu let došlo v oblasti přístupu k člověku s MP k výrazným posunům. S tím šly ruku v ruce i změny v přístupu k partnerským vztahům, intimitě a sexualitě osob s MP. Z většiny výzkumů vyplývá, že v současné době jsou postoje ponejvíce mírně liberální (Cuskelly & Gilmore, 2007; Shankla & Theodore, 2015; Saxe & Flanagan, 2014; Murray & Minnes, 1994; Gallagher, 2011) a obecně se zvyšují postoje přijetí sexuálního vyjádření člověka s MP (Cuskelly & Bryde, 2004).

I přes tyto posuny může být ještě i dnes člověk s MP obklopen předsudky, bariérami a obtížemi, které mu mohou znemožňovat plnohodnotně prožívat jeho sexualitu. Enow et al. (2015) uvádí, že právo vyjadřovat svoji sexualitu může být omezováno, limitováno nebo odmítáno neadekvátními pravidly, negativními postoji či nedostatkem povědomí o potřebách osob s MP. Novosad (2009, s. 56) upozorňuje, že „*partnerský a sexuální život těchto lidí je nutné zbavit bariér, a to nejen vnějších (sociálních, ekonomických, architektonických a komunikačních, které ztěžují výběr partnera i osobní a společenské uplatnění), ale i bariér a předsudků či předpojatosti ...*

*Potřeba naplnit svoji tělesnou i citovou touhu a tuto rozkoš, tyto příjemné a povznášející pocity sdílet s blízkým člověkem nesmí být nikomu odepřena.“ Z výzkumů vyplývá, že se ve společnosti stále můžeme setkávat s předsudky, klamy a „úzkostmi“, které obklopují sexuální vyjádření člověka s MP (Evans et al., 2009; Taylor Gomez, 2012; Fitzgerald & Whithers, 2013; Kelly et al., 2009). Chou, Lu & Lin (2018) uvádí, že tabuizace tématu sexuality osob s MP přetrvává zejména u rodičů a pečujících pracovníků.*

V dalším textu se podrobněji zaměříme na některé **mýty a předsudky**, které musí lidé s MP často ještě i dnes překonávat stejně tak jako vlastní mylné představy či osobní bariéry týkající se sexuality.

➤ **Lidé s MP jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb.**

Sexualita osob s MP byla mezi všemi druhy postižení dlouhodobě nejvíce „tabu“. Na jedné straně byli lidé s MP považováni za asexuální, „bez-pohlavní bytosti“ bez sexuálních potřeb, pocitů a požadavků, na druhé straně naopak za hypersexuální s „přebytečnou sexuální energií a touhou“ (viz další předsudek).

Ještě i dnes se můžeme setkat s přesvědčením o hyposexualitě či asexualitě osob s MP anebo s tvrzením, že lidé s MP jsou sexuálně „nevnímaví“. *„Stejně častý je i opačný názor o „sexuální bezuzdnosti“. Ani jedno z těchto mínění však neodpovídá skutečnosti. Prakticky u všech osob s MP se sexualita projevuje v běžných lidských formách, ale vyskytují se velké rozdíly podle věku, pohlaví, stupně MP a individuálních charakteristik.“* (Matulay, 1986, s. 239).

➤ **Osoby s MP mají zvýšený sexuální pud.**

Po dlouhá léta přetrvávalo přesvědčení o hypersexualitě lidí s MP, tedy že mají příliš „vyvinutý“ sexuální pud a „zapojují svoje sexuální chování na elementární úrovni kdekoliv a kdykoliv“ (Kracík, 1992). Kracík (tamtéž) uvádí, že osoby s MP, „především s těžším, masturbují několikrát denně, prakticky při každé příležitosti. Nejmenší počet masturbujících byl zjištěn mezi jedinci s lehčím MP, z nichž někteří mají určité zábrany a mohou tuto činnost tajit“. „Zvýšenost sexuálního pudu“ bývala dříve často „řešena“ farmaky nebo přidáním fyzických aktivit či práce, dokonce se objevily i diskuse o zákrocích do mozku, které by mohly snížit „sexuální puzení“ apod. Přitom se vůbec nemuselo jednat o „zvýšenost

sexuálního pudu“ jako takového, nahlédneme-li na danou oblast komplexněji.

- Jedním z důvodů častějšího zaznamenání sexuálních aktivit mohlo být to, že lidé s MP bývají častěji „pod kontrolou“ (např. lidé se závažnějšími typy postižení někdy i 24 hodin denně).
- Někdy mohou lidé s MP budít dojem zvýšeného sexuálního pudu v důsledku nedostatku soukromí.
- Svoji roli zde může hrát také neporozumění nutnosti soukromí či nevytvoření si pocitu určitého „studu“, vyrůstal-li např. člověk s MP po celý život v kolektivním zařízení. Nebyl-li zvyklý na soukromí, může vnímat i sexualitu jako veřejnou záležitost, kterou sdílí společně s ostatními. Nebylo-li mu citlivě a trpělivě objasněno, že sexuální aktivity patří do soukromí člověka, nebo že se nesmí dotýkat intimních částí těla ostatních osob, nemusí si být vědom toho, že by nějaké hranice či normy svým jednáním porušoval (např. při obnažování či masturbaci na veřejnosti, při dotýkání se ostatních atp.).
- Masturbace nemusí být jen odpovědí na sexuální potřebu, ale může být např. reakcí na nudu, na podněty, které jedinec není schopen zvládnout (strach, vnitřní napětí, pocity osamocení, frustrace, nenaplnění psychických potřeb atp.), nebo na nedostatečnou podnětnost okolí, kdy se jedinec může nacházet v neustále stejném prostředí se stejnými lidmi atd. Svoji roli zde mohou hrát i omezenější volní schopnosti či nezvládnutí techniky masturbace do té míry, aby vedla k dosažení uspokojení. Novosad (2000) v této souvislosti uvádí, že u některých osob s těžkým MP je zvládnutí masturbační techniky často jediným východiskem z permanentní sexuální frustrace. Je tedy zřejmé, že důvodů a příčin možného frekventovanějšího zaznamenání sexuálních aktivit může být vícero. Nemusí se tedy jednat jen o „zvýšenost“ sexuálního pudu jako takového, nebo o otázku snížené sebekontroly či nedostatečně osvojených sociálních norem.

### ➤ **Člověk s MP zůstává po celý život dítětem.**

Zejména dříve jsme se setkávali s tvrzením a s přesvědčením, že lidé s MP jsou „věčné děti“, které nikdy nedospějí. Byly tendence přistupovat a chovat se k jedinci s MP na základě jeho mentálního věku, tedy např. ke čtyřicetiletému člověku jako k šestiletému dítěti bez respektování potřeb a oblastí života dospělého. Z toho poté vyplývaly i postoje

ke všemu, co s dospíváním a s dospělostí souviselo, tedy i s citovými a sexuálními potřebami.

➤ **U každého dospělého člověka s MP je sexualita plně rozvinutá.**

Na jedné straně se lze ještě i dnes setkat s přístupy, které staví člověka s MP do pozice „celoživotního dítěte“ bez jakýchkoliv sexuálních potřeb, na straně druhé s přístupy, které automaticky u všech lidí s MP předpokládají a očekávají plně rozvinutou sexualitu. A to např. i u osob s těžkým a hlubokým MP. Bzdúchová (2000 in Popper, 2002) uvádí, že osoby se středním MP dozrávají zhruba jen v 10 % z hlediska sexuálního věku do té míry, že touží realizovat pohlavní styk. Dále uvádí, že až 80 % z nich nepřekročí v sexuálním vývoji hranici 8 let. U osob s těžšími stupni MP se touha po partnerském vztahu nemusí objevit vůbec, stejně tak jako potřeba realizace párových sexuálních aktivit či pohlavního aktu. Naopak lidé s lehkým MP navazují a vytváří vztahy zcela běžně, pohlavní styk mívají stejně často jako jejich intaktní vrstevníci (Zvolský, 1996). Vždy je tedy nezbytný individuální přístup a respekt k úrovni zrání a rozvoje jedince v oblasti sexuality. To se týká i individuálních potřeb, představ, přání či vlastního vnímání „plnohodnotnosti“ vztahu, sexuálního života a oblastí, do kterých jedinec chce nebo nechce dále postoupit. Může se např. jednat o osoby, které poprvé navázaly vztah až ve vyšším věku a partnerům stačí blízká přítomnost druhého člověka v zařízení, do kterého oba dochází, a nemají potřebu posouvat vztah do úrovně společného bydlení, nebo v intimní oblasti do roviny pohlavního života atp. Představy a rozhodnutí samotných osob s MP je vždy zapotřebí respektovat a adekvátně tomu uzpůsobit i poskytovanou podporu.

➤ **Sexuální potřeby osob s MP se dají utlumit fyzicky náročnou prací.**

Dříve jsme se setkávali s přesvědčením, že dostatečné „zaměstnání“ aktivitami a „fyzické vybití“ může „odvést pozornost“ od sexuálních potřeb, nebo je dokonce utlumit. „V případě, že lidé takto žijí od narození, dokážou žít bez pohlavní potřeby. Přitom svěřence nedopujeme léky na potlačování sexuality. Recept je jednoduchý a účinný: pracovní terapie. Pokud je dobrá práce a člověk ji dělá rád, nahradí i sex.“ (Zaměstnanec nekoedukovaného zařízení pro osoby se zdravotním postižením). Je zřejmé, že takto poskytovaná „podpora“ nerespektuje sexualitu jedin-

ce v celé její šíři. Nezohledňuje její duševní a duchovní rozměr, potřebu intimity, psychického naplnění z partnerského vztahu, z přítomnosti blízké osoby, ale je koncentrována pouze na její pudovou a biologickou rovinu.

➤ **Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.**

V dřívějších obdobích přetrvával názor, že „nejúčinnějším řešením“ problematiky sexuality osob s MP je oddělení obou pohlaví. Jak však ukázaly zkušenosti, lidé nepřestávají být ani v segregovaném prostředí sexuálními bytostmi. „Holku bych si strašně moc přál, ale říkali mi, že jednou su v ústavu, tak se s tím musím smířit... Sem prostě holky nepatří.“, „Mám jenom kamarádky z jiných ústavů. Vždycky si povídáme. Mít svou holku bych si moc přál, ale když su v ústavu, tak to nejde. Když chodím s nějakou holkou, tak ji chci poznat, chci vědět, jaká je. Ale jak to mám zjistit, když je daleko, když se vidíme jednou za půl roku nebo za rok. Jak ji mám pořádně poznat?“ (Uživatelé dřívějšího ústavu sociální péče pro muže s MP). Člověk je sexuální bytostí; bez ohledu na přítomnost postižení či koedukovanost nebo nekoedukovanost prostředí, ve kterém žije. Sexualita ovlivňuje život člověka velkou měrou, má vliv na prožívané pocity štěstí a životní spokojenosti. Všude tam, kde člověk sexuálně strádá, se to projevuje nejrůznějšími formami a způsoby.

➤ **Osoby s MP mají postižení i v oblasti sexuality.**

Lidé s MP bývali po dlouhá léta předmětem sexuální segregace, ochraňování a zákazů. „Jejich sexualita“ byla považována spíše za problém (Heshusius, 1982; Kreutner, 1998) a za „nadbytečnou“ oblast života. Byli tak nějak automaticky považováni za někoho, kdo „nepatří do světa sexuality“ (Bernstein, 1992 in Pinheiro, 2004). Nebylo žádoucí, aby vytvářeli partnerské vztahy, nebo vstupovali do manželství, před možným otěhotněním bývali trvale „ochraňováni“ sterilizací. Mnoho lidí si dříve pojilo sex pouze s mladými, přitažlivými a zdravými lidmi (Abramson, Parker & Weisberg, 1988 in Pinheiro, 2004). Jak uvádí Taylor Gomez (2012), tyto mýty a mylné představy o sexualitě lidí s MP tvoří základ pro hnutí eugeniky. Ještě i v dnešní době se však můžeme v široké veřejnosti setkat s vnímáním člověka s MP jako někoho, kdo není schopen rozhodovat o své sexualitě a kdo potřebuje ochranu (Murphy & Young, 2005). Nebo kteří se stále domnívají, že osoby s MP jsou ne-

kontrolovatelné, nebezpečné a projevují se agresivním sexuálním chováním způsobeným nedostatkem kontroly nad jejich impulsivitou (McDaniels & Fleming, 2016). Gil-Llario et al. (2018) upozorňují na to, že sexualita osob s MP je často „omezená“ neochotou a postoji nebo obavami založenými na mnoha iracionálních přesvědčeních.

Pokud člověk s MP nevyrůstal v přirozeném prostředí a neměl běžné příležitosti a možnosti jako lidé bez postižení, je nelogické přičítat „sexuální odchylky“ mentálnímu postižení. Problémy v sexuálním chování a prožívání tak častěji souvisí s nepřirozeností prostředí, s nedostatečnou sexuální výchovou, osvětou či informovaností, případně s traumatizujícími prožitky a zkušenostmi.

➤ **Realizaci sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality se zbytečně probouzejí sexuální touhy.**

Zkušenosti ukazují, že sexuální potřeby a touhy se projeví, i pokud není dané oblasti věnována žádná pozornost. Je-li však podpora vhodným způsobem poskytována, může být v mnoha oblastech preventivním a kultivujícím prostředkem a může člověku s MP pomoci prožít kvalitní a plnohodnotný život i v oblasti sexuality.

➤ **Sexuální osvěta a podpora v oblasti sexuality není u člověka s MP potřebná.**

Lidé s MP mají v oblasti sexuality stejné potřeby jako všichni ostatní a je pro ně stejně důležité, aby získali kompetence a adekvátní informace v době a v rozsahu, jak je potřebují. I člověk s MP by měl být včas informován o všem, co souvisí s jeho vývojem, s dospíváním, s dospělostí a sexualitou.

**Důvody pro sexuální osvětu a výchovu osob s MP:**

- Základním důvodem pro realizaci sexuální osvěty a výchovy jedince s MP je to, že se **jedná o základní lidské právo** příslušící všem lidem bez rozdílu (viz subkapitola 1.2). Každý má právo na vzdělání, oblast sexuálního nevyjímaje.
- Realizace sexuální osvěty a výchovy **může podpořit plnohodnotné prožití sexuality**. – Člověk s MP má sexuální potřeby, touhy, city, které potřebuje vyjádřit a uspokojit podobně jako kdokoli jiný, ať už o samotě anebo spolu s druhým. K možnosti prožití co nejplno-

hodnotnějšího intimního života však často potřebuje určitou míru podpory a pomoci.

- **Prevence možných traumatizujících zkušeností.** – Realizací podpory můžeme pomoci předejít negativním prožitkům plynoucím např. ze sexuálního zneužití, z brzkého zahájení sexuálního života, z předčasného nebo neplánovaného těhotenství, z promiskuity, z nakažení sexuálně přenosnou chorobou, HIV/AIDS atp.
- **Snížení pravděpodobnosti výskytu problémů v oblasti sexuality.** – Včasná, systematická, kvalitní, zasvěcená a adresná sexuální osvěta je tím, čím můžeme postoupit o další krok k realizaci sexuálního života člověka s MP bez zbytečných obtíží a komplikací.
- **Snížení pravděpodobnosti výskytu sexuálního zneužívání.** – Osoby s MP, bez znalostí v oblasti sexuality, lze zařadit mezi rizikové skupiny z hlediska sexuálního zneužití. Důležitou prevencí je zvýšení jejich informovanosti a sociálních kompetencí potřebných při konfrontaci se sexuálním nátlakem či zneužitím. V kontextu toho je důležité se zaměřit i na praktický nácvik a trénink potřebných dovedností, jakými jsou např. odmítnutí nechtěného kontaktu, dotyků, umění říci „ne“ apod.

➤ **Osoby s MP nejsou schopny hlubších intimních vztahů, jejich emoční projevy jsou povrchní a infantilní.**

Člověk s MP potřebuje většinou určitou míru podpory, aby byl schopen nejen vytvářet, ale i udržet, budovat a prohlubovat vztahy, řešit konfliktní situace, naplnit partnerskou roli a převzít potřebnou míru zodpovědnosti ve vztazích. O to více to platí, vyrůstal-li např. po celý život v kolektivních typech zařízení, kde neměl k dispozici dostatek adekvátních vzorů ze soužití rodiny apod.

➤ **Pro osoby s MP není důležité plánování budoucnosti a sociální rituály, jakými jsou např. svatba.**

Člověk s MP potřebuje adekvátní podporu při plánování budoucnosti a při prožívání co nejběžnějšího způsobu života i se všemi rituály, které k životu patří. V praxi se ještě i dnes můžeme setkávat s různými přístupy. Na jedné straně s nemožností prožití jednotlivých sociálních rituálů, na straně druhé se situacemi, kdy je např. člověku s MP jedná „svatba“ zorganizována doma rodiči, v pobytovém zařízení „svatba“

druhá, v denním zařízení „svatba“ třetí, na rekreačním pobytu „svatba“ čtvrtá atp.

Lidé s MP byli po dlouhá léta konfrontováni s nejrůznějšími přístupy v oblasti sexuality a s předsudky, v jejichž výčtu by bylo možné ještě dále pokračovat. Často byli „kontrolováni“ ze strany rodičů, opatrovníků, pracovníků i široké veřejnosti. Tyto bariéry a úzkosti ovlivňovaly a limitovaly jejich vlastní prožívání a rozhodování o sexualitě.

Přestože se v oblasti přístupu k sexualitě osob s MP mnohé změnilo, přetrvávají dodnes nejrůznější mylné představy, dezinformace, předsudky a z toho vyplývající přístupy, které mohou ovlivňovat nejen postoje veřejnosti a blízkého okolí, ale i prožívání samotného člověka s MP. Ještě i dnes se lze setkat s tendencemi rodičů nebo poskytovatelů služeb být negativní či regulační směrem k vnímání a vyjádření sexuality osob s MP (Evans et al., 2009). Zatímco sexualita každého člověka je „řízena“ sociálními normami a zákony, sexualita lidí s MP mnohdy i dalšími faktory. Jak oni sami uvádí, často se jedná o pocity omezení z důvodu nedostatku soukromí, finančních prostředků, závislosti na podpoře druhých osob apod. (Azzopardi-Lane, 2011).

Je proto zapotřebí se nadále zaměřovat jak na postoje okolí a veřejnosti, tak také posilovat a zplnomocňovat samotné lidi s MP. To vyžaduje odklon od myšlenky ochrany, kontroly či dokonce potlačování sexuality (Kelly et al., 2009).

## 1.4 Sexualita, intimita a psychosexuální vývoj jedince s mentálním postižením

Pojem **sexualita** je odvozen z latinského slova *sexus* (secare = ořezat, dělit). První, kdo pojmu použil, byl Marcus Tullius Cicero (106–43 před n. l.), který jej chápal zcela výhradně ve významu pohlavnosti (Mitlöhner, 1999). S širším vymezením se setkáváme už v Malé československé encyklopedii (1987, s. 585), kde je sexualita vymezena jako „*souhrn všech somatických i psychických složek souvisejících s rozdíly mezi pohlavími a z nich vyplývajících projevy lidského chování*“.

„Sexualita“ je pojem značně multidimenzionální. Pokoušelo se jej vysvětlit mnoho autorů různých profesí (psychologů, lékařů, sociologů i pe-

dagogů). „To, že nedošli k jednotnému vymezení pojmu, ukazuje na složitost a interdisciplinární charakter této problematiky.“ (Kracík, 1992, s. 7). V odborných publikacích lze nalézt široké spektrum vymezení, která se různě liší, a to zejména pohledem optiky nahlízející vědní disciplíny. V psychologii bývá sexualita vymezována jako souhrn projevů lidského chování a citění, vyplývající z tělesných a psychických rozdílů mezi pohlavími (Mitlöchner, 1999). Sexualita zahrnuje anatomické, hormonální a reprodukční rozdíly i odlišné sociální role získané učním, dále fyziologické uspokojení a psychickou slast spojenou se sexuálními aktivitami sbližování, vzrušení a spojení (Janiš & Čížková, 2007).

Odborníci se shodují na tom, že **pojem sexualita je nadřazen pojmu pohlavnost** (tělesná stránka sexuality) **a pojmu erotika** (pochody, v nichž stojí v popředí duševní stránka sexuálních jevů) a je úzce propojen s psychikou člověka. Současná psychologie zahrnuje pod pojem sexualita člověka nižší a vyšší potřeby a vyzdvihuje význam vědomí a intelektu pro pudovou složku člověka. Z hlediska trojčlenění lidské psychiky zůstávají na úrovni nižší nervové činnosti funkce pudové, tj. sexualita bez záměrného partnerství. Na úrovni I. signální soustavy je to ve smyslu reakce na danou životní situaci tzv. náhodné životní partnerství (např. u zvířat, někdy i u člověka). Teprve na úrovni II. signální soustavy vlivem nejvyšších hodnot člověka, např. hodnot morálních, získává sexualita specificky lidské vlastnosti se zapojením prvků etických, estetických, morálních, právních apod. Zde nabývají významu i erotické vztahy zaměřené na duševní stránku sexuality. Sexualita se stále více stává projevem přirozenosti kultury, jejímž prostřednictvím člověk prožívá citově bohatý život. Z uvedeného je patrná důležitost sexuality pro spokojený život člověka, její biologická podstata a sociální důsledky, můžeme v ní spatřovat motivační zdroj většiny lidských činností (Kracík, 1992).

**Světová zdravotnická organizace** (2007) charakterizuje sexualitu jako důležitý aspekt života každého člověka, zahrnující sexuální orientaci, genderovou identitu a role, sexuální aktivity, erotiku, reprodukci, intimitu a potěšení. Sexualita se může promítat do postojů, hodnot, chování, vztahů a rolí jedince, ale také do jeho fantazií, myšlenek a přesvědčení. Sexualita zahrnuje osobnost, myšlenky, hodnoty a pocity, projevuje se v komunikaci a ve vztazích s druhými, stejně tak jako prostřednictvím sexuálních pudů a aktivit. Podle Fafejty (2016) je sexualita tak široký a pohyblivý pojem, že

není možné jednoznačně vymezit, co do této oblasti ještě spadá a co už nikoli.

**Sexualita je důležitou integrální součástí osobnosti a života každého člověka**, je jeho neoddělitelnou přirozeností. Sexualita není něco, co člověk má, ale je něčím, co člověk buduje a vytváří po celý svůj život. Je základní potřebou a aspektem lidského bytí, prvkem společenského soužití, které je podmíněno společensky a biologicky. Je elementem celkového chování člověka, ve kterém vystupuje do popředí duševní stránka sexuálních projevů a charakter pohlavnosti mezilidských vztahů (Kracík, 1992). Sexualitu nelze oddělit od ostatních oblastí života. Zahrnuje fyzické, fyziologické, psychologické, sociální, emocionální, kulturní a etické dimenze osobnosti a pohlaví, ovlivňuje myšlení, pocity, akce, interakce a také duševní a fyzické zdraví (Taylor Gomez, 2012). Sexualita zahrnuje nejen sexuální vztahy, sexuální znalosti, přesvědčení, postoje a chování (Murphy & Young, 2005), ale také genderové vyjádření, fyzický a emocionální rozvoj, vnímání vlastního těla a to, jak se člověk cítí ve vztazích s ostatními (McDaniels & Fleming, 2018). Oblast sexuality zahrnuje mnoho dílčích složek. Jak uvádí Venglářová (2013, s. 18), patří sem potřeba intimního kontaktu s blízkým člověkem, prožitek silného citu a sounáležitosti, pocit potřebnosti pro jiné, pohlavní styk a sexuální uspokojení i rodičovství. Také Binarová (2000) uvádí, že sexualita není pouze sex, masturbace a orgasmus, ale vyjadřuje také rozdílnost postojů, hodnot, vztahů, aktivit mezi mužem a ženou, rozdílu jak ve fyzickém vzhledu, tak i v chování. Funkce sexuality již zdaleka není pouze reprodukční, ale přináší člověku prožitky, slast, uvolnění a možnost prožívání intimity.

Pojem **intimita** je „původem z latinského *intimus* = vnitřní či nejniternější, skrytý před zraky jiných“ (Výrost & Slaměník, 2008, s. 242). Představuje „důvěrnost, útulnost nebo též pocítované soukromí“ (Slovník cizích slov, 1998, s. 156). Definice intimity lze v literatuře nalézt vícero a nejsou vždy jednotné, což je odrazem komplexity daného konstruktů a potřeby jej přesněji konceptualizovat. Obvykle se ale výzkumníci shodují na tom, že intimita zahrnuje sebeodhalování (self-disclosure), lásku či citový stav (affection), blízkost (closeness) a vzájemnou závislost mezi partnery (interdependence) (Downey, 2001; Ward & Hudson, 1996 in Wood, 2007). **Intimní vztahování** se k někomu je založeno na pozitivních behaviorálních komponentách, které se netýkají pouze představ, ale mají svůj vnější projev, styl komunikace, v němž oba partneři zažívají pocit sdíleného významu (Sullivan, 1953; Erik-

son, 1963; Firestone & Firestone, 2004). Intimita v partnerském vztahu vyjadřuje „*pocit blízkosti, spojení, pouta, ale také prožívání štěstí s milovanou osobou, vzájemné porozumění a ohleduplnost, poskytování si emocionální podpory a ocenění, intimní komunikaci*“ (Výrost & Slaměník, 2008, s. 258). Intimitu vymezují někteří autoři (např. Stanway, 1995) jako možnost být sám sebou ve společnosti druhého. Plaňava (2005) tento stav přirovnává k jakémusi „obnažení duše“, která je lehce zranitelná. Intimita je založená na důvěře a otevřenosti. **Schopnost intimity** je tak schopností být sám sebou ve společnosti druhého. Intimita se týká nejen vztahů partnerských, ale i přátelských, rodinných, příbuzenských a jiných.

Intimita je řadou odborníků považována za základní lidskou potřebu nezbytnou pro duševní zdraví, pohodu a psychosociální fungování (Descutner & Thelen, 1991). Schopnost člověka vytvářet intimní vazby s druhými lidmi je tedy chápána jako základní znak úspěšného vývoje osobnosti a klíčový ukazatel duševního zdraví. Mnoho lidí své intimní vztahy pokládá za nejpodstatnější zdroj osobního štěstí (Collins & Feeney, 2004). Naopak deficit intimity, nedostatky ve schopnosti vytvářet a udržovat intimní vztahy se spojují s depresemi, nízkým sebehodnocením, úzkostí a nižší spokojeností ve vztahu (Descutner & Thelen, 1991; Pielage, Luteijn, & Arrindell, 2005). Vyhýbání se intimním vztahům může vyústit v pocity osamělosti, emoční izolace a v neefektivní reakce na stres (Doi & Thelen, 1993). I přes velký význam intimních vztahů je pro mnoho lidí obtížné je vytvářet a udržovat. Množství vztahů pak partnerům neposkytuje zážitek hlubší emocionální blízkosti, která je nezbytná pro jejich optimální fungování (Collins & Feeney, 2004).

V oblasti intimní jsou většinou uváděny **tři hlavní funkce** sexuality. Individuální neboli rekreační funkce znamená, že pohlavnost člověku může přinášet radost, uvolnění, rozkoš, a to i v případě, že je sám. Párová neboli komunikační funkce sexuality spočívá v tom, že sexuální styk je posuzován jako svěbytný a hluboce důvěrný rozhovor dané dvojice. Druhá neboli prokreační funkce sexuality znamená, že v důsledku sexuálních styků mají lidé děti. Sexualita je kvůli své rozmnožovací složce pudem, a proto lidstvo ještě nevyhynulo. Sexualita v podobě intimity se nepřestává vyvíjet po celý život. Jinak vypadá v dětství, jinak v dospívání, jinak v dospělosti, jinak na začátku vztahu, jinak po porodu dítěte, jinak ve stáří. K intimní sexualitě patří láska, tvořená třemi složkami: okouzlením, vášní a vazbou

(přichylností) s tím, že při „stárnutí“ dvojice narůstá podíl přichylnosti. (Baštecká & Goldman, 2001)

Sexualita a intimita jsou podstatnou a cennou součástí každého lidského života, vztahují se k pocitu štěstí a naplnění. To platí i pro člověka s MP a pro jeho potřebu prožívat a rozvíjet svoji sexualitu a intimitu. Každý člověk se rodí jako sexuální bytost a disponuje sexuálními potřebami, přáními, pocity a touhami. Podporovat lidi s MP v oblasti sexuality znamená podporovat je v tom, aby mohli žít plnohodnotný život (Eastgate, 2008). Znamená to respektovat každého jedince jako jedinečného a výjimečného s individuálními potřebami a souvislostmi psychosexuálního vývoje.

## **Psychosexuální vývoj jedince s mentálním postižením**

Základy vztahu člověka k sexualitě, jejímu prožívání a sexuálně motivovanému chování se vytvářejí již od nejútlejšího věku. Někteří odborníci uvádí, že už od samotného početí. Shodují se na tom, že velkou roli hraje prožívání těhotenství, očekávání a přijetí dítěte. Na to postupně navazuje celková péče rodičů, působení okolního prostředí a výchovy. Sexualita člověka se vyvíjí a rozvíjí v průběhu celého života. „Nezjeví“ se náhle v období puberty, není výlučně vázaná na sexuální zralost a „nezmizí“ s ukončením reprodukčního věku jedince. Sexualita je kontinuální, přirozenou a důležitou součástí celého lidského života. S jejími projevy se lze setkávat v každodenním životě dětí, dospívajících, dospělých i stárnoucích, mužů i žen, osob s postižením i bez postižení.

**Sexuální vývoj** začíná rozvojem **pohlavní identity** (*gender-identity*). Pohlavní identita je vlastně psychologické pohlaví. To znamená míra, do jaké se člověk cítí být mužem nebo ženou, homosexuálem, bisexuálem nebo heterosexuálem. Děti se identifikují s osobami vlastního pohlaví (*proces identifikace*) a porovnávají se s lidmi opačného pohlaví (*proces komplementace*) (Baštecká & Goldman, 2001). Od útlého věku se dítě v rodině seznamuje s fyziologickou i sociální odlišností obou pohlaví, s intimním životem rodičů, s projevy náklonnosti, s řešením konfliktů a problémů souvisejících s partnerským soužitím atp. Dítě tak získává zkušenosti a určitou výbavu pro život ve vzájemném soužití, postupně se utváří jeho sociální a sexuální role, postoje, schopnosti řešit rozličné problémy a konfliktní situace. Význam rodinné výchovy je pro kvalitní sexuální život jedince a rozvoj jeho

sexuality značný. Rodina a její vnitřní vztahy vytváří pro dítě modelové situace, které ovlivňují jeho chování v partnerských vztazích. Vyrůstalo-li dítě s MP např. od nejútlejšího věku v kolektivním zařízení, kde matku ani otce jako základní představitele ženského a mužského chování nemělo k dispozici, byl tím ovlivněn i proces identifikace a komplementace. Ještě složitější bývala situace v nekoedukovaných typech zařízení, zejména byl-li jedinec obklopen tabuizováním dané oblasti a neměl s kým prodiskutovat svoje pocity.

Důležitým zdrojem pohlavní identity je **objevení vlastních pohlavních orgánů**. To se děje velmi brzy po narození. Tím je zahájen **vývoj na pohlaví vázaného tělového schématu**. *Tělové schéma (body-image)* je představou jedince o tom, jak jeho tělo vypadá, co cítí a jak funguje. Vývoj pozitivního *body-image* je základní podmínkou radostného sexuálního života. Pro zdravou pohlavní identitu se dítě musí naučit rozeznávat sexuální a nesexuální části těla a pocity, které jim přísluší. Potřebuje se naučit přijímat a odmítat erotické projevy včetně dotyků rodinných příslušníků, potřebuje adekvátně přijmout projevy rozvíjející se pohlavnosti v době dospívání (změny tělesného obrazu, menstruace u dívek, poluce u chlapců) a naučit se hygieně a krášení. Sexuální vývoj souvisí i s tělesným sexuálním vývojem, tedy anatomickým a fyziologickým vývojem pohlavních struktur a orgánů, hormonálních funkcí a vývojem sekundárních pohlavních znaků. **Pohlavní identita** je zakódovaným výsledkem souhry biologických a psychosociálních faktorů (Baštecká & Goldman, 2001). Vyrůstalo-li dříve dítě s MP od nejútlejšího věku v kolektivním zařízení, kde se tělesnost dostávala do popředí pouze ve vztahu k hygieně a k nácviku čistotnosti a kde masturbace byla vnímána jako nežádoucí, nelze se divit negativnímu „body-image“ či sociální „neobratnosti“ v partnerských vztazích.

Psychosexuální vývoj jedince je ovlivněn i **tzv. mapou lásky (love-map)**, tedy individuálním prožíváním sebe samého jako sexuální bytosti (Baštecká & Goldman, 2001). Mapa lásky je pojem, který byl do literatury zaveden Johnem Moneyem v roce 1986 (Fisher, 1994) a jenž odkazuje na kognitivní zdroje. *Love-map* je mentální obraz, neuvědomovaný souhrn představ, zkušeností, očekávání a fantazií, které se vztahují k sexualitě a k výběru partnera. Ve vývoji *love-map* se setkávají pohlavní identita, osobnost, normy a hodnoty společnosti, ve které jedinec žije. Mapa lásky je utvářena způsobem, jakým se dítě setkává s láskou, náklonností a tělesnou intimitou (v péči rodičů o něj i v kontaktu mezi rodiči navzájem). Pokud je něco

narušeno ve vývoji afektivních vztahů s dítětem nebo kolem dítěte, může to zdeformovat jeho mapu lásky, která může být neúplná nebo dostat neobvyklý či bizarní charakter. *Love-map* je možné dále kultivovat a rozvíjet. Pojem mapa lásky není dosud přesně vymezen. Je však užitečný proto, že vystihuje jedinečnost každého člověka. U jedince s MP bývá „neobvyklá“ *love-map* mnohem častěji způsobena např. potlačeným sexuálním chováním v dětství či v dospívání než samotným mentálním postižením.

Sexualita se vyvíjí od rané dětské erotiky (včetně rané dětské masturbace) přes období, jemuž se říká **oidipské**. To je naplněno zájmem o prozkoumávání pohlavních odlišností pozorovaných na rodičích, svádíivosti vůči rodiči opačného pohlaví a ztotožňováním se s rodičem vlastního pohlaví, sexuálními hrami s dětmi ze sousedství atp. Pokud jsou tělesné pocity dětí a jejich hry okolím přijímány, prožívají později radostně svoje tělo a svoji sexualitu.

V prvních třech letech života procházejí děti obdobím, kdy prožívají radost prostřednictvím svého těla a jeho zkoumání. Pokud jsou v tomto období laskány a přijímány rodiči s láskou a něhou, mají základ pro rozvoj postoje důvěry k sobě (vlastnímu tělu) i k ostatním (**sebeláska/důvěra vs. nedůvěra**). Je-li však s dětmi zacházeno chladně nebo s hrubostí, bývá výsledkem strach a nedůvěra.

Důležitou součástí psychosexuálního vývoje je i **toaletní trénink**. V prvních třech letech života si děti začínají být vědomy dalších tělesných funkcí. Během nácviku čistotnosti jsou vlastně nuceny si je uvědomovat. Způsob, jakým se to děje, přispívá k postoji k sobě a k celkové sebeúctě. Pokud jsou děti trestány nebo zahanbovány, když se pomoci, snadno pocítí viny asociují s celou genitální oblastí. Podle Šelnera (1999) je důležité, aby si děti vypěstovaly pozitivní vztah samy k sobě. Děti by měly především poznat své tělo, naučit se postupně pojmenovat všechny jeho části a dotýkat se jich bez pocitu strachu, studu či bolesti.

V tomto období je značná také **sexuální zvědavost**. Riziko se může objevit, je-li tato přirozená zvědavost označena za špatnou a dítě si ji jako takovou zvnitřní a spojí si ji s pocitem viny a studu. Sexuální experimentování by nemělo být trestáno, ale doplněno informací. Otázky dětí by měly být zodpovězeny pravdivě, přímo a otevřeně.

V psychosexuálním vývoji je významná i **identifikace se sociálními rolemi**. Dítě od tří do pěti let se již zbavilo zaměřenosti na sebe a užívá si kontaktu s druhými lidmi. Nejde již jen o kontakt dotekový, ale o sdíle-

ní řeči, smíchu, úsměvu, napodobování chování. Rodiče (pečující osoby) jsou pro děti významnými sociálními vzory a ovlivňují, jak budou chápat maskulinitu a femininitu. Podle jedné z teorií se dítě nejprve musí vyrovnat s pocity lásky k rodiči opačného pohlaví a teprve pak se identifikuje s rodičem téhož pohlaví. Touto identifikací se podle této teorie ustanovuje sexuální identita a sexuální role člověka.

V **raném školním věku** je vývojovým úkolem dítěte rozvoj svědomí. Zájem o sexualitu je v tomto období proměněn v zájem o její fungování, o fyziologické procesy, o to, jak se rodí děti atp. Dívky se většinou přátelí s dívkami, chlapci s chlapci a k opačnému pohlaví se chovají lhostejně, někdy až nepřátelsky. Sexuální zájem je zaměřen více na své vlastní pohlaví, vcelku obvyklé bývá homosexuální experimentování. Přísný či trestající postoj rodičů (pečujících osob) k tomuto chování může mít následky v postoji dítěte k sobě samému.

Venglářová & Brožová (2009) se shodují, že nejvýznamnějším obdobím psychosexuálního vývoje je **puberta**. Během této životní etapy dochází k prudkým fyziologickým změnám, tělo je hormonálně stimulováno, mění se chování a emoce, začínají se projevovat biologické znaky dospívání. Nástup změn je u osob s MP značně individuální. Např. jedna dívka může začít menstruovat v deseti letech, zatímco její spolužačka ve čtrnácti, u jednoho chlapce se může objevit první poluce ve dvanácti, u druhého v patnácti letech atp. Postoj okolí k nastupujícím změnám je velmi důležitý pro celkový pocit adekvátnosti a sebeúcty mladých lidí.

V pubertě začínají mít důležitou roli partneři. Jak Baštecká (2001) cituje Buttenschoena, představy o nich slouží nejprve budování identity. Vzniká touha po přítomnosti vyvoleného chlapce či dívky. I lidé s MP začínají zvát své protějšky na schůzky, navzájem se jeden druhému dvoří a zjišťují, které chování je žádoucí a které nikoli. Pokud je zájem opětován, přichází fáze dotyků. Při pokračování vztahu následuje začátek intimního života. To může rodiče dospívajícího potomka s MP zaskočit. Jejich obrannou reakcí může být odmítání či popírání důležitosti se otázkami sexuality zabývat.

Během **adolescence** dochází k testování a případnému korigování postojů. Vývojovým úkolem adolescence je osamostatnění a nalezení vlastní nezávislé identity.

Lidská sexualita prochází **vývojem od raných podob identity a intimity až k podobám vyzrálým**. Sexualita u osob s MP existuje jak **na úrovni identity** (líbit se sobě a druhým, být mužem a ženou), tak **na úrovni inti-**

**mity** (masturbace, blízkost ve dvojici atp.). Sexuální identita je pro člověka základní. I kdyby v životě neměl jediný sexuální styk, nepřestává být mužem nebo ženou. Projevy sexuality osob s MP v podobě **potřeby být přitažlivý** můžeme velice názorně sledovat např. při společenských akcích. Dívky chtějí být upravené, nalíčené, chtějí mít nalakované nehty, hezké šaty, příjemně vonět – a to i ty, jejichž IQ se pohybuje kolem 30. Stejně tak chlapci chtějí být oholeni, upraveni, hezky oblečení, vonět. Jak děvčata, tak i chlapci to dělají proto, že se chtějí líbit jako muži a ženy. Velmi je těší, když je někdo pochválí, že jim to sluší. I v těchto projevech a potřebách – cítit se jako muž, žena, líbit se jako muž, žena – jsou prvky sexuality, partnerského chování. Také během společenských akcí při tanci, komunikaci, společné interakci a stolování lze pozorovat tyto prvky. I lidé s MP mají tajné lásky, zranění a traumata, i u nich se objevuje žárlivost či rivalita.

Psychosexuální vývoj je propojen s naplňováním základních společenských potřeb, jako je potřeba přijímání a vyjadřování náklonnosti, potřeba soukromí, potřeba ovládnutí vlastního těla, potřeba být přitažlivý apod. (Murphy & Young, 2005). Cílem psychosexuálního vývoje je jasně oddělené „já“, schopné splynout s jasně odděleným „ty“, a zůstat přitom sebou samým (Baštecká, 2001).

## Psychosexuální chování jedince s mentálním postižením

Psychosexuální chování jedince a jeho postoje k sexualitě bývají ovlivněny řadou nejrůznějších činitelů. Z vnějších faktorů má značný vliv **nejbližší okolí jedince**, zejména domov a vzory z rodiny. To, jak byla projevována láska, náklonnost, city, sexualita, mužská a ženská role atp. Důležitý vliv má i **skupina vrstevníků**. Především v období dospívání se stává, že hodnoty vrstevníků převáží hodnoty rodičů. Významný vliv má také **vzdělání, výchova, osvěta**, prezentace sexuality **médii**, faktory **kulturní, etnické, náboženské, geografické** a další.

Z vnitřních faktorů má velký vliv **pohlaví** jedince. Pohlaví je podstatou **identity** (totožnosti; z lat. *idem* – týž), základního rozdělení člověka na muže a ženu, a **pohlavnost** je vyjádřením **intimity** (důvěrnosti; z lat. *intimus* – nejvnitřnější, nejdůvěrnější, z *intimare* – svěřit, sdělit), důvěrného vzájemného vztahu (Baštecká & Goldman, 2001). Pohlavní identita je tvořena *biologickým pohlavím, psychosexuální rolí*, která vypovídá o tom,

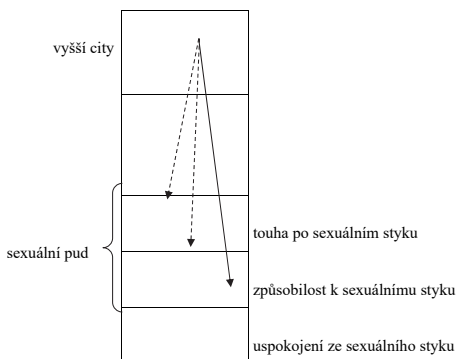
jak se dítě s biologickým pohlavím chlapce či dívky v dané kultuře jako chlapec či dívka chová a jaký k nim má vztah okolí a *mapou lásky*, tedy individuálním prožíváním sebe jako sexuální bytosti.

## Pohlavní pud, potřeba a sexuální chování

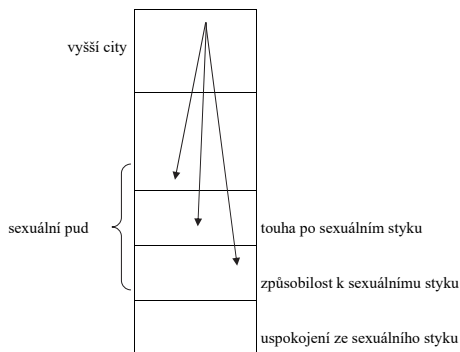
Sexuální pud (libido) je základem sexuality. Člověk se s ním rodí stejně jako s dalšími instinkty, např. obživným pudem. Na rozdíl od hladu a žízně snese sexuální pud odklad. Jeho uspokojení tedy není bezprostředně nutné pro přežití, nebereme-li v úvahu mateřské laskání jako první způsob uspokojení sexuálního pudu dítěte.

Pohlavní (sexuální) pud patří mezi základní pudy člověka. Jeho podstatu tvoří biologicky výběrová a sblížovací orientace jedince. U člověka se tento pud skládá z hormonálního základu a psychické nadstavby a předpokládá vzájemnou podmíněnost jednotlivých složek. Zaujímá výjimečné postavení v citovém životě člověka. Výslednicí vzájemného vztahu prvotního a druhotného, primárního a sekundárního je vztah mezi sexualitou a erotikou. Příhoda (1977) uvádí, že sexualita je původnější, prvotnější, kdežto erotika je vývojově pozdější. Erotika je spjata se sférou citovou, a tím i podmíněna pudovou stránkou člověka. Imieliňski (1983) zdůrazňuje vzájemnou podmíněnost jednotlivých sfér, závislost vyšších citů a primárních citů sexuality. Pohlavní pud v systému lidských citů vykazuje řadu podstatných odlišností u mužů i žen. Ty jsou zaznamenány v následujících schématech 1 a 2.

**Schéma 1** Vliv vyšších citů na sexuální pud u muže (Janiš, 2002)



**Schéma 2** Vliv vyšších citů na sexuální pud u ženy (Janiš, 2002)



## Sexuální potřeba

Ve vztahu lidské psychiky k pudové podstatě bytí vystupuje do popředí oblast potřeby. Termín *potřeba* představuje jeden ze základních pojmů teorie motivace a často bývá užíván jako synonymum pro *pud*, *motiv*. Většinou je definován jako hnací síla mechanismů chování, zahrnující i osobnostní proměnné, které způsobují individuální rozdíly v její intenzitě. Potřeba je stavem interakce mezi organismem a jeho prostředím; plyne z neustálé konfrontace subjektu a objektu (Kubalová, 1991). Sexuální potřeba se na určitém stupni vývoje v genezi lidského rodu dostala na širší kvalitativní rovinu a plní i další funkce (např. zdroj lidské spokojenosti, zábavy, uvolnění, slasti, obživy apod.). Ve vztahu k sexuálnímu pudu představuje široký komplex činitelů, které se podílejí na uspokojení.

Sexuální potřeba je součástí osobnostního vybavení, a pokud není adekvátně ventilovaná, může se to projevit nejrůznějšími způsoby. Herek & Garnets (2007) v tomto kontextu upozorňují, že nemožnost vyjádření přirozené sexuality (ideálně pozitivním způsobem) může ovlivňovat duševní zdraví. Pokud je sexuální pud potlačován, může docházet k psychickým napětím, nebo dokonce i ke vzniku psychických poruch.

Šurabová (2003) v této souvislosti specifikuje, že nahromaděná sexuální energie může u jedinců s MP vyvolat následující projevy:

- neurotické a jiné nepřiměřené sociální chování (např. bouchání hlavou do stěny, kousání rukou, stereotypní pohyby, vzájemná nevraživost),

- obsedantní formy chování (např. shromažďování různých předmětů),
- rychlé změny nálad (např. depresivní nálady, trucovitost),
- další formy příznaků neurotické fenomenologie (např. tiky, grimasy, fetiše).

Odborní zaměstnanci slovenských domovů sociálních služeb řadili k nejčastějším projevům nahromaděné sexuální energie svých klientů rychlé změny nálad, agresivitu, neurotické a jiné nepřiměřené chování, stereotypní pohyby, neurotické slintání a sexuální symbolické náhrady (Lištiak Mandzáková, 2013).

Lenoráková, Matznerová & Velemínský (2002) v tomto kontextu upozorňovali, že k tlumení nahromaděné sexuální energie osob s MP je v mnoha případech stále (rok 2002) upřednostňována medikamentózní léčba. V dnešní době (rok 2021) je tento přístup již považován za překonaný. Záměrem je jej zcela vymýtit a hledat adekvátnější způsoby, jak danou oblast realisticky a pragmaticky humánně uchopit. Jsou hledány metody odborné práce a způsoby, které by pomohly jedincům, zejména se závažnějším MP, přiměřeně uspokojit jejich sexuální potřeby a umožnily ventilaci sexuální energie.

Uspokojení sexuální potřeby může mít různou formu (individuální, párová atp.) a podobu (masturbace, petting, necking, pohlavní styk atp.). Jednotlivé aktivity a způsoby vstupují do sexuálního života člověka postupně a mohou se na uspokojení sexuální potřeby podílet společně. Kijak (2013) uvádí, že u osob s MP je nejčastější sexuální aktivitou masturbace, zatímco sexuální styk se ukázal jako méně častý. Autor (tamtéž) v tomto kontextu upozorňuje na patologické formy masturbace, které mohou ohrožovat zdraví či dokonce život jedince s MP. Mnohdy se tak děje z důvodu nedostatku informovanosti a sexuální osvěty. Osoby se závažnějším stupni MP je zapotřebí někdy doslova naučit, jak bezpečně uspokojit svoje sexuální potřeby, včetně dodržování zásad hygienických, bezpečnostních, prostorových (soukromí, psychologické aspekty) aj. Bzdúchová (2000) uvádí, že vhodným časovým kritériem pro začátek masturbace bývá nástup poluce či menstruace. To však nelze jakkoliv zobecnit. Celá oblast sexuálních potřeb, jejich nástupu, naplnění a uspokojení jsou vysoce individuální záležitostí, která se odvíjí od mnoha faktorů, specifik a potřeb konkrétního člověka s MP. U každé osoby s MP je situace jedinečná, proto

je vždy zapotřebí vycházet z představ, přání a vývojové křivky zrání konkrétního jedince.

Matulay (1986, s. 239) uvádí závislost sexuality a sexuálního chování osob s MP **na stupni postižení**: „čím hlubší je postižení, tím méně sexuality osoba projevuje, a čím méně je jedinec postižen intelektuálně, o to obvyklejší je jeho sexuální vývoj“.

Lidé s lehkým MP navazují a vytváří vztahy zcela běžně, pohlavní styk mívají stejně často jako jejich intaktní vrstevníci (Zvolský, 1996). Lidé se středním a těžkým MP mívají sexuální styk méně často. Bzdúchová (2000) uvádí, že zhruba jen 5–7 % lidí s MP z hlediska sexuálního věku dozraje do té míry, že touží realizovat pohlavní styk a je schopných pravidelného sexuálního života, přičemž se obvykle jedná o osoby s lehkým MP. Až 80 % žen a mužů s MP nepřekročí v sexuálním vývoji hranici 8–9 let, mnozí zůstávají na úrovni předškolního věku. Tomu v oblasti sexuálního věku odpovídají projevy sexuality v podobě vzájemného objímání, hlazení, tulení se, držení se za ruce, líbání apod. Těžištěm jejich sexuálního chování je orientace spíše na erotické vnímání a prožívání v partnerských vazbách. Jejich sexuální potřeba je doprovázena zejména potřebou taktilního kontaktu, něhy, přítulnosti a vzájemného dotýkání se. Často dominuje citové uspokojení s preferováním erotických prvků bez inklinace k tzv. úplnému sexuálnímu chování, které obsahuje i koitální kontakt. A pokud k němu dochází, tak iniciativou většinou disponuje partner vyšší mentální úrovně (Matulay, 1986).

U dospělých osob s hlubším stupněm MP jsou masturbace a hlazení nejčastějšími způsoby, kterými vyjadřují a naplňují své sexuální potřeby. Sexuální chování bývá často spontánní, proto je zapotřebí, aby se jedinec naučil rozlišovat, co je a co není vhodné realizovat na veřejnosti či za přítomnosti dalších osob. U osob s hlubšími typy MP mohou být omezenější schopnosti předvídat následky sexuálního chování či porozumět sexuální normám. Některé projevy se tak mohou navenek jevit jako společensky neadekvátní, přičemž se mohou vyskytovat v sexuálním i nesexuálním kontextu. To se může týkat například obnažování či masturbace na veřejnosti apod. Lidé s těžším stupněm MP většinou obtížněji vyjadřují a projevují svá přání, potřeby a očekávání. Proto je zapotřebí intenzivněji hledat vhodné alternativy komunikace a snažit se citlivě a s porozuměním identifikovat jejich přání, pocity a smysl v jednání.

Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias & Sierra (2014) upozorňují, že problémy s vyjadřováním sexuality mohou vést ke zpochybňování vlastní identity, zatímco pozitivní sexuální vyjádření slouží jako určitý aspekt vyrovnanosti, který napomáhá zachovat pozitivní náladu a emoční pohodu.

Mnohé studie uvádí negativnější postoje osob s MP ke své sexualitě (Szollos & McCabe, 1995; McCabe, 1999; Siebelin et al., 2006). Zejména výsledky dřívějších studií naznačují negativní pohled lidí s MP na sexualitu obecně (Whitehouse & McCabe, 1997; McCabe, 1999). To může souviset s nejrůznějšími faktory. Lidé s MP v dřívějších obdobích většinou žili v kolektivních typech zařízení, ve kterých neměli adekvátní podmínky pro rozvinutí sexuality a sexuálního života. Informace z oblasti sexuality získávali útržkovitě, ve zlomcích a z nejrůznějších zdrojů. Často si tak osvojovali dezinformace, které doplňovali vlastní fantazií. Tyto souvislosti mohly ovlivnit přístup k sexualitě i vlastní psychosexuální vývoj jedince, což je zapotřebí v rámci poskytované podpory adekvátně reflektovat.

Kijak (2013) poukazuje na nedostatek znalostí o lidské sexualitě a sexuální životě i u těch dospělých lidí s hlubším stupněm MP, kteří již mají určité **sexuální zkušenosti**. Murphy & O'Callaghan (2004) v tomto kontextu upozorňují na riziko zvýšené osobní zranitelnosti při nedostatečných vědomostech a informovanosti o sexualitě. Zejména **traumatické sexuální zkušenosti** mohou mít vysoce negativní vliv na psychosexuální rozvoj jedince. Těmito zkušenostmi se mohou stát např. sexuální zneužití, incest, znásilnění, sexuální obtěžování dítěte, svedení rodičem, pozorování soulože bez porozumění, potrestání za sexuální experimentování nebo za masturbaci apod. V důsledku těchto prožitků může dojít k narušení nebo až zastavení zdravého psychosexuálního vývoje a chování. Důležitá je prevence a zvyšování povědomí osob s MP v oblasti sexuality.

Zkušenosti ukazují, že s adekvátní mírou podpory a informovanosti mohou mít lidé s MP zdravé vztahy a prožívat sexualitu zcela běžným způsobem s bezpečnými sexuálními projevy.

## 1.5 Partnerské, manželské a rodičovské vztahy

Člověk je bytost společenská. Žít mezi ostatními lidmi a komunikovat s nimi je základní lidskou potřebou. Její naplnění umožňují vztahy, které jedinec v průběhu svého života navazuje a vytváří. Partnerské vztahy,

přátelství, láska a intimita hrají v životě každého člověka důležitou úlohu. Jsou silným motivačním činitelem a významným způsobem ovlivňují míru životní spokojenosti a subjektivně vnímané plnohodnotnosti života.

Při jednom z kurzů pro dospělé osoby s MP byli účastníci vyzváni, aby se zamysleli nad tím, zda je v jejich životě něco, co by jim scházelo. Téměř jednoznačně se shodli na tom, že jsou to vztahy a láska. Že chtějí být milováni a nechťejí být sami. Že chtějí mít někoho, s kým by si pomáhali navzájem, mohli si vyjít do kavárny, do kina, na procházku atp.

*„Chci mít holku, abychom byli spolu, pomáhali si navzájem...“* Muž s MP, 28 let.

*„Pro mě je důležité mít partnera, abych nebyla sama.“* Žena s MP, 41 let.

Mezilidské vztahy jsou obecně považovány za jednu z nejpodstatnějších oblastí subjektivně vnímané kvality života člověka. Naplněný vztahový a sexuální život vede k pocitům prožívaného štěstí a životní spokojenosti. Proto je důležitou součástí poskytované podpory lidem s MP i oblast vztahů a sexuality. Záměrem je, aby člověk s MP mohl žít co nejběžnějším způsobem života, svobodně naplňovat své potřeby a při obtížích měl k dispozici legitimní a bezpečné nástroje podpory.

**Mezilidské a partnerské vztahy** jsou nedílnou součástí lidského života. Krebs (2007) uvádí, že vytváření a udržování důvěrných vztahů je základním elementem lidského bytí. Každý člověk má potřebu milovat a být milován, nebýt sám, mít někoho, na koho se může spolehnout, komu může důvěřovat a nacházet u něj oporu. Prostřednictvím vztahů člověk získává mnohé sociální dovednosti, učí se principům rovnoprávného jednání a komunikace. Smysluplné vztahy s ostatními lidmi jsou nezbytné pro úspěšné začlenění do společnosti a do komunity, ve které člověk žije. Jsou zároveň i příležitostí k dalšímu převzetí zodpovědnosti, osamostatnění se a zapojení do běžného způsobu života.

Mnoho lidí s MP však pociťuje, že má nedostatek vhodných **příležitostí k navázání vztahu**. Na tuto potřebu se snaží reagovat jednotlivé spolky a organizace, jež realizují různé kulturní a společenské akce, seznamovací večírky, seznamky, výlety, pobyty, konference, semináře atp. V tomto směru je aktivních mnoho organizací, např. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s., Rytmus – od klienta k občanovi, z. ú., Společnost Duha, z. ú. a četné další. Lidé s MP začínají stále častěji využívat k seznamování také internet a sociální sítě. I přesto má

mnoho lidí s MP omezené možnosti poznat osobu na obdobné mentální úrovni a s podobnými životními hodnotami (Thorová & Jůn, 2012). Kromě nedostatku příležitosti k navázání vztahu poukazuje McCabe (1999) i na neschopnost osob s MP z důvodu chybějících zkušeností se seznamováním. Mnoho lidí s MP potřebuje určitou míru podpory při osvojování sociálních kompetencí potřebných pro navazování a vytváření vztahů. Často nevědí, jak začít komunikovat s někým, o koho by měli zájem, jak někoho pozvat na schůzku, jak zareagovat na seznamovací inzerát atp. Pinheiro (2004) doplňuje, že lidé s MP mívají nejisté poznatky o své sexualitě, omezené zkušenosti a většinu času jsou pod kontrolou a dohledem svých rodičů či odborníků. S tím často souvisí i nedostatek soukromí pro vytváření partnerského vztahu. Komplikujícím faktorem může být také snížená sebedůvěra. Ta může pramenit z nejrůznějších zdrojů, příčin a zkušeností. Může být podpořena i tím, že např. člověk s MP disponuje omezenými finančními či materiálními prostředky, protože se mu dlouhodobě nedaří nalézt pracovní uplatnění atp.: *„Chtěl bych mít holku, ale nechodím teď nikam do práce. Jak bych ji mohl pozvat někam na kávu, do cukrárny, do kina?“* Muž s MP, 35 let. Addlakha (2007) uvádí, že snížená sebedůvěra a sebevědomí může souviset i s tím, že lidé s postižením jsou obecně vnímáni jako sexuálně méně žádoucí a atraktivní než lidé bez postižení. Na druhou stranu však i nereálně zvýšené sebevědomí člověka s MP může být problematickým faktorem při navazování a budování partnerského vztahu.

Novosad (2009) shrnuje tři faktory, které mohou lidem s MP komplikovat vytvoření vyváženého partnerského vztahu. Jsou jimi zdravotní stav, psychický stav a sociální klima. V souvislosti se sociálním klimatem považuje za poměrně rizikovou skupinu jedince, kteří žijí od nejútlejšího věku v různých zařízeních a kterým chybí vzory z rodiny. Složitá může být i situace, kdy jedinec vyrůstá v rodině, která si nepřeje, aby potomek s MP navazoval partnerské vztahy. A dalo by se hovořit o řadě dalších oblastí, které mohou lidem s MP komplikovat navazování a vytváření partnerských vztahů.

## Vývoj v oblasti partnerských vztahů

Vztah jedince k partnerství prochází určitým vývojem. Nejdříve se většinou zamilovává do partnera vysněného, poté statusového, a teprve mnohem později usiluje o partnera intimního. Již samotné **představy** o partnero-

vi a partnerském vztahu slouží budování **identity** (Buttenschoen, 1992 in Baštecká & Goldman, 2001).

**Vysněný partner** je např. ten, jehož plakáty pokrývají pokoj dospívající dívky a ta sní o tom, jaké by to bylo, kdyby se setkali (Baštecká & Goldman, 2001). Představy o vysněném partnerovi přinášejí odpovědi na otázku vlastní hodnoty jedince ve vztahu s druhým, respektive „na koho a díky čemu má“.

**Statusový partner** je obvyklý v kolektivních zařízeních. Věkově odpovídá rozpětí 15 a více let, kdy mladí lidé navštěvují školu, bydlí spolu na internátech, kolektivně tráví volný čas. Statusový partner slouží k porovnávání se s vrstevníky. „*Je to ten partner, se kterým se dívka vede do školy za ruku, aby holky viděly. Čím má on lepší postavení mezi ostatními spolužáky, tím je ona na tom lépe.*“ (Baštecká & Goldman, 2001). Zůstává-li člověk v kolektivu déle, než odpovídá létům zrání, většinou trvá déle i jeho zrání k intimnímu partnerství (Baštecká & Goldman, 2001). Uvědomíme-li si, že existuje vývojové období, ve kterém si jedinec přes partnera ověřuje vlastní postavení mezi vrstevníky, přehodnotíme poznámky o „citové nestálosti“ mnohých lidí s MP žijících v kolektivních zařízeních (Baštecká & Goldman, 2001).

**Intimní (důvěrný) partner** je ten, jehož přednosti jsou více oceňovány ve vztahu k potřebám dvojice nebo rodiny než ve vztahu ke společenskému hodnocení. Intimní partner je ten, s nímž lze dlouhodobě vydržet bez nudy a strachu doma, nefunguje-li internet ani televize. Do výběru intimního partnera vstupují složky partnera vysněného a statusového. Úkolem výběru je mj. přiměřeně odpovědět na otázku „na koho mám“. To se děje jak na základě vysněných představ, tak na základě poměřování se s vrstevníky (Baštecká & Goldman, 2001).

Každý **partnerský vztah prochází určitým vývojem**. Začíná **okouzlením a zamilovaností**. Okouzlení je silný citový vztah k osobě, kterou si partner idealizuje a nevnímá její chyby. „*Zamilovaný člověk prožívá někdy protichůdné prožitky radosti a naděje, které se střídají se smutkem a beznadějí*“ (Mojžíš, 1997, s. 29). Zamilovanost má většinou své pozitivní stránky a příznivý dopad (získání nových zkušeností, zvýšení sebedůvěry, „zjemnění citů“, rozvoj a kultivace sociálních dovedností důležitých pro vztahy s druhými lidmi atd.). „*Zkušenosti ukazují, že lidé s postižením, kteří žijí v partnerském*

svazku, jsou zralejší, vyrovnanější, samostatnější a lépe spolupracují.“ (Kopalová, 1995, s. 109).

**Dlouhodobé partnerství** vyžaduje vzájemné uspokojování mnohých osobnostních potřeb. Člověk s MP většinou potřebuje podporu, která by mu pomohla vytvořit podmínky pro zvládání partnerské role (zodpovědnost obou partnerů ve vztahu, řešení konfliktních situací atp.) a při vytváření kompetencí potřebných pro partnerskou koexistenci (řešení otázek společného bydlení, plánování budoucnosti atp.).

Pörtner (2009) v souvislosti s poskytovanou podporou zdůrazňuje důležitost prostoru pro vlastní rozhodování a respektování osobní svobody člověka s MP, jeho práva na lásku, přátelství a sexuální život. Rodiče či pracovníci by neměli vkládat do vztahů osob s MP své ideály, jak by měly vztahy vypadat. Každý člověk má právo žít podle vlastních představ a pro každého může kvalita partnerského vztahu znamenat něco jiného.

*„Jsme spolu už několik let. Seznámili jsme se v dílně. Nikdo našemu vztahu nebrání. Bydlíme spolu na pokoji. Pavel mi pomáhá při uklízení, žehlení, díváme se spolu na televizi, na video.“* Partnerský pár žijící v chráněném bydlení.

Zároveň je třeba respektovat i to, že ne každý člověk s MP touží po partnerském vztahu. Už samotné vyjádření „mít partnerský vztah“, „mít známost“, „chodit s někým“ může mít pro každého jiný význam. Pro jednoho to může znamenat vyjít si občas do kina, na procházku, být spolu v zaměstnání, držet se za ruce, budovat přátelství, pro druhého mít nezávazný sexuální vztah, pro dalšího bydlet spolu, pro jiného předstupu uzavření manželství či založení rodiny atp.

## Manželství a rodičovství

Manželství upravuje **zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Uzavření manželství** je podle českého právního řádu podmíněno **plnoletostí a svéprávností**. Lidé s MP s plnou svéprávností mohou uzavřít sňatek za běžných podmínek. „*Manželství nemůže uzavřít osoba, jejíž svéprávnost byla v této oblasti omezena*“ (§ 673, odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník /nový/). Osoby, jejichž svéprávnost je omezena, mohou uzavřít manželství pouze s povolením soudu.

V současné době projevuje stále více lidí s MP zájem uzavřít manželství. Není-li to z právního hlediska možné, volí buď jinou možnost zveřejnění svého vztahu (zasnoubení, slib partnerství, popř. svatební obřad bez právní platnosti), nebo podávají k soudu návrh na zahájení řízení o vrácení svéprávnosti v oblasti uzavření manželství.

Právní předpisy vyspělých demokracií se ztotožňují v uplatňování zásady, že osoby s MP mohou uzavřít manželství, jestliže disponují dostatečnou mentální schopností dát souhlas na vytvoření takového stavu (Stavis, 2000).

Manželství se uzavírá svobodným a úplným souhlasným prohlášením muže a ženy (snoubenců), kteří spolu chtějí uzavřít manželství o tom, že spolu vstupují do manželství. Prohlášení činí veřejně a slavnostním způsobem v přítomnosti dvou svědků. Manželství lze uzavřít formou občanského nebo církevního sňatku. Občanský sňatek probíhá před představitelem veřejné moci v přítomnosti matrikáře. Církevní sňatek se pak uskutečňuje před osobou pověřenou církví nebo náboženskou společností (zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník /nový/). Hlavním účelem manželství se rozumí „*založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc*“ (§ 655, odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník /nový/).

V České republice mohou dítě vychovávat pouze osoby, které jsou svéprávné a mohou nést rodičovskou odpovědnost. „*Rodičovská odpovědnost náleží stejně oběma rodičům. Má ji každý rodič, ledaže jí byl zbaven. Rozhodne-li soud o omezení svéprávnosti rodiče, rozhodne zároveň o jeho rodičovské odpovědnosti.*“ (§ 865, odst. 1 a 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník /nový/). Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o nezletilé dítě zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v jeho udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělávání, v určení místa bydliště, v zastupování nezletilého dítěte a spravování jeho jmění. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud (§ 858 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník /nový/).

**Rodičovství osob s MP** je poměrně diskutovanou oblastí, ať už v laické veřejnosti, nebo v odborných kruzích. Názory a postoje jsou různé, od celkem liberálních až po restriktivní. V diskusích se objevují zejména obavy z narození dítěte, které by mohlo zdědit postižení po rodičích. Bzdúchová (2000) v tomto kontextu uvádí, že asi 40 % dětí, které se narodily rodičům

s MP, má intaktní intelekt. Často je diskutována i nedůvěra v to, že by lidé s MP mohli zvládnout tak náročný úkol a kvalitně se o dítě postarat: „*Výchova je něco, co je třeba se učit, není každému dán talent vychovávat, pro roli rodiče je třeba mít i jiné předpoklady než jen schopnost dítě zplodit.*“ (Šulová, 1995, s. 44). Thorová poukazuje na náročnost rodičovství a v tomto kontextu se zamýšlí nad schopností osob s MP naplňovat např. sociálně emoční potřeby od určitého věku dítěte (Thorová & Jůn, 2012).

Matulay (1986) uvádí, že u žen se středním a těžším MP bývá gravidita zřídka. Muži s Downovým syndromem (dále jen DS) jsou často neplodní, ženy s DS většinou mít dítě mohou (Matulay, 1986). Sníženou fertilitu lze zaznamenat také u dalších syndromů, včetně hormonálních problémů nebo hypogonadismu, jako je Prader-Williho syndrom. Ačkoliv literatura uvádí ojedinělé případy plodnosti i u těchto osob (Mandžáková, 2013).

V souvislosti s plodností se objevují diskuse o **sterilizaci**, která byla dříve u žen s MP poměrně hojně doporučována. Nejčastějšími důvody pro volbu sterilizace býval strach z otěhotnění v důsledku selhání antikoncepce nebo plánovaného rozhodnutí mít dítě bez schopnosti uvědomění si dopadu takového rozhodnutí, nebo obava z početí v důsledku sexuálního zneužití. Problematicke sterilizace a reprodukčních práv žen s MP je věnován např. článek *The silence is roaring: sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities* (Tilley et al., 2012), ve kterém autoři vyžívají k ukončení tzv. bouřlivého mlčení v souvislosti s tématem sterilizace žen s MP a k nezbytnosti prověřit veškeré okolnosti u dříve provedených zákroků sterilizace.

Sterilizaci v České republice upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. „*Sterilizací se rozumí zdravotní výkon zabráňující plodnosti bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz. Sterilizaci lze provést ze zdravotních důvodů nebo z jiných než zdravotních důvodů.*“ (§ 12, odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách). „*Sterilizace ze zdravotních důvodů se provede pacientovi, který dovršil věk 18 let, pokud k provedení sterilizace udělí písemný souhlas. Pacientovi, jehož svéprávnost je omezena tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí /dále jen „pacient s omezenou svéprávností“, nebo nezletilému pacientovi lze provést pouze sterilizaci ze zdravotních důvodů, a to na základě a) písemného souhlasu opatrovníka pacienta s omezenou svéprávností nebo zákonného zástupce nezletilého pacienta; tím není dotčeno ustanovení § 35 zákona o zdravot-*

ních službách, b) kladného stanoviska odborné komise a c) souhlasu soudu.“ (§ 13, odst. 1 a 2 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách).

Vzhledem k ireverzibilitě sterilizace bývá častěji využívána **antikoncepce**. Předepsání antikoncepce je v rukou lékaře. Lékařské indikace a kontraindikace je důležité dodržovat i u žen s MP (Mandzáková, 2013). Veškerá antikoncepční medikace musí být podávána pouze se souhlasem uživatelky. Volba a výběr antikoncepční metody je vždy individuální záležitostí. U osob s MP připadají v úvahu všechny prostředky tak jako u osob bez MP. Uzel (2011) doporučuje především perorální hormonální antikoncepci, příp. dlouhodobější metody jako náplasti či injekce. U mužů je třeba zvážit zvládnutí techniky bezpečného používání kondomu.

**Rozhodnutí, zda budou nebo nebudou mít lidé s MP dítě**, zůstává na jejich vlastním vzájemném uvážení. Sami partneři se mohou svobodně rozhodnout, jestli chtějí mít dítě a také ohledně počtu dětí. Toto právo jim mj. zaručuje Úmluva o právech osob se zdravotním postižením v článku 23, která mimo jiné odmítá jakoukoli diskriminaci v oblasti rodiny a rodičovství (Makovcová, 2011). Než se partneři k tomuto životně důležitému kroku rozhodnou, měli by ideálně navštívit lékaře a poradit se, zda je těhotenství pro ženu ze zdravotního hlediska vhodné. Lékaři mohou partnery upozornit na možná rizika spojená s těhotenstvím, k zákazu však oprávněni nejsou.

K otázce rodičovství osob s MP je nutné přistupovat velice individuálně a zodpovědně. Ne vždy je však v praxi možné se na rodičovství dopředu připravit prostřednictvím kvalitní a plánovitě vedené podpory. Např. žena s MP může otěhotnět neočekávaně, nebo při „nechtěném“ sexuálním styku, při zneužití atp. Řešení takovýchto situací bývá nesnadné. Proto je zapotřebí, aby existovaly podpůrné služby, které člověk s MP může využít, ocitne-li se v obtížné situaci a potřebuje-li pomoc v rozhodování, nebo v péči o dítě, při jeho výchově, nebo při řešení problémů v partnerských a rodičovských vztazích atp. Každá situace je jedinečná, stejně tak jako jsou individuální i schopnosti a dovednosti daného jedince/páru a možnosti jeho podpory ze strany asistentů, organizací, poradenských služeb, rodičů, prarodičů, sourozenců a dalších příbuzných. Je proto zapotřebí hledat vždy tu nejoptimálnější cestu, jak podporovat rodiče s MP „s úctou, bez předsudků a bez očekávání jejich nekompetentnosti.“ (Strnadová & Mužáková, 2010, s. 214).

Podpůrné služby by měly vždy vycházet z individuálních aktuálních potřeb rodičů s MP a respektovat jejich specifika v oblasti učení. Měly by být zaměřeny na celou rodinu a sloužit jak zájmům rodičů, tak dětí. Poskytování služeb a podpory musí být dlouhodobé a průběžné, neboť potřeby dětí se postupně mění a rodiče potřebují získávat nové a nové dovednosti. Důležité jsou zejména praktické informace týkající se náležité péče o dítě. V dané oblasti byly realizovány mnohé iniciativy, vytvořeny nejrůznější pomůcky, informační servery, publikace, brožury, metodické materiály ve snadno srozumitelné podobě atd. Např. Rytmus Benešov, o.p.s. ve spolupráci se Somatopedickou společností, o.s., realizoval projekt nazvaný *Neobyčejné rodičovství*, který se snažil rodičům s MP prostřednictvím názorných obrázků a srozumitelných textů přiblížit období těhotenství a jednotlivé oblasti péče o dítě. (Rytmus Střední Čechy, o. p. s. [b. r.]). Dále Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s., vydala brožury *Gynekologická prohlídka, Těhotenství a Porod* (2016) v rámci tematické řady *Už vím!: srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením*. A mnohé další iniciativy.

Pomoc rodičům s MP zaměřená na zvládnutí péče o jejich potomka by měla zahrnovat mnoho oblastí, které jim umožní poskytovat dětem odpovídající péči a stimulaci. Důležité jsou i návštěvy v domácnosti, při kterých jsou rodičovské dovednosti předávány a osvojovány přímo v prostředí, ve kterém budou následně využívány. Poskytovatelé služeb mohou rodičům nabídnout pomoc zaměřenou na výživu, čistotu, bezpečnost, péči o domácnost, koordinaci služeb, přepravní služby pro rodinu, nakupování či hospodaření s penězi, zájmové kroužky pro děti i rodiče apod. (Šnytová & Brejlová, 2013).

Důležitou součástí poskytované podpory jsou i podpůrné skupiny pro ženy a muže s MP v souvislosti s mateřstvím, otcovstvím a rodičovstvím. Strnadová & Mužáková (2010), které se věnují mateřství žen s MP, uvádí, že potřeba lidského sdílení a vzájemnosti je u těchto žen stejná jako u všech ostatních. Úkolem odborníků i poskytovatelů služeb je tedy poskytnout lidem s MP nejen profesionální podporu, ale také lidskou účast v případech, že se rozhodnou stát se rodiči.

Lze předpokládat, že s procesem deinstitucionalizace a s rozšiřujícími se možnostmi samostatného bydlení bude narůstat i počet rodičů s MP. Lleewellyn & Hindmarsh (2015), které se zabývají rodičovstvím osob s MP,

v tomto kontextu upozorňují na různost životních zkušeností a prostředí, ze kterého rodiče s MP pochází. Autorky rozlišují tři hlavní skupiny. První skupinu tvoří jedinci, kteří žili institucionálním způsobem života, avšak nyní žijí v majoritní společnosti a stali se rodiči. Druhou skupinu tvoří osoby, které institucionálním způsobem života nikdy nežily, ale většinu života přijímaly dostupnou podporu pro osoby s MP. Třetí skupinu pak tvoří tzv. „skrytí“ jedinci s MP. Tyto osoby se dostávají pod „dohled společnosti“ až poté, co se stanou rodiči a jejich rodičovská způsobilost začne být zpochybňována. Autorky uvádí, že z mnoha existujících výzkumů je patrné, že rodiče s MP se s problémem soudních řízení potýkají poměrně často. Jejich dítě nejednou bývá umístěno do ústavní péče. A to především z toho důvodu, že podle rozhodnutí soudu dávají tito rodiče svému dítěti nízkou sociální podporu a negativně tak ovlivňují jeho vývoj (Llewellyn & Hindmarsch, 2015).

Už v roce 2002 vystoupila Inclusion Europe s tím, že „v posledních letech se lidé s MP stále více dožadují práva vstoupit do manželství a mít děti. Mnoho smutných příkladů ze všech evropských zemí dokazuje, že toto základní právo se jim často upírá bez náležitého posouzení a opodstatnění. I když obavy o blaho dětí lidí s MP jsou oprávněné stejně tak jako u všech dětí, existuje mnoho příkladů, které ukazují, že lidé s MP mohou být milujícími a starostlivými rodiči. Výzvou pro společnost je neodpírat jim a priori základní lidské právo, ale důkladně uvážit, zda by jim poradenské a podpůrné služby nemohly pomoci vést normální rodinný život.“ (Inclusion Europe, 2002 in Mandžáková & Horňák, 2009).

Zkušenosti např. z Nizozemí, Dánska a Německa ukazují, že lidé s MP jsou vhodně „nastaveni“ pro výchovu dětí, je-li jim poskytnuta dostatečná podpora (<http://www.profamilia.de/article/show/831.html?PHPSESSID=4cbb2c5a2643226a5850478590dd199a>). Například ve Švédsku takový systém podpory zahrnuje výpomoc v domácnosti, setkávání se s „kontaktními“ rodinami, denní plány pro děti apod. Odborníci uvádí, že potřeby rodičů s MP nejsou odlišné od potřeb ostatních rodičů. Někteří potřebují pomoc při péči o novorozence (s krmením, koupáním), jiní s udržením zaměstnání, s domácími pracemi či při hospodaření s měsíčním rozpočtem. Později, když děti vyrostou, tak potřebují podporu při řešení výchovných problémů atp. (<http://www.thearc.org/faqs/parmr.html>).

## 1.6 Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením

Přestože jsou vztahy důležitou součástí kvality života člověka s MP a cenným zdrojem získávání zkušeností, mohou se pojit i s některými riziky. Ward et al. (2013) uvádí, že mohou být mj. plné interpersonálního násilí, a právě v jejich rámci může docházet i ke zneužívání.

**Sexuální zneužívání** zahrnuje celou řadu sexuálních aktivit, které jsou na někom vynuceny. Zdravotní komise Rady Evropy (1992) definuje sexuální zneužití jako: „*jakékoli nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník nebo cizí osoba.*“

Sexuální zneužívání může mít **různé podoby**.

*Bezdotykové (nekontaktní) sexuální zneužívání* zahrnuje obnažování se před dítětem, masturbaci před dítětem, setkání s exhibicionistou, pozorování nahého nebo svlékajícího se dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení či uspokojení, účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k tělesnému kontaktu, např. vystavení dítěte pornografickým materiálům (sledování porno časopisů a pornofilmů), přinucení dítěte sledovat soulož, verbální sexuální návrhy apod.

*Kontaktní (dotykové) sexuální zneužívání* zahrnuje aktivity *penetrativní* nebo *nepenetrativní*. *Nepenetrativní aktivity* zahrnují osahávání či líbání dítěte na intimních místech, prsou, pohlavních orgánech, dotýkání se genitálu nebo prsou předměty, rukou, genitálem (jak přes oblečení, tak na nahém těle), nucení dítěte, aby manipulovalo pohlavními orgány svými či zneuživatelé atp. *Penetrativní aktivity* zahrnují sexuální proniknutí prsty nebo předměty do genitálu, dále také pohlavní, orální nebo anální styk.

*Komerční sexuální zneužívání* znamená zneužití dítěte k dětské pornografii, prostituci či obchodování s lidmi za účelem pohlavního styku.

Sexuální zneužívání může probíhat *intrafamiliárně*, tzn. v rodině (incest, nevlastní otec, matka, adoptivní otec, děd, vlastní sestra, bratr, nevlastní bratr, strýc, teta atp.), nebo *extrafamiliárně*, tzn. mimo rodinu (pracovník, soused, ten, kdo se o dítě stará, osoba známá dítěti, osoba známá rodině, matčin přítel, otcova přítelkyně, rodinný přítel atp.).

Z právního hlediska bývají tyto činy posuzovány podle Trestního zákonníku, který byl vyhlášen ve Sbírce zákonů pod číslem 40/2009 Sb. V případě

znásilnění a sexuálního násilí podle článku *Hlava III. – trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti* (znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití /u dítěte mladšího 15 let/, soulož mezi příbuznými, kuplířství atp.). V některých případech lze tyto trestné činy posuzovat také podle článku *Hlava I. – trestné činy proti životu a zdraví*, pokud je jinému úmyslně ublíženo na zdraví, případně *Hlava IV. – trestné činy proti rodině a dětem*.

Kromě trestných činů mohou být lidé s MP konfrontováni s celou řadou dalších situací, které nemusí být z hlediska trestního práva tak závažné. Přesto mohou mít značně nepříznivý vliv na psychiku jedince a na kvalitu jeho života. Může se jednat např. o šikanu na sociálních sítích se sexuálním podtextem, nebo o široké spektrum situací, které mohou nastat v kolektivních zařízeních, kde spolu žije více lidí dohromady a kdy sexuálním agresorem může být samotný člověk s MP atp.

Lze předpokládat, že v **dřívějších obdobích** byli lidé s MP konfrontováni se situacemi sexuálního násilí ještě čteněji než dnes. Většinou však o těchto zkušenostech nehovořili. Často měli obavy z toho, že by jim nikdo nevěřil, nebo z dopadů, které by mohly následovat po oznámení situace. Prostředí utajování a strachu vytvářelo ideální živnou půdu pro další možné pokračování takového jednání.

*„Když měl noční, přišel za mnou a říkal: ‚Pojď se mnou!‘ Vzal mě do herny, položil mě na lavičku a dělal mi to zezadu. Bylo to strašný... Vždycky mě to ještě dlouho potom bolelo. Říkal jsem mu, že nechcu, že chcu spát, ale on mě chytl za ruku a zařval: ‚Pojď, říkám! Spát budeš potom!‘ Potom jsem už celou noc usnout nemohl, strašně to bolelo...“ „...V noci za mnou vždycky přišel, vzbudil mě, vzal na vychovatelnou a zamknul za náma dveře. Já jsem mu říkal, že chcu spát, ale nenechal mě. Vždycky mi říkal, že je doktor. Vzal sluchátka a přikládal je na mě. Potom mi měřil tlak a pak se mě ptal: Jak si to děláš? ... Musel jsem si to před ním udělat a on seděl naproti mně a dělal si to taky. Nechtěl jsem... Nikomu jsem to ale neřekl. Báł jsem se...“* Uživatelé ústavu sociální péče pro mentálně postižené, situace před rokem 1989.

Lidé s MP nebyli v té době vedeni k tomu, aby se dokázali bránit či vzepřít, když by s nimi bylo zacházeno neadekvátně, nebo se jim něco nelíbilo. Mnozí z nich byli zvyklí se zcela běžně podřizovat autoritě, režimu a potřebám druhých. Byli podporováni v poslušnosti a v přizpůsobení se. Většinou si nebyli dostatečně vědomi svých práv ani možnosti prosadit vlastní ná-

zor. Byli nadmíru důvěřiví, snadno ovlivnitelní a zmanipulovatelní. I když by vnímali, že to, co se děje, není správné, často nedokázali nechtěné zacházení odmítnout. Nejednou byli nuceni se mu podvolit ze strachu, nebo z potřeby být přijati osobou, která je zneužívala, protože na ní byli např. závislí. Nevěděli, jak se bránit, na koho se obrátit o pomoc, komu a jak situaci oznámit. S mentálním postižením byla také často spojována nižší výpovědní věrohodnost (účastnická i svědecká) a snadná ovlivnitelnost (odvolání výpovědi). Obtížným úkolem bylo rovněž nalézt kvalifikovaného terapeuta, který by se orientoval jak v problematice zneužívání, tak v práci s lidmi s MP. Mnohdy býval bagatelizován dopad zneužívání a zpochybňován přínos následné terapie obětí.

**Dnes** je již situace jiná. A to jak z hlediska přístupu k lidem s MP, tak i ve vztahu k prevenci sexuálního zneužití, a také směrem k poskytované podpoře obětí. Lidé s MP jsou přijímáni jako rovnocenní členové společnosti, podporováni ve znalosti svých práv, v samostatném rozhodování a v jednání „sami za sebe“. Existují např. skupiny sebeobhájců, v rámci kterých se lidé s MP učí znát a obhajovat svoje práva a stát si za svými rozhodnutími a názory. Ve skupině diskutují o nejrůznějších rizikových, problematických či obtížných situacích a společně hledají možnosti jejich řešení. Jednotlivé postupy si nejdříve trénují v rámci skupiny a poté si je ověřují přímo v praxi. Získávají tak užitečné kompetence a dovednosti, které mohou uplatnit v rámci svého každodenního života a také v kontextu prevence sexuálního zneužití.

Sexuální zneužívání osob s MP je stále citlivým tématem jak pro samotné lidi s MP, tak pro jejich rodiče, pro odborníky, pedagogy, pracovníky v sociálních službách a další. Na jedné straně je přítomna snaha podporovat sexuální vyjádření člověka s MP, na straně druhé se může objevovat tendence jej „ochránit“ před rizikem sexuálního zneužití či násilí (Dukes & McGuire, 2009). Při hledání přiměřené rovnováhy v přístupu je třeba vycházet z toho, že **záměrem poskytované podpory není „ochránit člověka zvenku“, ale podpořit a zplnomocnit jeho samotného v tom, aby dokázal rizikovým situacím čelit**. Tzn., aby uměl rozpoznat potenciální nebezpečí a v případě potřeby dokázal adekvátně zareagovat.

Pokud člověk s MP nemá v dané oblasti dostatek informací, dovedností a praktických kompetencí, může se stát snadnějším objektem sexuálního zneužití. Přiměřená informovanost umožňuje jedinci lépe odhadnout míru rizika nebezpečného chování a identifikovat, jedná-li se o sexuální chování

deviantní, nepatřičné nebo nezákonné. Neinformovaný člověk s MP většinou nedokáže posoudit míru rizika či nebezpečí. Často nerozumí tomu, co se děje anebo neví, jak reagovat, jak situaci čelit, jak se bránit a na koho se obrátit o pomoc.

McCabe et al. (1999) se domnívají, že lidé s MP jsou více vystaveni riziku sexuálního zneužívání. Mezi **rizikové faktory** spojené se sexuálním zneužíváním osob s MP zahrnují zejména sníženou schopnost úsudku a kognitivních či komunikačních schopností. Kombinované postižení může ještě více prohlubovat obtíže s orientací v méně známém prostředí, s motorikou a tím omezovat např. možnost útěku v situaci ohrožení. Rizikovým faktorem může být i rozpor mezi vývojem v oblasti pohlavní zralosti a intelektu. Čím závažnější je porucha intelektu, tím bývá větší riziko ohrožení a obtížnější odhalení zneužívání (i pachatele).

Důležité je nepřehlížet **varovné signály** a nepodceňovat **indikátory, které by mohly signalizovat** přítomnost **sexuálního zneužívání**. Jsou jimi například časté poruchy spánku, noční můry, děsy, pomočování, strach ze tmy, strach jít na nějaké konkrétní místo nebo být s určitou osobou o samotě, změny v chování jedince, váhavost nebo nevraživost k některé osobě, změna povahy (jedinec se stává např. náladový), nevhodné vyjadřování náklonnosti (např. nezvyklý zájem o genitálie jiných lidí), opakované pomočování nebo známky podráždění genitálu, zjištění pohlavní choroby, vaginální výtok, svědění na intimních místech, ztráta nebo naopak náhlý vzrůst chuti k jídlu, nezvyklá změna v chování (např. větší uzavřenost, bojácnost), objevení modřin apod. (Laaser, 2004).

Velice obtížné bývají situace, kdy je **aktérem osoba, kterou jedinec zná**, nebo se kterou se pravidelně setkává. Člověk s MP bývá většinou důvěřivější v mezilidských vztazích, pochybuje o nepatřičnosti jednání blízké osoby, často se nepoučí z předchozí zkušenosti a situaci znovu zopakuje. Právě ale lidé, které člověk zná, bývají nezřídka těmi, kteří se dopouštějí zneužívání – příbuzní, členové rodiny, asistenti, vedoucí zájmových kroužků, pracovníci zařízení, domácí ošetřovatelé, pečovatelé apod. (Laaser, 2004). „Výzkumy předpokládají, že 97 až 99 % těch, kteří zneužívají, jsou lidé, které oběť zná a kterým důvěřuje“ (Baladerian, 1991). To potvrzují i Adamsová & Fayová (1997, s. 9): „Skutečnost je taková, že z celkového počtu sexuálních delikventů připadá na cizí osoby jen 10 % až 15 %. Pachatelé bývají nejčastěji osoby, které děti dobře znají a které využívají toho, že jim děti důvěřují.“

V publikaci *Pán s jedním zubem: Příběhy mentálně postižených chlapců a jejich chybujícího, ne-li neschopného vychovatele* (Jílek, 1992) je popsána zkušenost v té době vychovatele ústavního zařízení, který byl poslán do rodiny klienta, u kterého bylo podezření, že jeho matka je zároveň i „milenkou“. V knize je popisováno setkání s matkou klienta, která na návštěvu pracovníka reagovala následovně: „Milý pane, nedělejte ze mne blázna ani blbce, vím dobře, proč jste přijel a vím stejně tak dobře, kam míříte. Nemyslete si, že tohle je první rozprava, kterou vedu na toto téma, mohla bych vám ukázat svou korespondenci s obvodním soudem. Řeknu vám to na rovinu, snad vás to nepoloží: Daniel je můj, je to moje krev, nikoho jiného na světě nemám, on má také jen mě. Jsem pevně rozhodnuta udělat pro něj všechno, a když říkám všechno, tak myslím všechno, jestli mi rozumíte. A vašemu řediteli vyřídíte, že mi může přijít políbit prdel. Můj kluk je bez šance seznámit se s nějakou dívkou, každá se mu vždy vysměje, Daniel se mi pak vrací z ulice s tím, že se zabije. Mám po přechodu, není v tom žádné riziko, kluk mě poslechne na slovo a řekne jen to, co já budu chtít, aby řekl, takže všichni od ministra až po vašeho ředitele si mohou klidně trhnout nohou. Co mi kdo může dokázat a zakázat, když jsme u toho jen my dva, já a můj sice nesvéprávný, ale zcela zdravý syn...“ (Jílek, 1992, s. 29).

Vaničková, Hadj-Moussová & Provazníková (1995, s. 69) popisují **syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití**. Syndrom má pět kategorií. První fází je **utajování**, kdy dítě zneužití skrývá ze strachu, z pocitu odpovědnosti, pochopí nemožnost obrany atd. Následuje **bezmocnost**, kdy dítě nezná způsoby obrany, nikdo mu nevěří, je závislé na pachateli, okolí stojí na straně pachatele apod. Domnívá se, že to tak musí být, a **přizpůsobí se**. Jako další fázi autorky uvádějí **opožděné a nepřesvědčivé odhalení** (zneužívání již skončilo a dítě nemá důkazy, pachatel manipuluje s informacemi i s dítětem atd.) a následné **odvolání výpovědi** (zmanipulované, zastrašené a zmatené dítě, často zatížené pocitem odpovědnosti za osud pachatele nebo rodiny atd.).

Lidé, kteří v raném věku zažijí dlouhodobé (chronické) zneužívání dospělým, kterého znají a kterému důvěřují, trpí vážnějším poškozením než ti, jejichž zneužívání je páčáno někým méně známým, začalo v jejich životě později a je méně časté a nenásilné (Tower, 1989).

Většina publikací a studií, které se zabývají problematikou sexuálního zneužívání či páchaného násilí, je věnována především **zneužívaným**

**dívčám a ženám.** Například Eastgate et al. (2011) zjišťovala, jak ženy s MP vnímají důsledky sexuálního zneužívání na své životy, sex a vztahy. Výzkumu se účastnilo devět žen s MP z australského Queenslandu, které potvrdily zkušenost s nežádoucími sexuálními prožitky či přímo se sexuálním zneužíváním. Dané ženy uvedly, že jejich negativní zkušenosti se promítají jak do oblasti sexu, tak také ovlivňují jejich vztahy (Eastgate et al., 2011). Další zkušenosti se sexuálním zneužíváním dospělých osob s MP přibližuje autorka Furrey (1994) z amerického Connecticutu. Uvádí, že z celkového počtu 461 osob, u kterých v průběhu pěti let došlo k sexuálnímu zneužívání, představovali jedinci s MP 37 %. Většinu obětí tvořily ženy ve věku kolem třiceti let, které neměly problém s verbální komunikací a minimálně se u nich vyskytovalo další postižení. K násilí docházelo nejčastěji v místě bydliště a u 92 % případů oběť znala osobu, která ji zneužívala. (Furrey, 1994).

Ke **zneužívání** dochází také **u chlapců a u mužů**. Dokonce lze předpokládat, že způsob sexuálního zneužívání chlapců je daleko „pohlavnější“ než u dívek. Pachatel u chlapce zásadně atakuje jeho pohlavní orgány nebo konečník. U dívek se řada pachatelů uspokojí kontaktem se sekundárními pohlavními znaky nebo jen dotykem přes oděv. Sexuální útok na chlapce je násilnější než na dívku. *„Zkušenosti z různých terapeutických center ukazují na fakt, že zneužívání chlapci mají častější tendenci k agresivnímu chování než zneužívané dívky. Vzniká u nich větší nebezpečí, že se častěji ztotožní s pachatelem a později přejímají i jeho agresivní chování. Řada chlapeckých obětí začíná později pochybovat i o své mužnosti: Měl jsem se lépe bránit...“* (Täubner, 1996, s. 34–37).

Pro chlapce je evidentně obtížnější přiznat sobě i ostatním, že byl zneužit. Proto chlapci vkládají velké množství energie na zapírání a utajení. Cítí se slabí, protože se nedokázali ubránit. Být obětí je pro chlapce více ponižující než pro dívky. Sexuální zneužívání chlapců má často nepříznivé následky pro jejich sexuální vývoj. Potíž je v tom, že během sexuálního zneužívání velmi často u chlapců dochází k erekci a k výronu semene. To je velmi matoucí, když rozum říká, že něco není v pořádku a tělo se chová jinak. Jako by člověk chtěl být zneužit, když mu to přineslo uspokojení. Vlastní erotické pocity jsou při zneužívání mužem fixovány na muže, proto se chlapec může později snažit výrazně vnějškově prezentovat svoji heterosexualitu, někdy velmi brzy a předčasně zahazuje sexuální styky s dívkami.

Zkušenost zneužití může způsobovat silné bloky v jednání a v navazování vztahů. (Täubner, 1996, s. 34–37)

## Prevence rizika sexuálního zneužívání osob s MP

Z hlediska prevence rizika sexuálního zneužívání má podstatný význam **adekvátní informovanost**. Ta se týká jak samotných **osob s MP**, tak **odborníků, rodičů i nejširší veřejnosti**. Pracovníci (pedagogové, sociální pracovníci a další profesionálové), kteří se s lidmi s MP setkávají, potřebují být vybaveni dostatečnými kompetencemi tak, aby dokázali působit preventivně a v případě výskytu zneužívání odhalit a poskytnout oběti adekvátní podporu.

**Lidé s MP** potřebují umět rozpoznat sexuální zneužití a rizikové situace, při kterých by k němu mohlo dojít, a také způsoby, jak v takovýchto situacích reagovat a kde hledat pomoc. Potřebují porozumět podstatě sexuálního zneužívání a mít v tomto kontextu nejen dostatek adekvátních informací, ale zejména praktických kompetencí, dovedností a návyků.

Je zapotřebí, aby lidé s MP **věděli**, že:

- jejich tělo je jenom jejich a mají právo říct „ne“, když je jim něco nepříjemné nebo se jim něco nelíbí,
- oni sami mají právo rozhodovat o tom, kdo a jak se jich dotýká,
- nesmí tolerovat žádné nechtěné dotýkání a manipulace s tělem, které v nich budí obavy,
- existuje intimní zóna, kde se jich smí dotýkat např. pouze lékař,
- není v pořádku, aby se kdokoli dotýkal jejich intimních míst, nebo aby kdokoli po nich žádal, aby se oni dotýkali jeho intimních míst,
- není možné, aby kdokoli žádal, aby se mu ukazovali nazí, nebo aby se museli oni dívat na něčí nahotu,
- sexuální zneužívání se nemusí pojít s agresivitou, bolestí, či s neznámým člověkem, ale může jít např. o nechtěné hlazení na intimních místech, které provádí známá či blízká osoba atp.

Je zapotřebí, aby se lidé s MP **naučili**:

- porozumět podstatě sexuálního zneužívání,
- rozpoznat rizikové či nebezpečné situace,

- rozlišovat přijatelné a nepřijatelné formy tělesného kontaktu,
- adekvátně reagovat v rizikové či v nebezpečné situaci, tzn., aby dokázali včas odejít a odmítnout, pokud se jim něco nelíbí atp.,
- adekvátně reagovat při nepřijatelném tělesném kontaktu a chování druhého člověka, tzn., aby se dokázali nepodvolit, prosadit vlastní názor, říct „ne“ atp.,
- adekvátně postupovat, pokud již ke zneužití došlo, tzn., aby dokázali situaci oznámit a aby věděli, kde najdou ve svém okolí osoby, kterým se mohou kdykoliv bez obav svěřit. Stejně tak potřebují být dopředu ujištěni, že pokud by se něco takového stalo, tak by to nebyla jejich vina a nikdo by se na ně nezlobil.

Lidé s MP potřebují být vybaveni adekvátními vědomostmi, dovednostmi a praktickými kompetencemi. Potřebují rozvíjet a trénovat sociální dovednosti, asertivní chování, komunikaci, schopnost říkat „ne“, dovednost vypovídat atp. Při edukaci je zapotřebí postupovat prakticky, srozumitelně, citlivě, jednoduše a jasně. Využít lze mnohé názorné pomůcky a nejrozličnější metody a formy práce. Např. hraní rolí, nácviky simulovaných situací, scénky, problémové vyučování, učení s využitím obrázků, piktogramů, fotografií, reálných předmětů, videí, filmů atp. Aplikovat lze také mnoho cvičných technik, které učí prosazení svých práv, sebeobranu až po schopnost vypovídat. Při nácviku odmítání a obrany před sexuálním zneužitím lze využít např. aktivitu *Co kdyby...*, kdy vhodné otázky podporují jedince v tom, aby sám dospěl v jednotlivých situacích k možným reakcím. Při učení intimní zóny lze u osob s lehčími typy MP aplikovat např. techniku *Kruhy sociální vzdálenosti* atd.

Jak uvádí Uzel (2006): „*Dítěti musíme nejpozději ve čtyřech letech vysvětlit rozdíl mezi vhodnými a nevhodnými doteky.*“ Vzhledem ke specifikům kognitivního vývoje dětí s MP je zřejmé, že ve věku čtyř let nemusí být všechny děti na úrovni, aby byly schopny tomu porozumět, ale postupně se učíme děti s MP rozlišovat, co si k nim druzí mohou a nemohou dovolit a jak se proti nevhodným dotekům bránit.

Odborníci se shodují, že vzdělávání hraje důležitou roli při snižování zranitelnosti osob s MP v oblasti sexuality (Servais et al., 2002). Výzkumy dokazují, že sexuální osvěta a výchova zvyšuje porozumění v oblasti sexuality a snižuje rizikové chování, včetně rizika sexuálního zneužití (Higgins et al., 2006). Za účelem zvyšování informovanosti osob s MP byly

realizovány nejrůznější iniciativy. Byly vytvořeny např. informační servery, publikace, brožury, metodické materiály, pomůcky atp. V souvislosti s násilím páchaným na ženách s MP vydala Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s., brožuru *Sexuální násilí (2016) v rámci tematické řady Už vím!: srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením*. Ve Španělsku byla vydána např. brožura *Gender Violence and Women with Intellectual Disabilities (2009)*. Tyto publikace v jednoduchých krocích vysvětlují ženám s MP, jak násilí poznat a poskytují jednoduché rady, co v takových situacích dělat.

Verdugo et al. (2002 in Gil-Llario et al., 2018) uvádí, že větší zranitelnost (vyšší riziková míra) osob s MP je přítomna nejen z důvodu nedostatku informací a falešných přesvědčení o sexualitě, ale i vzhledem k vyšší míře závislosti na druhých a rovněž z důvodu negativních postojů okolní společnosti. Turk & Brown (1993) řadí mezi faktory zvýšené zranitelnosti osob s MP nedostatek znalostí o sexualitě, fyzickou a emocionální závislost na pečovateli nebo využívaných službách, poskytování přebytné až nepodstatné péče a také omezené komunikační schopnosti a dovednosti.

Významnou součástí prevence je **hlášení případů sexuálního zneužívání**. Trestný čin se oznamuje na Policii České republiky nebo Státnímu zastupitelství. Je běžné, že jedinec, který se stal obětí, se obává nebo se stydí svěřit. Doporučuje se proto svěřit nejlépe osobě, které nejvíce důvěřuje. Může to být rodič, prarodič, učitel, pracovník v sociálních službách, nebo se může obrátit na některou z krizových linek. V každém případě je zapotřebí kontaktovat Policii ČR, ať již telefonicky na lince 158 nebo osobně na nejbližším místním oddělení. Kontaktovat lze i nejbližší státní zastupitelství. Nedostatečné hlášení bývá překážkou v prevenci sexuálního zneužívání, neboť podporuje podmínky vhodné pro jeho další realizaci. Počet oznámení může být zvýšen vzděláváním lidí s MP a těch, kdo jim poskytují podporu, vylepšením vyšetřování a prokuratury a vytvářením bezpečného prostředí, které obětem dovolí sdělit, co se stalo. Pro zvýšení bezpečnosti je rovněž zapotřebí kontrolovat minulost zaměstnanců.

Důležitou oblastí je také **podpora oběti a následná terapie**. Všechny osoby zasažené sexuálním zneužíváním mohou z poskytnuté péče a z psycho-terapie těžit, přestože jejich projevy mohou být např. pouze neverbální. Oběti může pomoci návštěva intervenčního centra nebo poradny pro oběti

násilí, psychologická, psychiatrická, nebo psychoterapeutická pomoc či svépomocná skupina. V současné době je stále více organizací a možností, kam se mohou oběti násilí obrátit o pomoc. Existují i různé facebookové skupiny, nebo webové stránky pomáhajících organizací, na kterých lze nalézt informace a navázat prvotní kontakt např. prostřednictvím chatu, e-mailu, nebo kontaktního formuláře. Využít lze také telefonickou pomoc, např. linku bezpečí, linku důvěry, linku pomoci obětem, krizovou linku, help linku apod. Podporu, péči a pomoc s řešením situace bude oběť potřebovat nejen ve chvíli, kdy se jí sexuální násilí stane, ale i v průběhu řízení a také i v případech, že se trestný čin neprokáže. Pracovat je nutné rovněž s agresorem, zejména je-li to člověk s MP, a také s rodiči a s personálem, stal-li se čin v zařízení.

Závěr subkapitoly je věnován souhrnu **preventivních opatření**, které mohou pomoci snížit riziko výskytu sexuálního zneužívání osob s MP (volně dle Volfová, Kozáková & Velemínský, 2008).

#### **Opatření na úrovni rodičů:**

- Vychovávat dítě ke zdravému sebevědomí, k úctě k sobě samému a k vlastnímu tělu.
- Vést dítě k tomu, aby se v rámci možností dokázalo samostatně rozhodovat.
- Vytvářet v rodině atmosféru důvěry – aby se dítě mohlo na rodiče obrátit s jakoukoliv pochybností.
- Poskytovat dítěti dostatečné a přiměřené informace o lidské sexualitě.
- Učit dítě identifikovat nebezpečné situace, dotyky a sexuální zneužití.
- Naučit dítě způsoby, jak reagovat v situaci ohrožení.
- Vést dítě k tomu, že má právo říct „ne“, pokud má z něčeho strach nebo je mu něco nepříjemné a určit, ve kterých situacích to neplatí – např. u lékaře.
- Spolu s dítětem vytvořit síť osob a míst, kam se může obrátit o pomoc, když se cítí ohrožené. – Naučit jej, jakým způsobem se má na tyto osoby obracet.
- Mít přehled o tom, kde a s kým dítě tráví svůj čas.
- Nesvěřit dítě nikdy do péče člověku, o kterém nemá dostatek spolehlivých informací.
- Nepodceňovat varovné signály výskytu zneužívání.

- Ujistit dítě, že cokoliv se stane a cokoliv udělá, nikdy nezůstane bez podpory a lásky rodičů.

### **Opatření na úrovni pracovníků a organizací poskytujících podporu:**

- Pečlivě vybírat zaměstnance a kontrolovat pracovníky – s ohledem na jejich předešlá zaměstnání a minulost.
- Zvyšovat povědomí pracovníků o rizicích z hlediska podpory osob s MP (bezpečný kontakt a přístup).
- Zajistit, aby k člověku s MP měla stálý přístup více než jedna osoba – střídání zaměstnanců.
- Zavést jasná pravidla řešení krizových situací – stanovit postup a zodpovědné osoby.
- Systematicky kontrolovat kvalitu poskytované podpory a péče. Aktivně se zaměřovat na to, co se mezi lidmi odehrává.
- Průběžně sledovat a zaznamenávat psychický a fyzický stav člověka s MP – nejlépe z více zdrojů, nepodceňovat rizikové indikátory.
- Poskytovat adekvátní podporu, poradenství a osvětu v oblasti sexuality, informovat o možných rizicích a nebezpečích.
- Dbát na lidskou důstojnost a právo člověka na soukromí a tělesnou intimitu.

### **Opatření na úrovni státu:**

- Zabezpečit příznivé podmínky pro důstojnou péči a podporu jedince s MP v rodinách i v zařízeních.
- Zajišťovat lidské a materiální zdroje pro kvalifikovanou práci.
- Zvyšovat informovanost osob s MP v oblasti sexuality.
- Kvalitně budovat systém podpory a kontroly služeb.
- Zvyšovat povědomí veřejnosti o lidech s MP jakožto integrální součásti společnosti.

Uvedená opatření mohou pomoci snížit riziko výskytu sexuálního zneužívání osob s MP. Významnou součástí prevence je dostatečná informovanost a adekvátní sexuální výchova a osvěta. Daným tématům je podrobněji věnována další subkapitola.

## 1.7 Sexuální výchova a osvěta jedince s mentálním postižením

Oblast sexuální výchovy a osvěty je jednou z důležitých součástí komplexního rozvoje jedince s MP a jemu poskytované podpory. Pro vymezení pojmu sexuální výchova může být jistým vodítkem charakteristika vypracovaná **Světovou zdravotnickou organizací**. „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 zformulovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví.“ (Uzel, 1996, s. 62) Podle Täubnera (1998) je sexuální výchova vědecky koncipovanou strategií, jež rozvíjí a kultivuje vrozenou lidskou dispozici pro osobní život subjektu, pro jeho schopnost integrace do společenského systému a mezilidských vztahů v tomto systému. Podle **Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF), v souladu se Světovou zdravotnickou organizací (WHO)** sexuální výchova „představuje nejen přípravu na sexuální život, ale vychovává i k mezilidským a rodinným vztahům. Klade důraz na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí a prevenci sexuální kriminality. Řeší i psychologické a psychosexuální problémy spojené s každým partnerským soužitím.“

Podle Matějčka (1986) probíhá sexuální výchova ve třech rovinách, které jsou stupňovitě uspořádány. Jedná se o rovinu vztahu, vzoru a poučení (viz schéma 3).

1. **Rovina citových vztahů** – Rovina vztahu je výchozí pro všechny další, a proto je nejdůležitější a nezbytná. Citlivost a citovost, s jakou se dítě setkává už od svého nejútlejšího věku, se pravděpodobně promítne i v jeho pozdějším citovém a sexuálním životě. Vztah dítěte k sexualitě (a kvalita tohoto vztahu v období dospělosti) je podstatně ovlivňován láskou, s jakou je dítě přijímáno a s jakou je o ně pečováno. Stejně tak i tím, jak dítě svoje city samo vnímá, prožívá a projevuje. Bohaté citové zázemí a příznivé sociální vztahy mezi lidmi v prostředí, do kterého se dítě narodí a v němž vyrůstá, jsou v tomto smyslu největším vkladem do budoucna. Matějček (tamtéž) shrnuje a zdůrazňuje, že sexuální výchova začíná výchovou citovou a do ní také ústí.
2. **Sociální rovina** – Dítě si vytváří svůj vztah k sexualitě nejen na základě vlastních citových prožitků, ale také na základě sociálních zkušeností

získaných (naučených) ze svého okolí. Sexuálně motivovanému chování se dítě postupně učí na základě vzorů a modelů, které ho obklopují. Dítě nepřebírá pouze vzory, které jsou mu záměrně předkládány, ale spontánně vnímá vše, s čím se setkává. Sociální učení působí daleko silněji než záměrná výchova a vysvětlování. To, co člověk vidí, co sám prožívá a čeho se účastní, ho ovlivňuje nesrovnatelně více než to, o čem jen slyší a co je podepřeno rozumovou argumentací. Významnou úlohu v sexuální výchově mají sociální a sociosexuální vzory. Zvláště důležitou pozici zastávají ti, k nimž jsou děti vázány citovým vztahem, nejdříve především rodiče. Jejich chování je pro děti přímým, a zvláště působivým vzorem a příkladem k nápodobě.

3. **Rozumová rovina** – V rozumové rovině se dítěti dostává „sexuálního poučení“ ve formě informací, poznatků, znalostí a praktik, jímž se učí a které si postupně osvojuje, prohlubuje a zdokonaluje. Vysvětlení všeho, co souvisí s lidskou sexualitou, je velmi důležité, neboť poznání pomáhá dítěti správně se orientovat v okolním prostředí a porozumět světu, který ho obklopuje.

**Schéma 3** Schéma sexuální výchovy dítěte

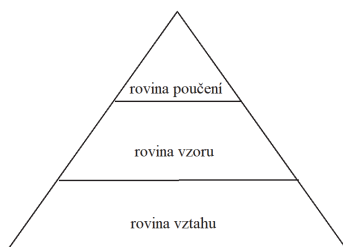


Schéma sexuální výchovy dítěte lze chápat jako pyramidu, jejíž nezbytnou základnu tvoří citový vztah. Na základnu citových vztahů navazují vzory chování. Citové vztahy a vzory (modely) chování vytvářejí oporu pro samotné sexuální poučení. Takto pojatá sexuální výchova je přirozená a stojí na pevných základech.

Hadj-Mousssová (in Vaníčková, 1999) vymezuje tři oblasti, které by měly být součástí **sexuálního poučení**. Jsou jimi:

- biologicko-hygienické poučení,

- poučení o sexuálním vztahu jako o jedné z podob vztahu mezi lidmi,
- pojmání sexuální výchovy jako prevence (sexuálního zneužití, sexuálně přenosných chorob atp.).

Sexuální výchova předpokládá dlouhodobé působení a systematický přístup. Nelze ji zúžit jen na informace a poučení z anatomie či fyziologie. Je nezbytné ji spojit i s působením v oblasti citové a mravní, s otázkami sexuální identity a pohlavní role, se vzory a vztahy, s přípravou člověka na partnerský život, na dialog s druhými, na komunikaci, zodpovědnost, na vzájemné spoluprožívání, řešení konfliktních situací atp. Předmětem sexuální výchovy je vedle získání základních znalostí odpovídajících objektivním potřebám každého jedince i soubor dovedností, návyků a systému hodnot a vzorců chování. Sexuální výchova by měla směřovat k akceptaci sebe i druhých, k uvědomění si své svobody a zodpovědnosti a ke schopnosti zharmonizovat vlastní potřeby. Erik Bosch & Ellen Suykerbuyk (2007) shrnují následující **cíle sexuální výchovy a osvěty osob s MP:**

- zprostředkování informací,
- posílení sebeuvědomění,
- vytvoření pozitivního obrazu sebe sama,
- navazování a udržování vztahů,
- zacházení s normami a hodnotami,
- pečování o tělo,
- prevence,
- prevence sexuálního zneužívání,
- prostor pro rozmanitost,
- odstranění strachů a tabu.

Autoři (tamtéž) se shodují, že cílem sexuální výchovy osob s MP je především povzbuzení sebevědomí a posílení vlastní sebehodnoty.

## Sexuální výchova a osvěta ve škole a v zařízení

Na sexuální výchově a osvětě většinou participuje více subjektů. V současné době převažuje **komplexní trend**, přiklánějící se k tomu, že sexuální výchova by měla probíhat **hlavně v rodině**, ale zároveň si uvědomující, že to není vždy možné. Jako ideální prostředí vystupuje **škola** (Täubner, 1996).

Výhodou školního prostředí je, že může působit dlouhodobě, kontinuálně a interdisciplinárně. Škola nejen vzdělává, ale i spoluutváří postoje jedince.

Sexuální výchova ve škole je obecně považována za nedílnou součást přípravy na budoucí život. Někteří odborníci (např. Täubner, 1996; Trávník, 2000) uvádí, že je primární podmínkou pro vyvážený a harmonický vývoj dítěte a mladých lidí, kteří se tak připravují na dospělý život (partnerství, intimní vztah, rodičovství).

Rozsah znalostí a dovedností žáků s MP z oblasti sexuální výchovy by se měl co možná nejméně lišit od intaktní populace. Žáci s lehkým MP jsou vzděláváni podle **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání** (RVP ZV), dle minimální doporučené úrovně pro úpravu očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření. Podle RVP ZV není sexuální výchova samostatným předmětem. Její prvky jsou zakomponovány do vzdělávacích oblastí: Člověk a jeho svět (vyučovací předmět *prvouka a přírodověda*), Člověk a společnost (*výchova k občanství*), Člověk a příroda (*přírodopis*), Člověk a zdraví (*výchova ke zdraví*) a do průřezových témat: Osobnostní a sociální výchova a Výchova demokratického občana (Kozáková in Valenta et. al., 2013).

Žáci se středním a těžkým MP, žáci s kombinovanými vadami a s poruchami autistického spektra (PAS) bývají vzděláváni podle **Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální** (RVP ZŠS), I. a II. díl. Ani v tomto programu není sexuální výchova samostatným předmětem. V RVP ZŠS je sexuální výchova zakomponována do vzdělávacích oblastí: Člověk a jeho svět, Člověk a společnost, Člověk a zdraví a do průřezových témat: Osobnostní a sociální výchova a Výchova demokratického občana (RVP ZŠS, 2008).

V edukaci žáků s MP je zapotřebí respektovat zejména **zásadu názornosti a přiměřenosti**. Pro zvýšení názornosti lze do výuky zakomponovat různé ilustrace, obrázky, fotografie, modely, reálné předměty či videa a využívat různé metody a formy práce (Kozáková in Valenta, Müller, et. al., 2013). V současné době je k dispozici množství materiálů a metodik, které lze v praxi uplatnit. Např. Venglářová, Eisner, et. al. (2013) uvádějí seznam 42 pomůcek, které jsou určeny k osvětě v oblasti sexuální výchovy osob s MP. Pedagogové tak mohou kromě učebnic využít dostupné filmy (např. film *O sexu, Masturbace*), obrazové publikace (např. box *Od hlavy až k patě, Listy sexuality*), speciálně upravené panny (např. detekční panenky *Eva*

a Vašek), anatomické modely genitálií či běžně dostupné zboží (např. kondomy, hygienické potřeby) atp.

Také pro pedagogické pracovníky existuje v oblasti sexuality a sexuální výchovy osob s MP množství metodických seminářů, workshopů, kurzů a nabídek dalšího vzdělávání. V České republice přibývají organizace, které realizují nejrůznější osvětové akce a které nabízí kromě vzdělávání a poradenství např. i podporu při zavádění Protokolu sexuality v prostředí školy atp. Podrobněji je dané oblasti věnována subkapitola 1.9 *Praktické aspekty realizace podpory v oblasti partnerských vztahů a sexuality*.

Významnou roli hraje i **osobnost pedagogického pracovníka**. Zejména je důležité, aby pedagog vzbuzoval přirozenou důvěru a aby v rámci výuky dokázal vytvořit takovou atmosféru, aby se žák neobávil dotazovat i na velmi intimní otázky (Štěrbová & Rašková, 2016). V některých školách zvou pro spolupráci **externí odborníky**. Z výzkumu Löfgren-Mårtenson et al. (2012) vyplývá, že polovina dotazovaných osob s MP by chtěla získávat informace od interních pedagogů, polovina spíše od externích odborníků.

Mnohé výzkumy upozorňují na **nízký počet hodin věnovaných sexuální výchově** ve školách, které vzdělávají žáky s MP (Leutar, Miholović, 2007; Schaafsma, et al., 2017). Sadková (2018) doplňuje, že sexuální výchova je spíše doménou 2. stupně ZŠ, a není zcela komplexní. Závěry studií rovněž uvádí, že **informovanost v oblasti sexuality** je u osob s MP **velmi nízká až nedostatečná** (Leutar, Miholović, 2007; Schaafsma, et al., 2017). Murphy (2003) poukazuje na to, že pouze polovina osob s MP, které se zúčastnily jeho výzkumu, měla sexuální výchovu. Thompson et al. (2016b) uvádí, že poskytování sexuální výchovy lidem s MP nebylo často vůbec řešeno, pokud nedošlo k problémům nebo incidentům v oblasti sexuality. Také Galea et al. (2004) poukazují na to, že lidé s MP, kteří se zapojili do jejich výzkumu, většinou neabsolvovali žádné formální vzdělání v oblasti sexuality. A i když absolvovali sexuální výchovu, tak do vzdělávání nebyly zahrnuty všechny podstatné oblasti, anebo informace, které byly účastníkům s MP prezentovány, nebyly pochopeny či zapamatovány. Servais (2006) uvádí, že znalosti lidí s MP jsou fragmentární, nepřesné a nekonzistentní. A to i v tématech ochrany sexuálního zdraví, pohlavně přenosných chorob, antikoncepce, těhotenství včetně narození dítěte a reakcí na sexuální zneužívání (Leutar & Miholović, 2007; Kijak, 2013). Gil-Llario et al. (2018) shrnují, že lidé s MP mají velmi předpojaté informace a že počet lidí, kteří mají pohlavní styk, je vysoký oproti počtu osob používajících ochranné a antikoncepční pomůc-

ky. Na nízkou úroveň znalostí v oblasti sexuality osob s MP ve srovnání s intaktní populací upozorňuje mnoho studií (Whitehouse & McCabe, 1997; McCabe, 1999; Thompson, 2001; Aunos & Feldman, 2002; Servais et al., 2002; Galea et al., 2004; Leutar & Miholović, 2007; Kijak, 2013; Bernert & Ogletree, 2013; Jahoda & Pownall, 2014). Welch & Clement (1996) uvádí, že neochota pracovat s lidmi s MP v oblasti sexuality a sexuální výchovy často vyplývá z nepodložených názorů o tom, že jim chybí dovednosti k tomu, aby zpracovali a transformovali informace do chování.

**Znalost sexuality** podle WHO (2007) zahrnuje různé oblasti (nejen) sexuálního zdraví. Jsou jimi znalosti o: těhotenství, sexuálně přenosných nemocech, sexuálních dysfunkcích, anatomii, antikoncepci, menstruaci, masturbaci, bezpečných a pozitivních sexuálních zkušenostech, vztazích, erotických pomůckách, sexuálních pocitech a prožitcích, pubertě a sexuálním uspokojení.

**Nízkou úroveň znalostí** osob s MP prokázaly studie v následujících oblastech:

- antikoncepce a sexuálně přenosné nemoci/infekce (Hall & Morris, 1976; Edmonson et al., 1979; Bender et al., 1983; Lindsay et al., 1992; McGillivray, 1999; Galea et al., 2004; Leutar & Mihoković, 2007; Healy et al., 2009; Lockhart et al., 2010; Kijak, 2013; Long et al., 2013),
- homosexualita (Edmonson et al., 1979),
- puberta, menopauza, bezpečné sexuální praktiky (Galea et al., 2004),
- pohlavní styk (Hall & Morris, 1976; Isler et al., 2009),
- menstruace (Garwood & McCabe, 2000; Galea et al., 2004; Isler et al., 2009),
- těhotenství a porod (Hall & Morris, 1976; Lockhart et al., 2010; Kijak, 2013),
- právní problematika (Galea et al., 2004; O'Callaghan & Murphy, 2007).

**Dobrou úroveň znalostí** osob s MP prokázaly studie v těchto oblastech:

- pohlaví (Konstantaas et al., 1997; Leutar & Mihoković, 2007),
- práce s částmi těla (Timmers et al., 1981; Szollos & McCabe, 1995; McCabe & Cummins, 1996; Galea et al., 2004; Lockhart et al., 2010; Kijak, 2013),
- ochranné chování, veřejnost a soukromí (Galea et al., 2004),

- líbání, držení se za ruce, randění, manželství (Edmonson et al., 1979; Timmers et al., 1981; Lockhart et al., 2010),
- pohlavní styk (Edmonson et al., 1979; Kijak, 2013),
- těhotenství a porod (Edmonson & Wish, 1975; Konstantareas et al., 1997; Galea et al., 2004; Leutar & Mihoković, 2007).

Je zajímavé, že témata, jakými jsou např. *pohlavní styk, těhotenství a porod*, se objevují v obou skupinách. Znamená to, že závěry některých studií prokázaly u osob s MP dobrou úroveň znalostí těchto témat, jiné naopak nízkou.

Schaafsma et al. (2017) uvádí, že do sexuální výchovy by měla být zahrnována i témata jako jsou online vztahy, sociální média, rodičovství a praktické kompetence související se sexualitou. Součástí sexuální výchovy by měly být nejen informace, ale i dovednosti v oblasti sociální, vztahové a také z hlediska prevence rizik sexuálně přenosných chorob či sexuálního zneužívání (Volfová, Kozáková & Velemínský, 2008).

Whitehouse & McCabe (1997) se zaměřili na **oblasti, ve kterých sami lidé s MP uvádějí, že potřebují více informací**. Závěry výzkumu poukazují na to, že více než polovina účastníků by se chtěla dozvědět více o antikoncepci, o seznamování a intimitě. Třetina účastníků by chtěla vědět více o AIDS, homosexualitě, manželství, masturbaci a těhotenství. Z výzkumu (Wilson & Frawley, 2016), který byl realizován mezi mladými muži a ženami s MP, vyplynula potřeba účastníků dozvědět se více o tom, jak realizovat sexuální vztahy. Dle dalšího výzkumu (Chivers & Mathieson, 2000) se lidé s MP chtějí více dozvědět o seznamování, randění a konverzaci.

Frawley & Wilson (2016) upozorňují na to, že mladí lidé s MP mají celkově **nedostatek informací a příležitostí učit se a prozkoumávat oblast sexuality**. Chtěli by zažít sexuální vztah, chtěli by o sexualitě hovořit, ale s někým jiným než s rodiči nebo se zaměstnanci. Mnoho vzdělávacích programů je však zaměřeno převážně na biologické funkce. Chivers & Mathieson (2000) uvádí, že důsledkem tohoto uchopení je, že intimita je oddělena od sexuálního vyjádření. Z důvodu častého kladení důrazu na fyzickou podstatu sexu, se poté neberou v potaz cíle, které se týkají rozvoje přátelství, zkoumání vlastní smyslnosti a potřeby intimity (tamtéž).

Jahoda & Pownall (2014) shledávají omezené znalosti v oblasti sexuality jako významnou bariéru pro optimální vývoj sexuálního zdraví osob s MP.

Galea et al., (2004) upozorňují, že v důsledku nedostatečné sexuální výchovy mohou být ohroženy znalosti osob s MP ve všech oblastech sexuality. To může mít za následek zvýšené riziko nákazy pohlavně přenosnými chorobami a větší riziko neplánovaných těhotenství ve srovnání s intaktními vrstevníky (Cheng & Udry, 2005; Lafferty, McConkey & Simpson, 2012). Důsledky nedostatečné nebo absentující sexuální výchovy, osvěty a podpory se mohou projevit také zanedbanými hygienickými návyky, předčasným pohlavním životem, hádkami a neshodami ve vztazích, neschopností vzájemně komunikovat, vést domácnost, hospodařit s penězi, vychovávat děti apod. Lafferty, McConkey & Simpson (2012) doplňují, že nedostatečná sexuální výchova se může odrážet i v negativnějších pocitech v rámci sexuality těchto osob.

Výzkumná studie autorů Dukes & McGuire (2009) poukazuje na to, že poskytování individuálně přizpůsobené sexuální výchovy/osvěty lidem s MP vede ke zvýšení jejich znalostí v oblasti sexuality a k přímému a měřitelnému (zjistitelnému) zlepšení schopností rozhodovat se v sexuálních vztazích. Ukazuje se, že kapacita není neměnná a může být zvýšena pomocí vhodných, individuálně přizpůsobených vzdělávacích programů o sexualitě. Obavy z nárůstu nevhodného sexuálního chování v důsledku vzdělávání o sexualitě nebyly potvrzeny.

Katz & Lazcano-Ponce (2008) vyzdvihují přínos **vzdělávacích programů v oblasti sexuality osob s MP**. Autoři zdůrazňují, že programy by měly být věkově přiměřené a neměly by se zabývat mentálním postižením, ale sexualitou jako běžnou součástí života člověka. Davies (2000) přibližuje projekt o sexualitě a vztazích z Velké Británie a Austrálie, který podporuje osoby s MP s cílem zlepšit jejich tělesné pocity a míru sebevědomí. Daný projekt zahrnuje jak podporu lidí s MP, tak i personálu v konverzaci o sexualitě a směřuje k větší humanizaci služeb a přístupu. Healy et al. (2009) spatřují školení v oblasti sexuální výchovy a podporu pozitivních postojů vůči sexuálnímu vyjádření jako rozhodující pro realizaci sexuální autonomie lidí s MP. Pendergrass et al. (2001) považují za užitečný nástroj pro poskytování informací o sexualitě také internet.

Servais et al. (2002) uvádí, že většina jedinců s MP, kteří se účastnili jejich výzkumu, měla sexuální výchovou buď ve škole (mladší 18 let) nebo ve službách, které navštěvují. Obecně lze říct, že uživatelé služeb ve věku nad 18 let více chápou hlavní otázky sexuálního zdraví a sexuální aktivity

ve srovnání se skupinou mladších 18 let. Také výsledky studie autorů Healy & McGuire et al. (2009) naznačují, že **sociální a sexuální povědomí se zvyšuje s věkem**. Ze závěrů studie vyplývá, že uživatelé služeb znají svá práva na sexuální vyjádření, zároveň si však uvědomují sociální a kulturní překážky k dosažení svých práv. Jsou si také vědomi sexuální a vztahové autonomie poskytované jejich sourozencům a vyjadřují nespokojenost s touto „nespravedlivou“ situací.

Murphy (2003) se domnívá, že postupující filozofický a teoretický model sexuality osob s MP vyžaduje „nasazení“ personálu, rodinných pečovatелů a školení uživatelů služeb. Shrnuje, že více školení pro všechny zúčastněné strany v oblasti sexuality může pozitivně působit směrem k sexuálnímu vyjádření osob s MP, může umožnit jejich sexuální autonomii a minimalizovat výstřední reakce na sexuální potřeby a projevy uživatelů služeb (Evans et al., 2009).

Odborníci se shodují na tom, že **průběžná podpora a vzdělávání v oblasti sexuality jsou nezbytné**, zejména s ohledem na sexuální zdraví, těhotenství, antikoncepci, bezpečný sex, zneužívání atd. Servais et al. (2002) uvádí, že sexuální výchova zlepšuje sociální a sexuální znalosti a rozhodování v oblasti sexuality (Dukes & McGuire, 2009). Murphy (2003) doplňuje, že sexuální výchova může napomoci lidem s MP zvýšit úroveň jejich znalostí a povědomí o sexuálním zneužívání.

Podpora a poradenství v oblasti sexuality může probíhat ve dvou základních rovinách. První rovinou je **všeobecně preventivní**. Tu lze realizovat individuální nebo skupinovou formou. Jejím cílem je poskytnout jedinci s MP adekvátní informace a praktické dovednosti z oblasti sexuality (např. různé vzdělávací programy a aktivity zacílené na vědomosti, dovednosti a zdravé návyky, na sociální a komunikační dovednosti, na citové prožívání, na psychosexuální chování atp.). Druhou rovinou je **individuálně preventivní**, případně **poradensko-intervenční**, která je zaměřena na podporu, pomoc a poradenství vyplývající z konkrétních potřeb a zákazek jedince s MP.

Významné místo v celém procesu poskytované podpory zaujímá rodina jedince s MP.

## Sexuální výchova a osvěta v rodině

Nejvhodnějším prostředím pro realizaci sexuální výchovy je dobře fungující rodina. V té je možné spojovat poskytování informací s praxí blízkého rodinného soužití. **Dítě** se může od nejútlejšího věku setkávat s modely mezilidských vztahů, být svědkem dělby rodinných funkcí a napodobovat jednotlivé vzory. V rodině získává citovou jistotu, která je potřebná pro orientaci v sociálních vztazích a pro schopnost se do nich zapojit. Pokud dítě obklopuje citově bohaté, laskavé a sympatizující prostředí, v němž se lidé mají rádi, vzájemně si projevují úctu, ohleduplnost, sympatie a jednájí s ohledem na potřeby a pocity toho druhého, tam dítě snáze tyto schopnosti získává. Spontánně se učí prožívat společnou radost i starost, dělit se o dobré i zlé, dávat i přijímat, porozumět, pomáhat a být oporou. Vhodné sociosexuální vzorce jsou nezbytné k tomu, aby se v životě člověka mohlo rozvíjet zdravé, integrované a citlivé sexuální chování. Dokáže-li být dítě v dětství dobrým kamarádem, je pravděpodobné, že bude v dospělosti nejen dobrým přítelem, ale i spolehlivým a nesobeckým životním partnerem, manželem a rodičem (Smolíková & Hajnová, 1997).

*„V dětství je sexualita chápána jako rozvoj fyzické a emocionální vazby k rodičům a ostatním členům rodiny“ (Lištiak Mandzaková, 2013, s. 58). Podstatné je, aby mezi rodiči a dítětem vznikl pevný vztah. „Chceme-li jako dospělí zažít šťastnou, naplněnou sexualitu, musíme jako děti prožívat pocit jistoty a bezpečí, a to i navzdory nutným hádkám“ (Sexuální výchova I., 1999, s. 76). „S matkou a otcem zažíváme naše první a nejpevnější vztahy. To, co jsme v tomto vztahu dostali, nebo čeho jsme se museli zříct, vyplave v pozdějších našich citových vztazích, a tím i v sexualitě, opět na povrch“ (Sexuální výchova I., 1999, s. 75). Základy sexuality dítěte rodiče kladou ještě mnohem dříve, než se vůbec začali otázkami sexuální výchovy zabývat. „Každý niterný pohled, každý něžný dotyk, každé utěšující slovo je sexuální výchovou. Vše, co dítěti dává pocit důvěry, jistoty a spolehnutí, je sexuální výchovou“ (Sexuální výchova I., 1999, s. 75).*

Když jedinec s MP **začíná objevovat sexualitu**, může se potýkat s řadou výzev a problémů. Podle Šedé (2004) si většina osob s MP se svojí sexualitou neví rady. Proto je důležité, aby jedinec našel ve svém okolí porozumění a měl dostatek podpory a adekvátních informací. Někteří rodiče však odkládají otázky sexuality s tvrzením, že na ně ještě není jejich potomek dost

zralý. Nebo mu předají knížku o sexualitě či předpokládají, že si informace najde na internetu. Někteří lidé s MP ale nedokážou sami číst nebo číst s porozuměním. Proto potřebují, aby informace, které se k nim dostanou, byly srozumitelné, přiměřené, názorné a konkrétní. Pokud jedinec s MP nenachází odpovědi na otázky sexuality ve svém blízkém okolí, od rodičů, pedagogů či pracovníků, hledá je nejčastěji u vrstevníků, kamarádů či na internetu. Zde je však riziko toho, že mnozí kamarádi mohou mít informace sami zkreslené, nepravdivé nebo z nedůvěryhodných zdrojů. A informace z internetu mohou být nereálné či jedincem nesprávně pochopené.

V souvislosti se sexuální výchovou osob s MP je důležitá **podpora rodiny a blízkých osob** (Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Rodiče nejednou čelí různým výzvám a obtížným situacím, jakými jsou např. masturbace potomka na veřejnosti, neobvyklé sexuální projevy či chování, přemíra důvěřivosti, snížená schopnost odhadnout riziko nebezpečí apod.

Rodiče většinou potřebují podporu k tomu, aby dokázali přijmout sexualitu svého potomka a jeho právo na přátelské a partnerské vztahy. Aby mu dokázali být oporou v učení se zacházet s přirozenými a vrozenými pudry sociálně akceptovatelným způsobem. A také aby byli schopni podporovat jeho sociální vztahy a chování směrem k partnerským způsobům, které jsou přijatelné sociálním okolím a společností, v níž jedinec žije.

Lištiak Mandzáková (2013) zdůrazňuje, že je nezbytné rodičům vysvětlit, že sexualita je součástí života jejich dětí a pokud není přiměřeným způsobem ventilována, může se projevit nevhodným chováním. Zároveň upozorňuje, že je nutné dítěti pomoci pochopit, jak se svou sexuální energií vhodně nakládat.

**Dospívání jedince s MP** většinou nastupuje v podobném fyzickém věku a probíhá obdobným způsobem jako u ostatních vrstevníků. Přináší výzvy, které souvisí s rozvojem pohlavní identity, sexuálního vyjádření, sociálních a intimních vztahů, dysfunkčních vztahů, hledání partnera, touhy žít společenský život a mít sociální zkušenosti nezávisle na rodičích apod. (Ward et al., 2003).

Puberta bývá jednou z „nejbouřlivějších“ etap v životě člověka. Období, kdy jedinec s MP začíná dospívat a probouzí se v něm zájem o partnerské vztahy, diskotéky, kluby, party atp., bývá pro rodiče obvykle velice náročné. Objevují se obavy z osamostatňování potomka, z přemíry jeho důvěřivosti,

z rizika zneužitelnosti, využívání atp. Rodiče si uvědomují nástrahy současného světa, a to jak toho fyzického, tak i toho virtuálního na internetu a sociálních sítích. Mohou se tak potýkat s obavami stran zranitelnosti a zneužitelnosti svého potomka a s tendencemi jej „ochránit“ před potenciálními nástrahami.

Podle Tepper (2005) může „mentální postižení“ vytvářet potřebu zvláštní péče, a to zejména od rodičů. V důsledku toho mohou mít lidé s MP snížené možnosti učení se z běžných sociálních situací a událostí, omezenější interakci s okolím a s vrstevníky. To může ovlivňovat rozvoj jejich společenských a vztahových dovedností, vytvářet pocity sociálního odmítnutí či nízké sebeúcty a přispívat k vysoké úrovni závislosti a k internalizaci negativních postojů k sexualitě.

Člověk s MP musí nejednou svoji sexualitu a vztahy rozvíjet uvnitř úzkého, regulovaného, společenského a soukromého života (Frawley & Wilson, 2016), kde navíc může být daná oblast předmětem neustálého dohledu a kontroly (Giami, 1987 in Pinheiro, 2004). Tím může vznikat velká sociální nezkušenost, která nemusí být přímo úměrná mentálnímu postižení. Všechny tyto faktory jsou pokládány za rizikové pro vznik pocitů frustrace a zvýšení rizika zneužitelnosti (Doyle, 2009).

Přestože je sexualita považována za integrální součást osobnosti a možnost jejího prožívání za přirozené právo každého člověka, ne vždy je okolí schopno plně akceptovat sexuální potřeby a projevy jedince s MP.

Rodiče se mohou celkově cítit v souvislosti se sexualitou svého potomka nejistí, mohou mít tendence ho ochraňovat, pomáhat mu a spolurozhodovat i o jeho vztazích. Tím může dojít k narušení vztahu nejen mezi potomkem a rodiči, ale také samotného partnerského svazku. Někteří rodiče mohou chápat probouzející se sexualitu jako „komplikaci“ a svými postoji ovlivňovat (brzdit) proces dospívání a osamostatňování. Pro některé rodiče může být obtížné přijmout už samotnou dospělost svého potomka a představu, že by mohl žít samostatně. Partnera mohou vnímat jako někoho, kdo se o jejich dítě bude starat. Mnozí lidé s MP uvádí, že jejich rodiče nechápou, že i oni chtějí mít partnera, vstoupit do manželství, nebo být sami rodiči.

Pro některé z rodičů může být intimní život jejich potomků nepředstavitelný. Vyjádření sexuality v nich může vyvolávat obavy (Amaral, 1994 in Pinheiro, 2004). Mohou se cítit nejistí v tom, jak reagovat na zájem o part-

nerský vztah a sexuální život, na přání partnerů bydlet společně, na otázky antikoncepce, na touhu založit rodinu apod. Na zplodění dítěte bývá často ještě i dnes nahlíženo jako na „chybu“ nebo „selhání kontroly“, kdy se situaci „nepodařilo uhlídat“.

**Popření dospělosti** je jednou ze sociálních bariér, s níž se mohou lidé s MP ještě i dnes setkávat. Zejména dříve byly tendence vnímat dospělé osoby s MP jako „věčné děti“ (Fitzgerald & Withers, 2013). To potvrzuje i výzkum (Azzopardi-Lane & Callus, 2014), který byl realizován prostřednictvím skupinových rozhovorů s 40 dospělými muži a ženami s MP, kteří navštěvují skupinu sebeobhájců. Výzkum dospěl k závěrům, že účastníci si jsou vědomi své sexuality, zároveň však poukazují na nedostatek soukromí a na častější kontrolu sexuálních projevů ze strany rodičů nebo pracovníků, na omezené finance a celkově na spoléhání se na podporu ostatních.

Závěrem lze shrnout, že situace je v každé rodině a v každém zařízení **individuální a nelze ji jakkoliv zobecnit**. Lze však sledovat, že postoje a přístup rodičů, opatrovníků i pracovníků se v současné době stále více posouvají směrem k větší otevřenosti, vstřícnosti a respektování dospělosti a individuálních potřeb jedince s MP (Kozáková, 2020).

Je zřejmé, že rodina je pro dítě a jeho vývoj nejpřirozenějším prostředím. Vždy je však důležité, aby měl člověk s MP možnost kontaktu nejen s rodinnými příslušníky, ale i s dalšími lidmi, s vrstevníky a s co nejširším společenským prostředím. Proto je významná a nezastupitelná i role dalších institucí, organizací, služeb a zařízení. Na možnosti ošetření partnerských vztahů a sexuality v zařízení je zaměřena další subkapitola.

## **1.8 Ošetření oblasti partnerských vztahů a sexuality v zařízení**

Oblast partnerských vztahů a sexuality má své místo v každém zařízení, které respektuje základní lidské potřeby a práva, mezi která patří i právo na soukromí, na vlastní prožívání sexuality, intimity a vztahů. Zařízení tím demonstruje, že přistupuje ke svým uživatelům jako k rovnoprávným členům společnosti a že má zájem jim poskytovat kvalitní služby, které budou vycházet z jejich individuálních potřeb.

Přestože se za poslední dvě desetiletí výrazně zvýšil respekt k sexuálním a vztahovým potřebám uživatelů a rozšířily se vzdělávací možnosti i množství informačních zdrojů a kvalitní literatury, nelze jednoznačně říct, že by již současný stav byl plošně zcela vyhovující. Ještě i dnes existují zařízení, ve kterých přetrvávají předsudky či tabuizace tématu, nebo ve kterých není poskytována podpora adekvátní potřebám uživatelů.

## **Změny v oblasti přístupu k problematice**

Pro možnost hlubšího porozumění současné situaci je důležité nejdříve přiblížit proces, kterým se daná oblast vyvíjela, co ji ovlivnilo a co souběžnému stavu předcházelo. V oblasti postojů a přístupu společnosti k lidem s MP, a potažmo i k partnerským vztahům, intimitě, sexualitě a sexuální osvětě osob s MP, došlo v posledních dvou až třech desetiletích k poměrně výrazným změnám a posunům. Ty jsou dány nejen vývojem sociálně kulturního prostředí společnosti, ale jsou také výsledkem souhry emočních, sociálních a kognitivních vlivů a postojů k lidem s MP a k sexualitě, jak vlastní, tak i ostatních.

V dřívějších obdobích žili lidé s MP úplně jiným způsobem, než jak je tomu dnes. Většinou bydleli mimo své rodiny ve velkých typech ústavních zařízení s dalšími lidmi s postižením dohromady, v separaci od intaktní populace a často i od osob opačného pohlaví. Typický byl oddělený izolovaný život, práce, volný čas i bydlení. V té době se o svěřence (chovance) staral v převaze zdravotnický, zejména ženský personál. Lidé s MP většinou neměli zkušenosti z reality běžného života, ze soužití obou pohlaví, chyběly jim přirozené podněty a prožitky významné pro rozvoj pohlavní identity. V takovýchto podmínkách bylo velmi obtížné si jen představit minimum soukromí pro partnerský vztah či sexuální život. Zaměstnanci, rodiče, odborná či laická veřejnost a okolí se většinou vůbec nezabývali tím, že by i lidé s MP mohli mít nějaké intimní či sexuální potřeby, nebo v dané oblasti potřebovat nějakou podporu.

*„Mentálně postižený by se měli spíš učit číst a psát, a ne jim ještě motat hlavu se sexem.“* (pracovník ústavu sociální péče pro osoby s MP).

*„Když se chceme o něčem takovém bavit, tak jdeme s klukama pryč, aby to nikdo z vychovatelů neslyšel. S nima se o tom moc nebavíme. To je neslušné. Když chci něco vědět, tak se zeptám někoho z kluků. Hodně věcí*

znám taky z televize.“, „S vychovatelama se o tom vůbec ne bavíme, oni by pak měli blbý kec.“, „Vždycky když se v televizi začnou líbat, tak nám to přepnou na jiný program a řeknou: ‚Na to se ne dívejte – to je blbost‘ a přepnou to na Kuřátka nebo na nějaký jinej dětskej pořad. Nemají to rádi, když se na takový filmy díváme.“ (dospělí klienti ústavu sociální péče pro osoby s MP).

Lidé s MP byli často vnímáni jako asexuální, jejich potřeby a projevy v oblasti sexuality nebyly brány v potaz, někdy byly dokonce potlačovány. Mnoho osob s MP žilo v sociální izolaci, nejednou i v permanentní citové deprivaci a sexuální frustraci. Sexuální osvěta byla považována za neopodstatněnou a zbytečnou.

Lidé s MP však ani v segregovaném prostředí nepřestávali být sexuálními bytostmi.

*„Když jsem dostal za úkol, abych šel vyměřovat ložní prádlo, chtěl jsem, aby mi poslali někoho na pomoc. Přišel Roman. Zavřel za sebou dveře a začal mě hladit... Potom mi začal sundávat tepláky a řekl mi, abych si lehl na postel. Měl jsem strach, že někdo přijde. Říkal jsem mu, ať přestane! Roman mě začal ujišťovat, že nikdo nepřijde, že zavřel dveře, a ať si lehnu...“,* uvádí klient ústavu sociální péče pro muže s MP.

Sexuální život se povětšinou odehrával formou autostimulace nebo sexuálních kontaktů mezi obyvateli zařízení. Nejednou se objevovaly i nátlakové sexuální aktivity či dokonce zneužívání. Možnosti navazování a vytváření partnerských vztahů byly omezené. S partnery mimo zařízení se lidé s MP povětšinou setkávali pouze na různých společných akcích, jako jsou např. výlety, zájezdy, rekreace, diskotéky, plesy apod., neměli mnoho příležitostí budovat vztah mimo „kontrolu“ okolí. Pokud nastaly nějaké „problémy“ v oblasti sexuality, bylo záměrem je „eliminovat“ prostřednictvím farmak, zvýšením fyzické aktivity, nebo snahami „odvést“ pozornost či „zaměstnat“ apod. S důsledky neřešení dané problematiky jsme se setkávali zejména v institucionálních podmínkách velkých kolektivních zařízení (Kozáková, 2002). Na četná rizika s tím související upozorňovalo mnoho odborníků z České republiky (Kozáková, 2002; Štěrbová, 2007; Bazalová, 2008; Venglářová & Eisner, 2013 a další), ze Slovenska (Mandzáková & Horňák, 2011; Mandzáková, Marková & Horňák, 2013 a další) i z ostatních zemí.

S velkokapacitními, někdy i s nekoedukovanými, typy zařízení se lze setkat ještě i dnes. V mnohých z nich stále žije společně více než 50 lidí s postižením v jednom areálu, někdy i odděleně muži od žen a s převa-

žujícími ženským personálem. Je zřejmé, že v takových podmínkách lze jen omezeně zprostředkovat realitu běžného života tak, jak ji zná většina ostatních lidí. Zúžené jsou i příležitosti sociálního učení z běžných sociálních zkušeností a možnosti přejímání rolí a přirozených vzorců chování. Whitehouse & McCabe (1997) v tomto kontextu uvádí, že právě vytváření smysluplných sociálních vztahů s lidmi obou pohlaví ovlivňuje sexuální znalosti lidí s MP, jejich postoje k sexualitě i celkovou pohodu a kvalitu života. Ve vědomí mnoha pracovníků nekoedukovaných zařízení přetrvávala obava, že by společný život mužů a žen přinesl problémy, narušení denního režimu, problémy s antikoncepcí, s otěhotněním apod. Zkušenosti z koedukovaných zařízení však ukazují, že obavy jsou nepodložené a že společný kontakt obou pohlaví přináší naopak pozitiva. Pomáhá snadněji zvládat požadavky společenského života, podporuje ohleduplnost, pokroky v sebeobsluze, v péči o osobní hygienu a zároveň je i přirozeným prostředím a modelem sociálního učení.

Studie, které se zabývají problematikou sexuálních potřeb lidí s postižením, dokládají, že osoby s MP mají o sexuální život stejný zájem jako ostatní (McCabe, 1993). Výzkumy potvrzují, že i v prostředí sociálních služeb sexualita osob s MP probíhala a probíhá. Její projevy však mohou být komplikované, pokud člověk s MP žije v systému, který nepodporuje sexuální vědomosti a vztahy, a pokud nezískal správné a přesné informace o sexualitě a sexuálních vyjádřeních (Mandzáková, Lištiak & Marková, 2013). Studie McCabe z roku 1993 uvádí, že lidé s MP žijící v institucionalizované péči mohou mít omezený rozsah sexuálního chování pravděpodobně i v důsledku potlačování jejich sexuálního vyjádření (McCabe, 1993). Studie zaměřená na sledování frekvence výskytu projevů sexuality zaznamenala častější výskyt realizace masturbace i pohlavního styku u klientů koedukovaných zařízení než u klientů nekoedukovaných zařízení (Mandzáková, Lištiak & Marková, 2013). Další studie (McGillivray, 1999) uvádí, že 82 % žen se středním MP žijících v koedukovaných zařízeních již zažilo pohlavní styk, zatímco v nekoedukovaných zařízeních prožila pohlavní styk pouze 4 % respondentek. Podle Conoda & Servaise (2008) hraje důležitou roli i stupeň mentálního postižení. To potvrzuje i Mandzáková (2011), která v závěrech výzkumu uvádí, že u klientů se středním MP se vyskytlo významně více projevů sexuality než u klientů s těžkým MP. Klienti s těžkým MP

projevovali svoji sexualitu pregenitálně, zatímco u klientů se středním MP byly zastoupeny i činnosti pohlavního charakteru. Masturbace se vyskytovala více u klientů s těžkým MP. K podobným závěrům dospěl i Kvasnička (1986).

Z výzkumu, který byl zaměřený na postoje odborných zaměstnanců k sexualitě osob s těžším MP v domech sociálních služeb na Slovensku (v roce 2011), vyplynulo nejednoznačné hodnocení sexuality odbornými zaměstnanci zařízení a nevyhraněnost postojů dotazovaných respondentů k sexualitě osob s MP. Výzkum zároveň poukázal na to, že většinová společnost v té době měla k pohlavnímu životu osob s MP v zařízeních sociálních služeb spíše odmítavý postoj (Lištiak Mandzákova, 2013). Podobně i průzkum z roku 2003 zjistil, že většinová společnost citové projevy u osob s MP spíše neakceptuje (Števková, 2003 in Lištiak Mandzákova, 2013).

**V současné době** se postoje k partnerským vztahům, intimitě a sexualitě lidí s MP v mnohém změnily. V České republice je toto téma již delší dobu řešeno, a to jak na vědecké úrovni teorie, tak na poli implementace do praxe. Proběhlo množství výzkumů, školení, vznikly četné studie a do praxe byly aplikovány hojné změny. Jednou z výchozích iniciativ byl i výzkum z roku 2005, který byl zaměřen na sexualitu osob s mentálním postižením v ústavech sociální péče (ÚSP) s celoročním pobytem v rámci celé České republiky (Kozáková, 2005). Výsledky výzkumu v té době poukázaly na množství rizikových, problematických a neřešených otázek a možných příčin a na vyvstávající potřebu se jimi intenzivně zabývat. Lze uvést, že daná oblast představovala jednu z nejproblematictějších oblastí z hlediska naplňování lidských práv občanů s postižením v daných typech zařízení.

V průběhu následujících let došlo k výrazným změnám a posunům. Ke zvyšování kvality poskytované podpory v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP významně přispěl trend deinstitucionalizace velkých pobytových zařízení a proces transformace. Odklon od „kolektivní“ péče byl úzce spjat právě s kvalitou života kladoucí důraz na hodnoty, jakými jsou důstojnost, sebeurčení jedince a zaměření se i na takové oblasti, jakými jsou sociální vztahy, partnerství a sexualita.

Současným trendem je poskytovat podporu a služby člověku s MP tak, aby mohl žít co nejsamostatnějším a co nejběžnějším způsobem života v přirozeném prostředí a mohl naplňovat i své potřeby v oblasti intimní

a vztahové. Vhodně poskytovaná podpora je jedním ze stěžejních prvků v procesu osamostatňování a přejímání rolí dospělého, včetně role partnerské a sexuální (Kozáková, 2015).

## Podmínky v zařízení pro práci se sexualitou

Právo na intimitu, soukromí, sebeurčení, autonomii, bezpečnost a umožnění prožívání vlastní sexuality je vyjádřením respektování základních lidských práv v životě člověka. Adekvátní přístup k oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality by měl být samozřejmou součástí poskytované podpory v zařízeních pro osoby s MP. Pracovníci by se měli učit porozumět sexualitě svých klientů, dodržovat etické principy poskytované podpory a péče a respektovat potřeby jednotlivce.

Další text se zaměřuje na některé z možností ošetření problematiky partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP. Navrhované oblasti podpory lze v obecné rovině aplikovat v nejrůznějších typech zařízení.

Dříve, než se začneme zabývat konkrétním ošetřením problematiky sexuality, zdůrazníme „adekvátní základy“. Těmi se rozumí možnosti a podpora člověka s MP žít co nejběžnějším způsobem života v jeho přirozeném prostředí. To se týká bydlení, využívání běžných komunitních zdrojů, služeb, nabídek zaměstnávání, volnočasových a společenských aktivit apod. Znamená to sociální začlenění do místní komunity, zapojení do běžného fungování společenského života a kontaktů, koedukovanost prostředí a poskytování služeb tak, aby měl člověk s MP i v pobytovému typu zařízení dostatek soukromí atp. Na první pohled se může zdát, že se jedná o oblasti, které s řešenou problematikou prioritně nesouvisí. Avšak úplně jinak bude žít a jinou podporu bude potřebovat člověk s MP, který např. žije v nekoedukovaném typu zařízení, kde tvoří personál převážně ženy a kde bydlí uživatelé na pokojích po třech a nemají obvyklý kontakt s intaktní populací ani s osobami druhého pohlaví než ten, který žije v koedukované komunitě a využívá běžně dostupných služeb. Možnost běžného fungování ve společnosti přispívá k rozvoji osobnosti každého jedince, vede k větší samostatnosti, motivuje k sebezrovnání a k sebezpečí a promítá se i do oblasti sexuality a partnerských vztahů. Z toho zcela jednoznačně vyplývá důleži-

tost pokračovat v transformaci existujícího systému podpory se záměrem přiblížení se co možná nejběžnějšímu způsobu života člověka s MP.

Na adekvátní základy navazuje **konkrétní ošetření problematiky** a připravenost organizace na poskytování podpory v oblasti partnerských vztahů a sexuality. V praxi se většinou jedná o stanovení pozice sexuálního důvěrníka /sexuálních důvěrníků, příp. koordinátora sexuálních důvěrníků, o proškolení pracovního týmu, kompetentních osob, vymezení přístupu v samostatném dokumentu (viz níže Protokol vztahů a sexuality), v rámci standardů kvality, metodik atp.

Ošetřením dané problematiky zařízení vyjadřuje uznání práva uživatele na sexuální život a na realizaci individuálních sexuálních potřeb, což by mělo být součástí každé kvalitní služby. Služba by měla být člověku s MP schopna poskytnout nebo zprostředkovat adekvátní odbornou, poradenskou a asistenční podporu a stejně tak i personálu by měla umožnit vzdělávání v dané oblasti. Bez konkrétně a komplexně zpracovaných zásad a postupů pro řešení otázek sexuality uživatelů v rámci poskytovaných služeb je pravděpodobné, že reakce zaměstnanců budou do určité míry ovlivněny jejich osobními postoji a přesvědčeními (Christian et al., 2001).

Mezi jednotlivými zařízeními existují ještě i dnes rozdíly v přístupu a ve vnímání partnerských vztahů a sexuality osob s MP. Stává se, že i uvnitř organizace panuje názorová nejednotnost. K tomu, aby se zařízení ve svých názorech ujednotilo, přispívá dokument, který většinou bývá nazván Protokol sexuality, intimity a vztahů.

## **Protokol sexuality, intimity a vztahů**

Protokol sexuality, intimity a vztahů (dále jen Protokol) představuje souhrn postojů, znalostí, odpovědností a norem, za nimiž si zařízení stojí a k nimž se hlásí.

V Protokolu většinou nalezneme charakterizován konkrétní přístup dané organizace k oblasti sexuality uživatel, kompetenční strukturu práce, míru zodpovědnosti pracovníků (stanovení klíčových pracovníků, sexuálních důvěrníků), vymezení spolupráce s ostatními odborníky, s rodiči, dále soubor metodik a pravidel specifikujících práva a povinnosti pracovníků i uživatelů atd.

Protokol je v každém zařízení jedinečný a vytvořený v rámci vzájemné diskuse. Má sloužit zejména nově příchozím pracovníkům a uživatelům (a jejich rodičům) k orientaci v tom, jaké postoje a strategie zařízení zaujímá v oblasti neintimních, intimních a sexuálních vztahů. Daná vnitřní pravidla jsou pro všechny závazná, řídí se jimi a dodržují je. Forma protokolu může být různá, důležitější než forma, je obsahová stránka a respektování potřeb a práv uživatelů.

Protokol poskytuje jistotu všem stranám, tzn. jak uživatelům, tak pracovníkům, tak i rodičům. Uživatelé a jejich rodiče jsou informováni o jednotlivých aspektech přístupu organizace k problematice sexuality. Stejnou míru jistoty dává Protokol i zaměstnancům organizace. Pracovníci tak vědí, jaký postoj zaujmout a jak v případných složitých situacích jednat a na koho se obrátit (Kozáková, 2004).

V jednotlivých typech zařízení a v různých zemích je tento souhrn zásad a postupů nazýván různě. „Např. V Holandsku, které má v této oblasti mnohaleté zkušenosti, je nazýván jako Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití. Někdy se též nazývá směrnicemi či pokyny pro personál, příp. tvoří část tzv. pracovní knihy. Rozhodující není název, ale obsah, na kterém by se měli podílet především pracovníci a vedení konkrétního zařízení. Základním cílem je vytvořit podmínky pro sexuální osvětu, poradenství a ochranu před sexuálním abusem.“ (Bednář, 1994, s. 28).

Protokol sexuality nemá jednotný vzor, který by byl platný pro všechna zařízení, neboť potřeby každého zařízení a jeho uživatelů jsou jedinečné. Je ale možné uvést modelové oblasti Protokolu sexuality, které mohou sloužit jako inspirace pro tvorbu dokumentu v daném zařízení. Členění do sekcí nebo oblastí je velice vhodné, neboť zjednodušuje orientaci v dokumentu. Např. Štěrbová (2007) vymezuje oblasti Protokolu sexuality na základě Regional Residential Services Society z roku 1998 následovně:

- sociosexuální vzdělávání,
- soukromí,
- masturbace,
- intimní pomůcky a materiály,
- informovaný souhlas,
- vrstevnické a přátelské vztahy,
- vzájemné sexuální vyjádření,

- regulace porodnosti,
- těhotenství a rodičovství,
- sexuálně přenosné nemoci,
- sexuální zneužívání,
- obtěžující sexuální chování.

**Protokol o vztazích, intimitě, sexualitě a sexuálním zneužití** by měl specifikovat:

- **postoje a přístup zařízení k sexualitě osob s MP a k podpoře v dané oblasti** – filozofie sexuality a postoje k ní, hodnoty a normy zařízení,
- **formy vztahů a sexuality, přístup a podpora** – základní charakteristika a vymezení, jakým způsobem budou informace předávány uživatelům a jakou podporu zařízení v dané oblasti poskytuje,
- **způsob řešení možných důsledků sexuality** – otázky antikoncepce, rodičovství, sexuálně přenosných chorob,
- **přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory** – formy kontaktu a důstojného zacházení, možnosti a hranice tělesné péče,
- **osvěta a prevence** – témata osvěty, prevence sexuálně přenosných nemocí, sexuálního zneužívání, podpora obranyschopnosti uživatele,
- **zodpovědnost pracovníků v oblasti sexuality** – obecná zodpovědnost všech pracovníků, odpovědnost vybraných pracovníků, funkce „intimního důvěrníka“, spolupráce s externími odborníky,
- **rodiče a zákonní zástupci** – aspekty vzájemné spolupráce,
- **postup při sexuálním zneužití** – postoj k sexuálnímu zneužití, podezření a hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora oběti, přístup k pachateli, spolupráce s odborníky,
- **preventivní politika uvnitř zařízení** – osvěta pracovníků i uživatelů.

Tvorba Protokolu sexuality není jednorázovou a krátkodobou záležitostí. Protokol bývá postupně upravován a stylizován dle aktuálních potřeb praxe. Poté je důležité jeho zavádění do praxe tak, aby se nejednalo pouze o „formalitu“, ale o „živý“ dokument. Je vhodné ho zpracovat ve dvou verzích, aby byl přístupný všem stranám. První verze je běžně psaná, ale i přesto jasná a srozumitelná a druhá je ve zjednodušeném jazyce s pikto-gramy či obrázky (Eisner, 2013).

Thorová & Jůn (2012) uvádí, že v rámci organizace APLA Praha (nyní NAUTIS Praha) jsou vytvářeny dva materiály. Prvním je Protokol vztahů, intimity a sexuality a druhým je Individuální plán daného člověka, ve kterém jsou zohledněny jeho potřeby mj. i ve vztahu k sexualitě. Mezi samotné oblasti protokolu řadí – tělesnou sexualitu a zdravotní, prostředí, postoje, normy a hodnoty, vztahy, zajištění bezpečí a formy vzdělávání klientů a personálu.

S vytvářením a zavedením Protokolu do praxe jsou v současné době nápomocny různé organizace, např. Freya, která navštíví zařízení, proškolí personál a následně poskytne i poradenskou pomoc při tvorbě daného dokumentu.

Prostřednictvím Protokolu sexuality má zařízení písemně ujednoceno, jakým způsobem přistupuje k jednotlivým aspektům sexuality a jakou podporu ve které oblasti poskytuje. To zajišťuje jednotnost a jistotu z hlediska konzistence přístupu všech pracovníků. Zároveň si každý pracovník musí i sám uvědomit své vlastní hranice a svoji pozici v poskytovaném systému podpory (viz dále Osa zapojení do práce se sexualitou), svoje postoje, schémata, normy a hodnoty, aby byl schopen adekvátně poskytovat podporu na základě potřeb, zájmů a představ uživatelů v souladu s postojem zařízení jako celku.

## Standardy kvality sociálních služeb

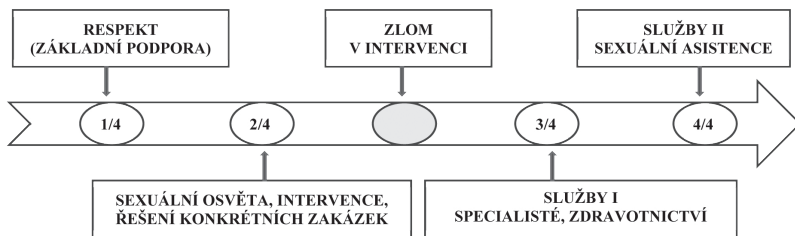
S ošetřením problematiky v zařízení sociálních služeb souvisí i **Standardy kvality sociálních služeb**, konkrétně standard o **Profesním rozvoji pracovníků a týmu**. Ze strany vedení by měl být pracovníkům umožněn dostatečný rozvoj, podpora, motivace a vzdělávání, které se odvíjí od potřeb uživatelů a trendů v sociálních službách. Dále pak má pracovník právo na konzultaci při řešení problémů s nezávislým kvalifikovaným odborníkem. Problematika partnerských vztahů a sexuality také souvisí se standardem o **Ochráně práv uživatelů sociálních služeb**. Jedná se především o ochranu osobní svobody, soukromí, ochranu před diskriminací a jakýmkoliv formami zneužívání. Pro zajištění těchto práv má zařízení vytvořena a definována vnitřní pravidla a zároveň i mechanismy nápravy pro případ zjištění porušení těchto práv jak pro uživatele, tak pro pracovníky.

Úkolem zařízení nikdy nebude naplnění sexuálních potřeb, avšak předmětem zájmu by měla být především osvěta, která bude lidem s MP rozšiřovat a nabízet možnosti. Dalším předpokladem je vzdělanost a zkušenost člověka, který tuto osvětu poskytuje. Jelikož jsou klienty lidé s MP, kteří jsou často snadněji zmanipulovatelní a zneužitelní, je nutná u tohoto pracovníka kritická sebereflexe a supervize (Eisner, 2013).

## **Zapojení pracovníků zařízení do práce se sexualitou uživatelů**

Připravenost dané organizace na poskytování podpory v oblasti sexuality jde ruku v ruce s připraveností pracovníků. Pro oblast sexuality a intimity lidí s MP by mělo mít zařízení proškolené pracovníky. Všichni pracovníci by měli obecně disponovat respektujícím postojem k vztahovým a sexuálním potřebám uživatelů. Několik pracovníků zařízení by mělo být na danou oblast zaměřeno zcela cílevědomě, včetně kontinuálního prohlubování odbornosti. Na tyto pracovníky se mohou uživatelé obracet se svými konkrétními zakázkami a řešit je. Stejně tak mohou zajišťovat podporu i ostatním zaměstnancům, včetně jejich případného proškolení. V jednotlivých zařízeních bývá tato funkce a role označována různě, většinou jako **sexuální nebo intimní důvěrník, intimní asistent, pracovník se sexualitou klientů** apod. Ideální je, pokud jsou v zařízení minimálně dva takoví pracovníci, nejlépe muž a žena. Tak, aby mužům mohl poskytovat podporu muž a ženám žena, nebo aby si uživatel mohl pracovníka vybrat sám. Pracovník, který s klientem pracuje, by měl být nejen podpůrcem, ale i průvodcem v dané oblasti života. Mělo by se jednat o osobu, která s uživatelem dokáže efektivně komunikovat, podporovat jeho práva, ale i povinnosti a reflektovat jeho sexuální a vztahové potřeby. Důležitou vlastností je i loajalita a ochrana jeho soukromí, což se úzce váže na práci se sexualitou. Každý pracovník by měl dobře znát svou roli, hranice vztahu a míru svých možností a dovedností v rámci kterých je schopen poskytovat uživateli podporu (Eisner, 2013). Míru zapojení pracovníka do práce se sexualitou uživatele přehledně znázorňuje následující osa.

**Schéma 4** Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou (srov. Eisner & Mikulcová, 2009)



Komentář k ose **zapojení pracovníka do práce se sexualitou uživatele** (viz schéma 4):

- V oblasti před osou se nacházejí pracovníci, kteří nepovažují práci se sexualitou jako součást své práce. Většinou mají postoj lhostejný (projevy sexuality přehlížíjí), příp. někteří negativní.
- První čtvrtina osy se vyznačuje *respektem pracovníků ve vztahu k sexualitě uživatelů*. Všichni pracovníci by v současné době měli disponovat respektujícím postojem k partnerským vztahům, intimitě, sexualitě a sexuální osvětě. Důležité je, aby si pracovník v tomto ohledu stanovil svoje hranice.
- Druhá čtvrtina osy představuje pracovníky, kteří v rámci své práce *dokážou řešit konkrétní zakázky uživatele*. Podpora by měla být poskytována pouze kompetentními pracovníky (sexuální důvěrník), kteří jsou schopni o problematice otevřeně hovořit, absolvovali potřebné vzdělání a určili si svoje hranice.
- Polovina osy označuje zlom v intervenci mezi prací formou podpory, osvěty, sezení, povídání nebo využívání pomůcek a *fyzickou přítomností u příslušného aktu* (nácvik masturbace, hygieny atp.). U dané formy podpory platí přísná pravidla. Pro zachování intimity a vymezení jasných hranic by práci za úrovní poloviny osy měl provádět pracovník či specialista z jiné organizace.
- Třetí část osy (Služby I) obsahuje *služby typu asistované soulože*, tedy služby, kdy asistent pomáhá při samotném aktu například nastavením polohy či pomáhá s kopulačními pohyby.
- Čtvrtá část osy (Služby II) představuje *služby sexuální asistence*.

## **Sexuální důvěrník**

Sexuální důvěrník je pracovník, který je na sexualitu v zařízení zaměřen a klientům v této oblasti poskytuje podporu. Pozice sexuálního důvěrníka je v zařízeních označována různě, např. sexuální důvěrník, intimní důvěrník, intimní pracovník, intimní asistent, pracovník se sexualitou, konzultant v oblastech vztahů a sexuality apod. Sexuální důvěrník je zaměstnancem daného zařízení. Věnuje se poradenství, vzdělávání a konzultacím v oblastech vztahů a sexuality uživatel, případně poskytuje podporu ostatním zaměstnancům, kteří v zařízení s klienty pracují. Tuto pozici nelze zaměňovat se službou sexuální asistence. Obě služby mohou v zájmu klienta spolupracovat. Tam, kde např. odborník vyhodnotí potřebnost sexuální asistence, může klientovi předat potřebné informace, dopomoci službu sjednat či ho doprovázet nebo na setkání edukací připravit.

V České republice funguje Unie sexuálních důvěrníků České republiky (dále jen Unie), která sdružuje odborníky v práci se sexualitou a vztahy lidí s postižením anebo organizace, ve kterých tito lidé pracují. Unie je organizována pod „Nebud’ na nule, z. s.“ – unie sexuálních důvěrníků České republiky. Unie pomáhá při vytváření a zavádění Protokolu sexuality v organizaci, při zakládání a koordinaci pracovních skupin sexuálních důvěrníků, při přístupu pracovníků k sexualitě v rámci poskytování sociální služby, při skupinové a individuální osvětě atp. Pracuje v rámci přístupu zaměřeného na člověka a používá nástroje plánování zaměřené na člověka. Více informací je dostupných na: <https://www.nebudnanule.cz/unie-sexualnich-duverniku/>.

## **Sexuální asistent**

Sexuální asistent/ka poskytuje nejen poradenství v sexuální oblasti, ale i sexuální služby za úplatu. Asistent/ka není zaměstnancem zařízení či organizací pro osoby s postižením. Jedná se o externí službu, na rozdíl od intimní asistence, která je realizována zaměstnanci zařízení či pomáhajících organizací. Do organizací, zařízení či domácností klientů dochází sexuální asistent/ka na základě kontaktování samotnými klienty, pracovníky pomáhajících organizací či rodiči. Sexuální asistent/ka se může klienta dotýkat – hladit jej, objímat nebo jít do sexuální interakce. Sexuální důvěrník (intimní asistent/ka v zařízení) tuto činnost v žádném případě vykonávat nemůže.

Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. „*Pomáhají lidem s postižením, seniorům, a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou. Sexuální asistenti/asistentky mohou edukovat nejen osoby s postižením, ale i rodinné příslušníky, pracovníky v zařízeních, mohou pracovat nejen s jednotlivcem, ale i s páry.*“ (dostupné na: <https://www.freya.live/cs/sexualni-asistence/o-sexualni-asistence>).

Sexuální asistence může být realizována formou aktivní, nebo pasivní.

- *Aktivní sexuální asistence* – pomoc při masturbaci, erotická masáž, sexuální styk, pomoc páru s postižením při sexu, při sexuálních polohách, při realizaci pohlavního styku, kopulačních pohybů apod.
- *Pasivní sexuální asistence* – edukace v oblasti bezpečného sexu, hygieny, sexuálních pomůcek, antikoncepce, rozpoznání fyzických rozdílů mezi pohlavími, povídání o sexu, obstarávání erotických pomůcek, zhlédnutí porno videa apod.

Služba sexuální asistence v České republice funguje od listopadu 2015. Organizace *Rozkoš bez Rizika* od té doby vyškolila několik sexuálních asistentek a asistentů pro práci s lidmi s postižením. Ti mají svoje webové stránky, dohledatelné na internetu. Sexuální asistence je komerční placená služba. Částka, která byla stanovená v České republice pro sexuální asistenty, kteří prošli výcvikem *Rozkoše bez Rizika*, je 1200 Kč na hodinu + výdaje za cestovné. „*Funguje to tak, že máte se sexuální asistentkou první pohovor, kde si řeknete, co a jak, jak si vše představujete, popovídáte si o možnostech atd. Za tuto schůzku zaplatíte 500 Kč. Pokud se rovnou domluvíte a hned po pohovoru si sexuální asistenci objednáte, zaplatíte dalších 1000 Kč, při další návštěvě 1200 Kč. Ceny jsou počítány za hodinu.*“, uvádí Tomáš Pik v rozhovoru o sexuální asistenci v ČR (dostupné na: <http://www.zijushandicapem.cz/>). Etický kodex sexuálních asistentek / asistentů je součástí Přílohy 2.

V souvislosti se sexuální asistencí probíhají různé diskuse etických, mravních a dalších otázek a dilemat. V počátcích se řešily zejména aspekty faktické realizace sexuální asistence a toho, jak umožnit přístup sexuálních asistentů k lidem, kteří by tuto službu chtěli využít a kde by tato služba měla být vykonávána. V současné době se tyto otázky již tolik neřeší. Existují např. Domovy pro osoby se ZP, kde umožňují přístup sexuálním asistentům přímo do zařízení. Ti jsou oslovováni buď na žádost samotných

osob s MP, nebo jejich rodičů, nebo na žádost personálu či vedení zařízení. V tomto kontextu odborníci (Gammino, Faccio & Cipolleta, 2016) upozorňují na riziko toho, kdy požadavek na sexuální asistenci může pocházet např. od rodičů apod., namísto toho, aby se jednalo o klientovo vlastní rozhodnutí.

Koncepčně není v České republice pozice sexuální asistence legislativně ukotvena. Právní aspekty, kritéria výběru asistentů, pojetí odborného výcviku i výše ceny služby se v každé zemi liší. Ve Švýcarsku, Rakousku, Německu, Dánsku a Nizozemsku je tato oblast právně upravena stejně jako prostituce. Prostituce i sexuální asistence, i když velmi rozdílné ve svém obsahu a záměru, jsou právně rovnocenné (Nuss, 2008 in Gammino, Faccio & Cipolleta, 2016). Ve Španělsku, Francii, Argentině, Velké Británii a Itálii, kde není prostituce právně upravena, se na politickém a vědeckém poli diskutuje o možnostech legitimace poskytování sexuálních služeb lidem se zdravotním postižením<sup>5</sup>. V některých zemích se sexuální asistence stává speciální službou či dokonce součástí výcviku některých poskytovatelů služeb. Zde ale profesionálové zdůrazňují, že musí existovat jasně stanovený rozdíl mezi sexuální asistencí a podpůrnými službami (Beaufils et al., 2012).

Sexuální asistence se stala tématem diskusí na vědeckém poli a postupně se dostala také do veřejných diskusí a různých médií. Kromě množství informací dostupných na internetu, se v České republice problematikou sexuální asistence zabývá např. dokument *Miluj mě, jestli to dokážeš*.<sup>6</sup>

## **Podpora směřovaná pracovníkům a rodinným příslušníkům jedince s MP**

Potřeba podpory v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty se netýká pouze samotných osob s MP, ale i těch, kteří jim poskytují podporu. Na důležitosti proškolení všech zúčastněných stran se shoduje mnoho odborníků (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Evans et al., 2009).

Výsledky studií ukazují, že lidé s MP potřebují v oblasti partnerských vztahů a sexuality podporu v široké škále záležitostí (Gallagher, 2011). Rodi-

---

5 Italská komise vytvořená pro propagaci sexuální asistence přišla poprvé v Evropě s návrhem právně odlišit prostituci od sexuální asistence.

6 Odkaz na oficiální trailer dokumentu *Miluj mě, jestli to dokážeš*: <https://www.youtube.com/watch?v=fv5x9ryjIHk>.

če, opatrovníci, pečující osoby a profesionálové někdy nevědí, jak reagovat a cítí se nepřipraveni řešit vyvstávající situace, nebo v nich mohou být konfrontováni s vlastními předsudky.

Je zřejmé, že mají-li zaměstnanci poskytovat člověku s MP podporu, je jejich proškolení zcela nezbytné (Gilmore & Chambers, 2010). Důležitá je také práce s rodiči a s ostatními blízkými či rodinnými příslušníky osob s MP (Katz & Lazcano-Ponce, 2008) a v případě potřeby jejich vzájemná spolupráce s pracovníky zařízení a s odborníky. Všechny strany potřebují podporu a přípravu zaměřenou na adekvátní přístup k sexuálnímu vyjádření jedince s MP a na případnou práci s negativními postoji (McConkey & Ryan, 2001).

S tím souvisí i **postoje společnosti a nejširší veřejnosti**. Ještě i dnes se můžeme setkat s přetrvávajícími mýty a předsudky. Pozitivním posunem je, že v České republice se objevuje stále více nejrůznějších osvětových akcí a mediálních kampaní, filmů pro nejširší veřejnost apod. Společnost si stále více uvědomuje, že všichni lidé mají tytéž základní potřeby, bez ohledu na přítomnost MP či bydlení v zařízení. Stále častěji se setkáváme se změnou postojů a s uváděním mýtů a předsudků na pravou míru. Široká společnost postupně ztrácí obavy z partnerských vztahů a sexuálního života člověka s MP, a dokáže mnohem častěji zaujmout reálný postoj. To má ve výsledku dopad i na prožívání partnerských vztahů, intimity a sexuality samotných osob s MP.

**Vzdělávání a podpora** v oblasti sexuality osob s MP se tedy týká těchto cílových skupin:

- *lidé s mentálním postižením,*
- *rodiče/pečující osoby/opatrovníci osob s MP,*
- *osoby pracující s lidmi s MP* – systematická pozornost by měla být zaměřena zejména na sexuální důvěrníky a na koordinátory sexuálních důvěrníků tak, aby byli schopni poskytovat podporu nejen lidem s MP, ale i jejich rodičům, ostatním pracovníkům atp.,
- *osoby připravující se na práci s lidmi s MP* – pozornost by měla být zaměřena zejména na budoucí pracovníky pomáhajících profesí, u kterých se předpokládá, že se ve své praxi budou setkávat s lidmi s MP,
- *nejširší veřejnost* – významné jsou osvětové akce, které jsou zacíleny zejména na postoje a práci s možnými přetrvávajícími předsudky atp.

Stevens et al. (1988) se domnívají, že vzdělávání v oblasti sexuality je důležité nejen pro klienty, ale i pro jejich rodiny a odborníky s nimi pracující. Z výzkumu, který realizovali McConkey & Ryan v roce 2001 vyplynulo, že pouze 12 % zaměstnanců a 8 % rodičů bylo adekvátně proškoleno. Výrazně více zaměstnanců, než rodičů projevilo do budoucna zájem o takovéto proškolení. (McConkey & Ryan, 2001). Gallagher ve své studii z roku 2011 uvádí, že přestože více než polovina zaměstnanců již absolvovala školení o sexualitě, tak současně uvedla, že by ráda získala další možnosti školení. To naznačuje, že buď bylo školení nedostatečné, nebo pracovníci nebyli úspěšní při řešení situací, kterým v praxi čelili (Gallagher, 2011). Anebo je téma natolik zaujalo, že by v něm chtěli pokračovat v rámci dalších seminářů ještě více do hloubky.

Pracovníci uvádí, že pociťují obavy, nejistotu a úzkost z důvodu nedostatečných kompetencí při řešení otázek týkajících se sexuality klientů. Abbott & Howarth (2007) se zamýšlí, že nedostatek zkušeností a znalostí by mohl mít dopad na úroveň ochoty při poskytování podpory v oblasti sexuality. Rushbrooke, Murray & Townsend (2014) doporučují, že právě podpora a školení by umožnily pracovníkům řešit otázky týkající se sexuality a vztahů, zvýšit sebedůvěru a snížit úzkost. Stejně tak i Yool, Langdon & Garner (2003) uvádí výcvik a školení jako prostředek, který by pracovníkům umožnil cítit se při řešení otázek sexuality jistější. Sami zaměstnanci se shodují na tom, že pokud je od nich požadováno, aby podporovali uživatele v oblasti sexuality, tak potřebují získat další informace. Závěry některých studií (Abbott & Howarth, 2007; Gallagher, 2011) však zároveň poukazují na to, že přestože byli zaměstnanci proškoleni v oblasti sexuality, tak nebyli při poskytování podpory nijak aktivnější. Obecně však lze konstatovat, že pracovníci, kteří absolvovali další vzdělávání, nebo odbornou přípravu, mají pozitivnější postoje k sexualitě osob s MP než pracovníci, kteří školení v oblasti sexuality uživatelů neabsolvovali.

Obecně však lze říci, že postoje pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s uživateli i postoje rodičů se různí. Tyto rozdílné pohledy, postoje a neochota poskytovat člověku s MP podporu v této oblasti mohou mít dopad na možnosti a podporu vyjádření vlastní sexuality u osob s MP (Shankla & Theodore, 2015).

Lafferty et al. (2012) ve své studii uvádí, že přestože stále více pracovníků se domnívá, že vzdělávání v oblastech sexuality je potřebné a důležité, mnozí z nich pociťují úzkost a rozporuplnost při diskusích o tématech se-

xuality a vztazích osob s MP. Rohleder (2010) konkretizuje, že většinou jsou to obavy, že poskytování sexuální osvěty povede k nevhodnému sexuálnímu chování. Schaafsma et al. (2014) doplňují, že důvodem neposkytování podpory může být i to, že si okolí myslí, že lidé s MP nejsou sexuálně aktivní, že nechtějí být vzdělávání v této oblasti, nebo že tyto informace nepotřebují. Pracovníci zase mohou mít pocit, že nemají dostatek znalostí a dovedností k poskytování sexuální osvěty.

**Základní vzdělávání v oblasti sexuality** osob s MP by měl absolvovat celý pracovní tým, a to i v případě, že nebude přímo poskytovat podporu v dané oblasti. Grieve & McLaren (2009) jsou přesvědčeni, že by všichni pracovníci s lidmi s MP měli projít odborným školením, prostřednictvím kterého by bylo možné pracovat s postoji.

Pozitivní je, že i v České republice se možnosti vzdělávání pracovníků i rodičů v dané oblasti stále rozšiřují. V současné době je nabízí několik společností a odborníků zaměřených na oblast sexuality osob s MP.

Vzdělávací aktivity, sexuální osvěta a sexuální poradenství mohou být realizovány buď přímo v zařízení nebo mimo něj. Může je provádět přímo pracovník zařízení, nebo je možné využít nabídky nejrůznějších společností nebo odborníků na oblast partnerských vztahů a sexuality. Obě varianty mají své výhody i nevýhody.

Vzdělávací aktivity by měly být realizovány nejen formou přednášek, ale také formou praktických ukázek, diskusí s možností sdílení a dotazování se. Metodicky je optimální založit tento proces na interaktivní skupinové a prožitkové formě práce, při níž je možné pracovat s postoji, s obavami a předsudky, navzájem si vyměňovat zkušenosti a reagovat na různorodé argumentace.

Důležitou součástí podpory zaměstnanců je také realizace supervize. Supervize může zkvalitnit poskytované služby, podpořit týmovou spolupráci a dodat pracovníkům jistotu a podporu při zvládání emočně a jinak náročných situací, se kterými se setkávají.

Vzdělávací programy by měly být rovněž zacíleny i na **rodiče osob s MP**. A to z toho důvodu, aby co nejlépe dokázali pochopit sexuální potřeby svých dětí, neobávali se projevů sexuality, a dokázali poskytnout adekvátní podporu. Takovéto programy by bylo možné organizovat např. v podobě několika večerních bloků, anebo jako součást programu různých pobytů, kterých se účastní rodiče spolu se svými potomky s MP atp. Klíčovým úkolem a cílem kurzů by měla být práce s postoji rodičů, podpora

budování a upevňování důvěry ve vlastní děti, v jejich schopnosti tak, aby dokázali postupně přijímat dospělost svých potomků a podělit se s nimi o povinnosti a zodpovědnost. Pro rodiče často bývá obtížné přijmout dospělost svých dětí a mnohdy potom i od pracovníků zařízení očekávají takový přístup. Vhodným řešením je mj. setkávání se s ostatními rodiči potomků s MP a v rámci toho i skupinová forma supervize.

Grieve & McLaren (2009) uvádí, že vzdělávací programy pro pracovníky a pro rodiče by měly zahrnovat zejména následující oblasti:

- Povědomí o různých postojích zaměstnanců k lidem s MP.
- Adaptivní způsoby podporující jedince s MP, aby se sami rozhodovali, s kým chtějí sdílet čas, nebo s kým by chtěli tvořit osobní vztah.
- Co je třeba udělat, pokud se domníváme, že klient může být využit či zneužit.
- Jak se mají zaměstnanci zachovat, pokud mají pocit, že ostatní zaměstnanci jsou příliš omezující či nespravedliví vůči klientovi nebo klientům.
- Práva osob s MP, specifické zásady a pravidla konkrétního zařízení.

Davies (2000) navrhuje pro školení pracovníků tato témata:

- Pochopení sociálního kontextu postižení.
- Práci s klienty, kteří potřebují informace formou alternativní komunikace či práce s tlumočníky.
- Problematiku pobytových zařízení.
- Znalosti o mentálním, tělesném, smyslovém a dalších kategoriích ZP.
- Anatomie a fyziologie.
- Lidské sexuální funkce.
- Použití erotických pomůcek.
- Posílení sebevědomí.
- Základní schopnosti naslouchat.
- Užitečné pozice pro usnadnění pohlavního styku.
- Rozpoznání zneužívání.
- Pochopení využitelnosti internetu při seznamování osob se ZP.
- Bezpečná manipulace.
- Etické otázky.
- Povědomí o homosexualitě.
- Právní otázky podpory sexuality a vztahů.
- Další.

Důležitou součástí podpory je také vydávání a distribuce různých informačních brožurek, letáků a materiálů pro rodinné příslušníky, pracovníky a veřejnost.

## **Podpora vztahových a sexuálních potřeb uživatel, sexuální osvěta**

Základním stavebním kamenem poskytované podpory je respekt k základním potřebám člověka a ke svobodě jeho rozhodování. Při poskytování podpory vždy vycházíme z konkrétní **zakázky, přání a potřeby** uživatele. Veškerá podpora by měla vést k tomu, aby uživatel mohl žít podle vlastních představ a na základě vlastních rozhodnutí rozvíjet a naplňovat své potřeby. Oblast intimních a vztahových potřeb uživatele bývá součástí individuálního plánování, na kterém uživatel aktivně participuje spolu s jeho klíčovým pracovníkem.

## **Podpora v oblasti sexuality jako součást individuálního plánování v sociálních službách**

Míra a forma podpory je u každého uživatele definována v individuálním plánu. Součástí individuálního plánování by měly být i natolik citlivé oblasti, jakými jsou **vztahové a sexuální potřeby**. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ukládá poskytovatelům sociálních služeb za povinnost **individuálně plánovat**. Mají povinnost „*plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.*“ (§ 88, písm. f zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Tuto povinnost dále rozvádí Standardy kvality sociálních služeb v rámci vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách.

Individuální plán má charakter smlouvy mezi zařízením a uživatelem a měl by jasně stanovit cíle, kterých chce klient dosáhnout. Je závazným

pro všechny pracovníky zařízení. Neexistuje nějaká šablona nebo nějaká předepsaná optimální struktura individuálního plánování pro zařízení sociálních služeb. Každé zařízení si ho vytváří podle vlastních potřeb. Optimální je, pokud mají pracovníci k dispozici více nástrojů, tedy více stylů pro individuální plánování a mohou využívat prvky z přístupu plánování zaměřeného na člověka i z plánování zaměřeného na výsledek, případně využívat situační přístup v duchu „tady a teď“. Prvky z plánování zaměřeného na člověka (např. mapování sociálních vztahů, nadání, vloh, představ o životě) umožní v sociálních službách větší citlivost k potřebám klientů.

Poskytování sociální služby musí sledovat jasný cíl – umožnit klientovi žít v maximální možné míře běžným způsobem, předejít jeho sociální exkluzi a začlenit jej do společnosti. Tento obecný cíl je při poskytování sociálních služeb převeden pro jednotlivé uživatele do tzv. *osobního cíle*. Ten představuje to, čeho chce uživatel prostřednictvím služby dosáhnout. Je nutné dbát na právo svobodné volby klienta, služba musí být přizpůsobena jeho individuálním potřebám a ne naopak.

Vytvoření a naplňování individuálního plánu je důležité i pro poskytovatele služeb. Všichni pracovníci jsou přesně informováni o tom, jak postupovat, čeho chce klient dosáhnout, co je cílem jejich práce. Stanovení a písemný záznam cílů usnadňuje kontrolu kvality a efektivity služeb. Základním předpokladem k tomu, aby individuální plán naplnil svůj cíl, je ochota všech pracovníků jej přijmout jako pomoc při vlastní práci a jako prostředek pro zhodnocení pokroku klienta.

Individuální plán je vytvářen ve spolupráci klíčového pracovníka a samotného klienta, popř. jeho zákonného zástupce. Zodpovědnost za tvorbu, realizaci a aktualizaci plánu nese klíčový pracovník klienta. Napláňované cíle musí být vlastními cíli klienta, úkolem pracovníka je poskytnout klientovi podporu při vyjádření jeho přání a při formulování konkrétních cílů. Při tvorbě programu je nutné vycházet z individuálních možností a schopností klienta.

Při vytváření individuálního plánu musí klíčový pracovník i klient vědět:

- čeho chce klient dosáhnout,
- jaké jsou možnosti klienta,
- jakými postupy dosáhne cíle,
- kdy by měl být cíl dosažen,
- jak lze poznat, že byl cíl dosažen.

Cíl musí být pro klienta významný, aby pro něj byl zároveň motivací. Dále musí být cíl konkrétní, musí jasně stanovit, čeho chce klient dosáhnout. Nelze stanovit cíl: „chci být šťastný“. U neurčitých cílů nelze ověřit, zda jich již bylo dosaženo. Také je nutné, aby byl cíl realizovatelný a dosažitelný v dohledné době. Obtížný cíl je lépe rozdělit na řadu dílčích cílů. Po stanovení doby by se měli sejit všichni zainteresovaní (uživatel, klíčový pracovník, příp. rodič, speciální pedagog, psycholog atp.), zhodnotit naplňování cílů, určit si cíle na další období a aktualizovat individuální plán.

Poněkud odlišná situace při vytváření individuálního plánu je u klientů s těžkým MP. Často se u nich objevují problémy s vyjádřením vlastního přání, s rozhodováním či potíže se samotnou komunikací. Někdy je velmi těžké najít cíl klienta, kterého by chtěl on sám dosáhnout. Proto je důležité najít vhodnou formu komunikace, aby se klient mohl sám vyjádřit. Pokud se tento krok nepodaří, podílí se většinou velkou mírou na jeho tvorbě, na formulaci přání a cíle zákonný zástupce klienta, rodič.

## 1.9 Praktické aspekty realizace podpory v oblasti partnerských vztahů a sexuality

Potřeba podpory v oblasti partnerských vztahů a sexuality je jednoznačně individuální. Primárně se odvíjí se od **konkrétní zakázky, přání a potřeb jedince či dvojice**. Člověk s MP potřebuje většinou podporu, aby dokázal porozumět vztahům, sexualitě, sám sobě i změnám, které provází jeho vývoj. Zároveň potřebuje podporu, aby mohl svoji sexualitu a sexuální identitu svobodně rozvíjet, prožívat a uvědomovat si rizika i vlastní zodpovědnost za své sexuální zdraví a chování a nepřekračoval přitom zákonné či sociálních normy. V sociálních službách se osoba s MP s podporou v oblasti sexuality může setkat zejména při individuální zakázce, nejednou až v důsledku nějaké komplikované situace. Se skupinovými programy pro ženy a muže s MP, kde by mohli sdílet své zkušenosti, názory či dotazy týkající se života ženy či muže, se většinou v České republice setkáváme jen výjimečně.

Obsahem a rozsahem by se sexuální výchova a osvěta osob s MP neměla lišit od intaktní populace. Jak však ukazují výzkumy, lidé s MP mají v oblasti sexuality stále méně znalostí a praktických zkušeností ve srovnání s tzv. intaktní populací. Už v roce 1995 na tuto skutečnost

upozorňovala studie autorů Szollos & McCabe. Autoři srovnávali znalosti a zkušenosti v oblasti sexuality mezi skupinou dospělých osob s MP a skupinou vysokoškolských studentů prvních ročníků. Prostřednictvím individuálních rozhovorů zjistili, že skupina lidí s MP má trvale nižší úroveň znalostí a zkušeností ve většině oblastech sexuality ve srovnání se skupinou vysokoškolských studentů. Výsledky výzkumu zároveň ukazovaly, že osoby s MP mají celkově více negativní postoje k sexualitě než osoby srovnávací skupiny (Szollos & McCabe, 1995). Stejně tak v roce 2013 dospěli Aderemi et al. k podobným závěrům, když realizovali výzkum mezi 300 účastníky s lehkým MP (123 žen, 177 mužů) a 300 účastníky bez MP (154 žen, 146 mužů) ve věkovém rozmezí 12 až 19 let. Metodou byl strukturovaný dotazník vytvořený autory. Dospěli k závěru, že účastníci s MP měli významně nižší znalosti o přenosu HIV ve srovnání se skupinou intaktních účastníků (Aderemi et al., 2013).

Důvodů nižší úrovně znalostí a zkušeností osob s MP v oblasti sexuality může být více. Jak uvádí autoři, mohou vyplývat nejen z obtíží s učením a uchováváním informací (Aunos & Feldman, 2002), ale také z nedostatečné sexuální výchovy (McCabe, 1999) a nedostatku informací o emocionální a psychologické rovině důvěrných vztahů (Thompson, 2001).

Je však důležité, aby se k lidem s MP dostávaly informace včas, v adekvátní míře a ve srozumitelné a praktické podobě. A to z hlediska obsahu, rozsahu i použitých metod a forem. Každý člověk má právo na to, aby jeho otázky byly zodpovězeny přiměřeně a pravdivě, aby měl dostatek informací a znalostí o svém těle, aby byl připraven na změny ve vývoji, na porozumění různým úrovním mezilidských vztahů atp.

### **Při komunikaci bychom měli dodržovat základní zásady:**

- respektovat osobnost jedince, vycházet z jeho individuálních potřeb a přání,
- přistupovat empaticky a trpělivě,
- zjistit úroveň dosavadních znalostí a zkušeností a na ně následně navázat,
- dávat najevo zájem o kontakt a poskytovat zpětnou vazbu,
- respektovat specifika v oblasti komunikace, artikulace i v porozumění řeči,
- užívat mimiku a řeč těla či prostředků alternativní a augmentativní komunikace, je-li to potřebné a účelné,

- neklást sugestibilní otázky,
- poskytovat dostatečný čas na reakci a odpověď,
- abstraktní pojmy a cizí slova vysvětlit, je-li nezbytné jejich užití,
- informace zpřístupňovat v krátké, konkrétní a jednoduché podobě,
- využívat nejrůznější didaktické pomůcky,
- prezentované informace pro větší srozumitelnost a zajímavost doplňovat vizuální oporou, např. fotografiemi, obrázky, videi atp.

**Sexuální výchova, osvěta a podpora** by měly vždy respektovat:

- individuální potřeby a přání jedince s MP,
- schopnosti jedince – intelektové, kognitivní, sociální, emocionální, schopnosti osvojovat si vědomosti, dovednosti a návyky atp.
- pohlaví, věk, období života – dětství, puberta, fertilní věk, klimakterium, období senia,
- prostředí, ve kterém jedinec žije (specifické vlivy prostředí) atp.

Z hlediska věku je důležité si uvědomit, že jedinec může mít v určitém čase různý biologický, mentální, sociální a sexuální věk.

- *Biologický věk* odpovídá počtu let, tělesnému růstu, vývoji (i sekundárních pohlavních znaků).
- *Mentální věk* odráží rozvoj kognitivních funkcí a schopností, orientaci v čase a prostoru, počítání, chápání příčinnosti, rozvoj sebeobsluhy apod. Při testování inteligence pojem mentální věk znamená, že jedinec získal ve standardním IQ testu stejný počet správných odpovědí jako průměrný člověk tohoto věku ze vzorku populace. Tvzení, že starší osoba s MR je jako osoba mladšího věku, nebo má „chápání“ mladší osoby, není korektním užitím tohoto pojmu.<sup>7</sup>
- *Sociální věk* zahrnuje různé stránky sociálního života člověka. Souvisí např. s úrovní kooperace, se schopností projevat pocity a potřeby, s dodržováním společenských pravidel a norem, se sociálními rolami atp.
- *Sexuální věk* souvisí s uvědoměním si pohlavní identity, s rolí muže a ženy, chlapce a dívky, odráží projevovaný zájem o druhou osobu,

---

<sup>7</sup> V dřívějších obdobích byl typický přístup k člověku s MP na základě jeho mentálního věku. Nebylo neobvyklé chováni se k osobě s MP jako k celoživotnímu dítěti bez ohledu na jeho chronologický věk a respektování potřeb dospělého.

o partnerský vztah, první dotyky, objetí až po realizaci pohlavního styku, touhu mít dítě a založit rodinu (Open Society Foundation, 2001).

Podle Bzdúchovej (2000) by neměl sexuální věk předběhnout věk psychologický/mentální a sociální. Při skupinové formě práce doporučuje zařazovat osoby s MP do skupin podle jejich individuální vývojové křivky tak, aby byli v rámci skupiny účastníci přibližně na stejném stupni mentálního, sociálního a tomu odpovídajícího sexuálního vývoje. To považuje za vhodnější než rozdělení podle fyzického věku, skupiny či třídy, jimiž jsou členy.

### **Základní východiska pro realizaci sexuální osvěty osob s MP**

- **Uvědomění si rizika zneužitelnosti neinformovaných osob s MP i v období dospělosti.** – Lidé s MP se velmi často i v dospělosti obtížněji orientují ve složitých situacích a snadněji podléhají vlivům jiných osob (vyšší míra důvěřivosti). Tělesné zraní také může být v rozporu s mentálním a sociálním, čehož může být zneužito. Jedním z účinných preventivních prostředků je právě informovanost a sexuální osvěta.
- **Sexualita je soukromou a intimní záležitostí.** – To také chceme lidem s MP předat a podpořit je v tom, aby takto ke svojí sexualitě přistupovali. Nelze to ale udělat jinak, než když budeme zcela otevřeně a názorně o sexualitě hovořit, tedy z ní učiníme určitým způsobem záležitost veřejnou, aby se obohacena mohla vrátit zpět do jejich soukromí, což není snadný úkol.
- **Sexuální osvěta by měla probíhat ve vzájemné spolupráci a v součinnosti s rodinou.** – Wolfe & Blanchett (2003) zdůrazňují spolupráci mezi facilitátory, poskytovateli podpory a péče (příp. školy), rodinou a účastníky programu.
- **Sexuální osvěta by měla vycházet z individuálních potřeb a respektovat možnosti uživatelů.** – Podoba poskytované podpory by měla vycházet z potřeb (a postojů) konkrétních osob s MP a respektovat úroveň emocionálních a kognitivních schopností. Nair & Sonny (2017) zdůrazňují, že je důležité **posoudit konkrétní znalosti, postoje, zkušenosti a potřeby** osob s MP před absolvováním výukového programu sexuality. Lidé s MP a jejich pečovatelé by se měli **podílet na tvorbě** materiálů pro výukové programy sexuality (Schaafsma et al., 2015) tak, aby se k člověku s MP mohly dostat informace např. ve snadno čitelné podobě apod.).

- **Při osvětě je třeba být konkrétní a názorní, využívat co nejvíce vizuální podporu.** – Sexuální osvěta by měla probíhat plánovitě, a nejen na verbální úrovni, ale s využitím množství pomůcek a praktických nácviků s budováním sociálních zručností. Pro zvýšení názornosti je efektivní doplňovat informace pomůckami vizuálními (piktogramy, obrázky, schémata, ilustrace, kresby, fotografie, modely, reálné předměty) a audiovizuálními (filmy, videonahrávky, videozáznamy). Vizuální podpora zvýší možnosti porozumění a zároveň umožní lidem s MP vyjádřit své pocity a postoje (Bell & Cameron, 2003). Na fotografiích a obrázcích lze také např. rozlišovat etapy vývoje člověka, nebo si účastníci mohou přinést vlastní fotografie a na nich demonstrovat, jak se člověk v průběhu svého života mění apod. Vhodné je pracovat se situacemi a ilustracemi z konkrétního života, uvádět příklady, které si člověk dokáže reálně představit. Konkrétnost a názornost souvisí i s užíváním explicitního jazyka. To může být v oblasti sexuality spojeno s rozpačky. Proto bývá podporovatel konfrontován s tím, že vyrovnaný vztah k sexualitě lidí s MP předpokládá vyrovnaný vztah k sexualitě vlastní.
- **Prezentovaná témata sexuální osvěty strukturovat a řadit ve smyslu-  
plném pořadí.** – Vhodné je začít méně intimními a emotivními aktivitami, aby se účastníci necítili ohroženi. Témata by na sebe měla logicky navazovat, tzn., např. tématům o rizikovém sexuálním chování a sexuálně přenosných chorobách musí předcházet témata o sexuálním aktu a způsobech ochrany atp.
- **Důležitá je objektivita informací.** – Ne vždy odpovídá obsah sexuální osvěty a postoje konkrétního zařízení mravnímu přesvědčení a osobním hodnotám všech pracovníků. V poskytované podpoře však musí být určitá stabilita a konzistence, proto musí všichni pracovníci respektovat smluvená pravidla (viz Protokol sexuality). I pracovník, který nesouhlasí s existencí určitého jevu, musí umět projevit respekt ve vztahu ke svému klientovi.
- **Postupovat přiměřenými kroky s následným opakováním a summarizováním řešených témat** a ponechat dostatečný prostor pro diskusi. Informace je třeba zpřístupňovat v krátké, konkrétní podobě a používat srozumitelné pojmy. Borowska-Charko et al. (2017) uvádí, že je neúčinnější, když se informace několikrát opakují.
- **Zvolit vhodné načasování a délku trvání setkání/lekce.** – Lidé s MP většinou udrží pozornost kratší dobu, je proto třeba zvolit adekvátní

délku trvání a vhodné načasování realizace lekce (z hlediska únavové křivky dne).

- **Zvolit vhodnou formu práce.** – Pro některá témata je příhodnější individuální, pro jiná skupinová forma práce. Je vhodné využívat předností jednotlivých forem práce (Craft et al., 1983 in Lindsay et al., 1992).
- **Zvolit vhodné metody práce.** – Žádoucí je využívat předností nejrůznějších metod práce a kombinovat je. Zároveň co nejvíce uplatňovat interaktivní formy práce, jako např. aktivní nácvik sociálních dovedností, hraní rolí, demonstrační metody se zakomponováním audiovizuální techniky, obrázků, fotografií apod. Poznatky a dovednosti by měly být předávány především praktickou interaktivní formou, např. aktivního sociálního učení nebo tréninku dovedností. Je vhodné využívat předností jednotlivých metod práce pro různá témata. Nácvik sociálních a praktických dovedností lze realizovat prostřednictvím metody hraní rolí, pomocí jednoduchých dramatických scének či pantomimy, navozením reálné situace, prostřednictvím hry a zážitku ze hry (inscenační a hrové metody). Např. hraní rolí podle připravených scénářů, nahrávek, reálných fotografií, osobních zkušeností osob s MP, diskuse, her, pracovních listů, letáků, plakátů a další postupy (Craft et al., 1983; Kempton, 1988 in Grieve, McLaren & Lindsay, 2006; Frawley et al., 2003 in Grieve, McLaren & Lindsay, 2006; Ward et al., 2013). Lze využít různé techniky, při nichž účastníci mohou současně vyjadřovat vlastní pocity a učit se prostřednictvím svých prožitků. Lze využít i neverbální přístupy. *„Neverbální intervence umožňují totiž poznání nejen na základě verbalizace a intelektového pohledu, ale nabízejí informace k osobnostnímu růstu primárně přes smyslovou a afektivní zkušenost.“* (Osvaldová, 2018, s. 16). Zakomponovat lze i dialogické metody (volný nebo řízený dialog), inscenační metody (námětové a rolové hry, aktivity s cvičnými mužskými a ženskými výukovými figurinami, u dětí hry s panenkami, s maňásky, s loutkami), pracovní metody a částečně i problémové metody (skupinové řešení problému, výběr vhodného řešení z vícera alternativ). Situace vyžadující písemný projev bývají u účastníků s MP méně oblíbené. Vhodné jsou i kresebné metody, např. kresba lidské postavy (oblečené, bez oblečení, obrys postavy s dokreslováním částí těla apod.). Využít lze i modelování z hlíny, plastelíny či písku – modelování částí těla a jejich umísťování na správné místo na figuře muže či ženy. Příhodné jsou realistické panny a modely s mužskými a ženskými

pohlavními charakteristikami, plakáty, kresby v životní velikosti apod. Také texty je vhodné upravit do podoby co nejsrozumitelnější lidem s MP (snadno čitelná podoba doplněná obrázky) apod. Je možné být kreativní a využít množství námětů a možností inspirace, které jsou v dnešní době volně dostupné na internetu.

- **Sexuální osvěta by měla být co nejvíce praktická.** Měla by zprostředkovávat nejen znalosti a informace, ale zejména praktické **dovednosti** (Bruder & Kroese, 2005), **vzdělávat „celou osobnost“** a rozvíjet schopnosti vytvářet a harmonizovat vztahy (Povilaitienė & Radzevičienė, 2009). Součástí by měly také být **modelové situace** (Egemo-Helm et al., 2007). Programy by měly být zaměřeny na **ochranu** sebe sama a na **posilování** schopnosti pozitivně prožívat vlastní sexualitu (Bruder & Kroese, 2005).

### Formy z hlediska počtu účastníků

- **Skupinová forma práce** má své výhody i nevýhody. Výhodou je to, že tak lze získat lepší přehled o úrovni znalostí, prožívání a přáních účastníků, téma může ztratit příchut „zakázaného ovoce“, termíny užívané v rámci sexuality se vyjasní a účastníci se snadněji naučí používat explicitní sexuální jazyk. Nevýhodou může být to, že některým účastníkům nemusí být skupinová forma příjemná či mohou mít obavy se před ostatními doptávat a dostávat se tak do větší hloubky.
- **Individuální forma práce** může navazovat na skupinovou. Bývá zaměřena na konkrétní specifické osobní záležitosti, otázky či problémy jednotlivých účastníků, při ostýchavosti či studu a kdykoliv o to účastník sám požádá.

Každému uživateli i pracovníkovi lépe vyhovuje něco jiného, proto je žádoucí, aby se při práci obě formy doplňovaly a byly využívány přednosti a výhody obou forem.

### Základní doporučení pro skupinovou formu práce

- Na **úvod** je důležité ve skupině navodit pohodovou a uvolněnou atmosféru, vytvořit vzájemný vztah důvěry a bezpečí.
- Optimální **velikost skupiny** se odvíjí od mnoha faktorů. Orientačně se uvádí, že u osob s lehkým MP by měla skupina zahrnovat cca 10–15 účastníků, u jedinců s těžším MP cca 3–5 lidí (srov. Bzdúchová, 2000).

- Nejdříve je vhodné se **dohodnout na základních pravidlech**, kterými se skupina bude řídit. Ideální je, když jsou pravidla vytvářena ve vzájemné interakci. Pravidla by měla zahrnovat reciproční důvěrnost, otevřenost, neznevažování názorů jiných, aktivní naslouchání, nepřekřikování se, harmonogram práce a přestávek, možnost každého účastníka kdykoliv odmítnout pokračovat v aktivitě, jestliže se cítí nepříjemně, nebo má pocit nejistoty či ohrožení atp.
- Při práci se skupinou **vycházíme z potřeb skupiny**, se kterou pracujeme a připravujeme témata odpovídající jejich zakázce. Při volbě obsahu je důležité vycházet ze zkušeností účastníků a jejich porozumění tématům. Proto je na začátku spolupráce důležité **zjistit aktuální stav orientace, informovanosti a přehledu účastníků v problematice**. Znalosti a zkušenosti účastníků mohou být různé a odvíjet se od mnoha faktorů. Např. od toho, v jakém prostředí jedinec vyrůstal či nyní žije, jakým vzděláním v průběhu svého života prošel, zda umí číst a psát, zda využívá internet, jak přistupuje k této problematice jeho rodina, škola, sociální služby, které využívá atp.
- I při skupinové formě práce je důležité uplatňovat **individuální přístup**. Způsob uchopení jednotlivých témat by měl co nejvíce respektovat individualitu jedince a jeho biologický, mentální, sociální a sexuální věk.
- Na **závěr** se doporučuje dát účastníkům prostor pro zpětnou vazbu a zhodnocení. Účastníci by měli komentovat, co bylo pro ně užitečné, případně čím by se ještě v budoucnosti potřebovali zabývat podrobněji. Vhodnou doplňkovou možností skupinové práce je návazná individuální práce s účastníky.

## Pomůcky

Pro sexuální osvětu osob s MP lze využít nejrůznější **názorné pomůcky**, kterých je v dnešní době k dispozici již poměrně velké množství, např.:

- **Reálné panny** – panny jsou často používanou praktickou pomůckou. Použít můžeme jakékoli panny, jen je důležité, aby se co nejvíce podobaly dospělému člověku a aby byly dostatečně velké.
- **Cvičné mužské a ženské výukové figuríny**.
- **Anatomické modely genitálií**, silikonové pomůcky zobrazující genitálie obou pohlaví.

- **Detekční panenky** (*Jája a Pája, Eva a Vašek, kluk a holka*), které mají všechny atributy lidského těla – primární i sekundární pohlavní znaky, oblečení včetně spodního prádla. Panenky slouží pro konzultaci s klientem, k zobrazení konkrétního sexuálního chování.
- **Simulátor péče o novorozence** – model pro výuku manipulace s dítětem. Model pro mateřské vzdělávání, chlapec/dívka. Panenka poskytuje výuku péče o novorozené dítě pro studenty i rodiče. Pohyblivá panenka může být použita pro výuku manipulace s dítětem, péče o pupečník a hygienu. Model má mírně otevřená ústa a umožňuje tak školení kojení. Velikost 50 cm, hmotnost 2,4 kg (dostupné z: <https://anatomic-kymodel.cz/ucebni-pomucky/lekarske-medicinske-simulatory/simulator-pece-novorozence-jarda/>).
- **Brožury pro osoby s mentálním postižením** – Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s. vydala v rámci projektu „Už vím! Srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením“ brožury ve snadno srozumitelné podobě. Sedm témat je určených pro osoby s MP, jedno je pro rodiče mladých lidí s MP.
  - 1. Gynekologická prohlídka.
  - 2. Těhotenství.
  - 3. Porod.
  - 4. Život ženy.
  - 5. Život muže.
  - 6. Láska, sex a já.
  - 7. Sexuální násilí.
  - 8. Jak na dospívání: Pro rodiče mladých lidí s mentálním postižením.
- **Pexeso – Sex a vztahy** (Skok do života, o.p.s.) – kartičky s jednoduchými kresbami zobrazují jednotlivé fáze vztahu. Účastníci se na nich učí, jaké projevy patří na veřejnost a jaké naopak do soukromí a jak vyjádřit, co se mi líbí a co naopak ne.
- **Sexbox „Od hlavy až k patě“** (Erik Bosch, Ellen Suykerbuyk, Nizozemí) – krabice obsahuje 100 velkých obrazových karet. Grafika je většinou počítačová, v některých případech doplněná reálnými fotografiemi. Součástí boxu je i metodika použití.
- **Listy sexuality** (Petr Eisner, Sylvie Mikulcová, Společnost Pohoda, o.p.s.) – jedná se o soubor 20 oboustranných obrazových karet s jednoduchými kresbami. Lze využít pro intervenci a osvětu, zahrnují témata rozlišení

ženského a mužského těla, procesu masturbace mužů i žen, používání kondomu, sexuálních poloh a sexuálního zneužívání.

- **Obrázkové pomůcky s popisem** – jedná se o soubor karet pro intervenci a osvětu, zahrnující témata rozlišení ženského a mužského těla, procesu masturbace mužů i žen, používání kondomu, rozpoznání sexuálního zneužívání, zobrazení milostných poloh.
- **Tužka a papír** – lidé s MP mohou na papír např. nakreslit obrys těla nebo se na velkém papíru obkreslit a červenou barvou vyznačit intimní místa, nebo do obrysu dokreslit konkrétní části těla apod.
- **Hraní scén** – hraní scén lze využít při tématech jakými jsou např. domlouvání schůzky, asertivní odmítání, řešení konfliktních situací či něčeho, co se mi nelíbí atp.
- **Animovaný film „O sexu“ a dokumentární film „Vztahy“** – jedná se o dva vzdělávací filmy pro lidi s MP z produkce Inventura, z. s. DVD obsahuje dva krátké filmy zabývající se sexualitou a partnerskými vztahy lidí s MP. Filmy mohou sloužit jako výchozí materiál k diskusi s lidmi s MP, jejich rodiči, personálem apod. (dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/aktuality/zaujalo-nas/animovany-film-o-sexu-a-dokumentarni-film-vztahy/>).
- **DVD Masturbace** – jedná se o dvě názorná instruktážní videa pro muže a ženy (zvlášť pro muže a ženy) s živými herci. Filmy popisují přirozené potřeby dospělého člověka, nezbytnost zajištění soukromí a hygieny pro masturbaci a samotný technický proces masturbace.
- **Běžně dostupné zboží** – např. kondomy, hygienické potřeby atp.

### Tematické oblasti

- **Podpora sebeúcty, sebedůvěry, sebevědomí, vlastní identity a pocitu vlastní hodnoty.** Uvědomování si role muže a ženy ve společnosti. Péče o zevnějšek, hygienické návyky, péče o vlastní tělo.
- **Rozvoj a zvyšování sociálních a komunikačních kompetencí.**
- **Vzájemné mezilidské vztahy, kamarádství, přátelství, partnerské vztahy, randění, intimita, manželství, rodičovství, heterosexuality, homosexualita apod.** Porozumění role přátelských, partnerských, rodinných a dalších vztahů v životě člověka. Osvojování a trénink sociálních zručností důležitých pro rozvíjení vzájemných vztahů s druhými lidmi, schopnosti rozlišovat jednotlivé formy vztahů, vztahy, ve kterých

nás druzí využívají či zneužívají. Procvičování sociálních kompetencí, které jsou nezbytné pro rozvíjení vztahů obecně. Pravidla společného soužití.

- **Identifikace částí těla, uvědomování si těla, pohlaví, mužské a ženské tělo** – uvědomování si vlastního těla a pocitů, které přináší, zvyšování sebedůvěry z něho, odlišnosti mužského a ženského těla, zdraví a bezpečí.
- **Dospívání, menstruace, poluce**, bio-psycho-sociální aspekty dospívání.
- **Sexuální aktivity, sexuální interakce, formy sexuality** (masturbace, nekoitální a koitální aktivity). – Vymezení společensky přijatelných projevů sexuality a chování na veřejnosti, identifikace intimní zóny, práce s vlastní intimitou a respektování intimity ostatních, identifikace příjemných a nepříjemných pocitů, hygienické zásady, soukromí, osvojování schopnosti odmítnout sexuální aktivitu, právo říci „ne“, prožitková a vztahová stránka sexuality, rovnocennost a dobrovolnost, sexuální praktiky, sexuální asistence, prostituce.
- **Sexuální zdraví, antikoncepce, sexuálně přenosné nemoci a HIV/AIDS** – lidé s MP potřebují nejen informace, ale i trénink potřebných zručností, jak být sexuálně zdravými a jak se chránit před sexuálně přenosnými chorobami.
- **Těhotenství, porod, rodina.**
- **Sexuální zneužívání, prevence** – orientace v tom, kdo je cizí, kdy jsou projevy náklonnosti adekvátní a kdy neadekvátní, jak se chránit před sexuálním násilím, sexuálním zneužíváním, včetně nácviu schopnosti vyjádřit svůj názor, dovednosti říct „ne“, zareagovat v případě nebezpečné situace, zastavit ji atp.

Gardiner & Braddon (2009) uvádí, že mezi **základní témata vzdělávacích programů o sexualitě pro dospělé osoby s MP** by měly patřit praktické otázky, definování sexuality, oblast hodnot, tělesný vzhled, sexuální vztahy, antikoncepce, těhotenství a rodičovství, manželství, pohlavně přenosné nemoci a jejich prevence (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Gardiner & Braddon, 2009), převzetí odpovědnosti za sexuální chování, homosexuální vztahy, nepřijatelné a kriminální sexuální chování (Katz & Lazcano-Ponce, 2008) a další.

Uvedeným tématům se lze věnovat záměrně v rámci nácviku sociálních dovedností, nebo se mohou objevovat v rámci individuální práce s klientem v jeho individuálním plánu, ve výčtu potřeb nebo jako jeden ze stanovených cílů. Konkrétní podoba a volba témat a podpory se vždy odvíjí od individuálních potřeb člověka s MP v oblasti vztahové a sexuální. Pokud účastníci žádné preference a zkušenosti nemají, lze využít např. ucelenou obsahovou koncepci, která zahrnuje všechna důležitá témata dle okruhů vytvořených Erikem Bosche & Ellen Suykerbuyk (2007):

- Co je sexuální osvěta a sex – v prvním bloku by měli účastníci porozumět tomu, čeho se budou setkání týkat. Také by mělo proběhnout vymezení pravidel dohody o průběhu, sdílení informací nebo mlčenlivosti.
- Lidské tělo – do tohoto okruhu spadají témata týkající se rozdílů mezi ženou a mužem, tělesného vývoje člověka, sexuálního dospívání u dívek a chlapců.
- Jak o sebe pečovat – péče o zevnějšek, péče o tělo.
- Hodnoty a normy – vzájemný respekt, téma hranic mých a hranic druhých, překročení hranic, zneužití.
- Autoři pokračují ještě dalšími body, které zde již vzhledem k prostorovému omezení neuvádíme a odkazujeme na příslušnou publikaci.

Bornman a Rathbone (2016) vytvořili **čtyři sociální příběhy**, které by mohly být použity jako součást vzdělávacího programu o sexualitě a vztazích pro osoby s MP. Autoři nejdříve zjišťovali mezi ženami s MP jejich znalosti a zkušenosti se sexualitou a vztahy. Z výzkumu vyplynula čtyři témata, o kterých se ženy s MP chtějí dozvědět (Bornman & Rathbone, 2016):

1. Objasnění rozdílů mezi romantickým vztahem a dalšími typy vztahů.
2. Jak se chovat v romantickém vztahu v mužské a ženské roli.
3. Jak se chovat ve vztazích, které nejsou romantické.
4. Vysvětlení, jaký typ chování a konverzace jsou vhodné v různých typech vztahů.

Na základě toho byly připraveny čtyři sociální příběhy. Ty se ukázaly jako účinná strategie ke změně cíleného chování, k poskytnutí informací a k učení vhodnému sociálnímu chování (Gray, 2003 in Bornman & Rathbone, 2016). Tyto příběhy jsou krátké, popisují činnosti a chování s nimi spoje-

né (Del Valle, McEachern & Chambers, 2001). Sociální příběhy mohou být úspěšně použity ve vzdělávacích programech o sexualitě a vztazích v zařízeních pro péči o dospělé osoby s MP s cílem vysvětlit jim pojmy týkající se sexuality a vztahů jednoduchým a srozumitelným způsobem.

Další výcvikový program byl speciálně navržen tak, aby jeho účastníci dosáhli lepšího pochopení, poznání, vzhledu a praktických dovedností v oblasti sexuality a sexuálního zdraví. Byly zde zahrnuty oblasti *definování sexuality, vztahy, hodnoty, praktické otázky, tělesný vzhled, sexuální vztahy, antikoncepce, těhotenství, pohlavně přenosné nemoci* a další. Program trvá šestnáct týdnů, přičemž každé sezení trvá dvě a půl hodiny jednou týdně. Program musí být přizpůsoben na míru každé skupině účastníků. Obsahuje spoustu praktických druhů cvičení. V programu je velmi málo využito psaní, a naopak obsahuje spoustu stříhání, lepení, hraní rolí, kreslení a obrázkových pomůcek. Zpětná vazba od samotných účastníků byla velmi pozitivní (Gardiner & Braddon, 2009).

Craft et al. (1983 in Lindsay et al., 1992) popisuje program zdravotní a sexuální výchovy pokrývající hlavní oblasti sexuální problematiky. Program je doplněn o fotografické snímky a o **hraní rolí podle scénáře**. Výzkum výše uvedených autorů potvrzuje užitečnost **vizuálních pomůcek**, jako jsou **obrázky, fotografie, videa a nahrávky**. Program *Life horizons slides* (snímky životních horizontů) je poměrně rozšířený program sexuální výchovy. Využité snímky se zaměřují na oblasti jako jsou cyklus sexuálního života, vztahy a manželství, společensko-sexuální chování, sexuální zneužívání, sexuální zdraví a pohlavní styk. Jsou zde využity **fotografie „skutečných“ lidí v „reálných“ situacích**. Tento program je pro osoby s lehčím MP považován za užitečný (Kempton, 1988 in Grieve, McLaren & Lindsay, 2006). Další program *Living safer sexual lives* (žít bezpečný sexuální život) zahrnuje video a detailní výcvikový balíček. Video jsou založena na **osobních a sexuálních zkušenostech třech lidí** s MP. Balíček obsahuje mnoho mluvených nebo psaných informací, a proto je vhodný spíše pro osoby s lehčím MP (Frawley et al., 2003 in Grieve, McLaren & Lindsay, 2006). Další „výukový balíček“ se zaměřuje na vzdělávání osob s těžším MP. Zahrnuje oblasti jako politiku organizace a pokyny pro zaměstnance pracujícími s lidmi s MP, školení zaměstnanců, osobní vztahy a sexualitu. Balíček je doplněn **scénáři a případovými studiemi**, které se používají k podpoře diskuse o tématech

sexuality. Doporučuje se zejména pro pracovníky, pečovatele a další osoby, kteří se zabývají oblastí sexuality u osob vyžadujících vyšší míru podpory (Down & Craft, 1999 in Grieve, McLaren & Lindsay, 2006).

Výukové programy sexuality pro osoby s MP obecně vyžadují, aby klient pochopil mluvený i psaný jazyk a často vyžadují zvládnutí abstraktního myšlení (např. při hraní rolí v konkrétních situacích). Většina programů obsahuje nějakou vizuální podporu, nicméně ve většině případů tato podpora nedostatečně zobrazuje a vysvětluje určité situace. Mnoho výukových programů nabízí dobře strukturované informační průvodce, jak poskytovat výuku, ale většinou neposkytují informace o validitě a reliabilitě jejich použití. Další problém lze spatřovat v tom, že není definována úroveň mentálního postižení osob, pro které je výukový program (případně samotný měřicí nástroj) určen. Z tohoto důvodu mají profesionálové nelehký úkol při výběru vhodného a přiměřeného výukového programu sexuality (Grieve, McLaren & Lindsay, 2006).

Závěrem lze shrnout, že výukové programy sexuality se stávají součástí poskytovaných služeb lidem s MP a většina autorů potvrzuje jejich význam (Craft, 1983 in Lindsay et al., 1992; Kempton, 1983).

První kapitola se snažila přiblížit základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP. Na tento teoretický vstup následně navazují další tři kapitoly, které prezentují výsledky výzkumu realizovaného v dané oblasti v prostředí základních škol a zařízení sociálních služeb pro osoby s MP v České republice.

# 2

## Kvalitativní výzkum v prostředí základní školy

**Petra Hermanová, Zdeňka Kozáková**

Záměrem druhé kapitoly je prezentovat vybrané výsledky kvalitativního výzkumu, který byl realizován v prostředí základní školy. Výzkum primárně zjišťoval, jak se k problematice sexuality a sexuální výchovy žáků s MP staví pedagogičtí pracovníci a žáci vybraných dvou základních škol speciálních (ZŠS) a základní školy zřízené podle § 16, odstavec 9 školského zákona č. 561/2004 Sb., vzdělávající žáky s lehkým MP, kombinovaným postižením a poruchami autistického spektra (dále také jen ZŠ zřízená dle § 16 odst. 9).

Žáci s MP potřebují v oblasti sexuality a sexuální výchovy získat informace a praktické kompetence stejně tak jako všichni ostatní. Není-li tomu tak, volí mnohdy neadekvátní informační zdroje, různě „zkouší“, učí se pokusem a omylem, nebo hledají rady u vrstevníků a kamarádů. Pokud nedokážou sami číst s porozuměním, nebo se pohybovat na internetu, bývají více odkázáni na podporu poskytnutou nejbližším okolím. Rodiče nebo opatrovníci častokrát sami nevědí, jakou formou informace týkající se sexuality dětem předat, případně na koho se obrátit. U některých rodičů žáků s MP se ještě i dnes můžeme setkávat s odmítavým postojem anebo s tendencemi přehlížet či potlačovat projevy sexuality svých dětí. Jejich potomci tak mohou být vystaveni nepochopení, rizikům souvisejícím s neznalostí v oblasti sexuality a s nenaplňováním jedné ze základních lidských potřeb. Je proto důležité, aby i škola zastala svoji úlohu a pedagogičtí pracovníci věděli, jakým způsobem k této oblasti života jedince s MP adekvátně přistupovat.

## 2.1 Cíle výzkumu

**Hlavním cílem** výzkumu bylo zjistit názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků a žáků s MP v oblasti sexuality a sexuální výchovy. A to v prostředí vybraných dvou základních škol speciálních a základní školy zřízené podle § 16, odstavec 9 školského zákona č. 561/2004 Sb.

**Dílčími cíli** bylo zjistit:

- názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků ve vztahu k realizaci sexuální výchovy žáků s MP na příslušné škole,
- úroveň znalostí, zkušeností a zdroje získávání informací u žáků s MP v oblasti sexuality,
- postoje rodičů žáků s MP k sexualitě a sexuální výchově jejich potomka pohledem pedagogického pracovníka.

Po operacionalizaci cíle byly formulovány tři **výzkumné otázky (VO)**:

VO 1: Jaké jsou názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků ve vztahu k realizaci sexuální výchovy žáků s MP na příslušné škole?

VO 2: Jaká je úroveň znalostí, zkušeností a zdroje získávání informací u žáků s MP v oblasti sexuality?

VO 3: Jaké jsou postoje rodičů žáků s MP k sexualitě a sexuální výchově jejich potomka?

Záměrem **první výzkumné otázky** bylo zjistit jaké jsou názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků ve vztahu k realizaci sexuální výchovy žáků s MP na příslušné škole a v rámci toho identifikovat:

- zařazení problematiky sexuality a sexuální výchovy do výuky, tzn., nakolik je daná oblast součástí školních vzdělávacích programů, zda je začleněna i v rámci uplatňování mezipředmětových vztahů, zda je její zařazení na příslušné škole dostatečné, zda jsou pořádány i nějaké další aktivity nad rámec výuky, například externí přednášky nebo besedy na téma sexuality, jaká témata by dle pedagoga měla být součástí sexuální výchovy a od jakého ročníku by měla být tato témata zařazována a zda by měla být sexuální výchova samostatným předmětem, vývoj postojů k problematice sexuality v posledních letech, zda nastaly nějaké změny z hlediska přístupu k sexualitě a sexuální výchově žáků s MP,

- materiální a prostorové podmínky školy, tzn., jaká je úroveň vybavení, zázemí, pomůcek a učebních materiálů, zda škola disponuje např. vymezeným prostorem, v rámci kterého žák nalezne soukromí, nebo v rámci kterého lze využít např. relaxačních a terapeutických pomůcek a technik, které mohou mít v tomto směru vliv z hlediska uvolnění napětí apod.,
- personální podmínky školy, tzn., zda škola disponuje odbornými pracovníky v dané oblasti (sexuální důvěrník apod.) a nakolik se sami pedagogové cítí být kompetentní v předávání informací v oblasti sexuality a v řešení situací souvisejících se sexuálním chováním žáků ve školním prostředí.

Záměrem **druhé výzkumné otázky** bylo zjistit, jaká je úroveň znalostí, zkušeností a zdroje získávání informací žáků s MP v oblasti sexuality.

Záměrem **třetí výzkumné otázky** bylo zjistit, jaké jsou (z pohledu pedagogických pracovníků) postoje rodičů žáků s MP k sexualitě a sexuální výchově jejich potomka a jaký je jejich zájem a ochota spolupracovat se školou v těchto otázkách.

## 2.2 Soubor a metodika

Vzhledem k tématu a vytyčeným cílům práce byl využit **kvalitativní design výzkumu**. Hlavní výzkumnou metodu bylo **polostrukturované interview**. Polostrukturované interview lze vymezit jako nestandardizované dotazování podle předem připravené osnovy (Miovský, 2006). Tato metoda umožňuje tazateli měnit pořadí otázek a dle situace přidávat další (Reichel, 2009). Díky své pružnosti umožňuje získání dalších doplňujících informací a zodpovězení řady otázek, které vyplynou až v průběhu realizace výzkumu. Metoda **individuálních rozhovorů** umožňuje přímý kontakt výzkumníka se zkoumanou osobou a nabízí možnost dovysvětlení jak ze strany informanta, tak i výzkumníka, což bylo užitečné zejména u rozhovorů s žáky. Poskytuje tak hlubší vhled do této citlivé problematiky, přináší větší autentičnost a možnost přiblížení se a porozumění postojům jednotlivých účastníků výzkumu. Dalšími výhodami je možnost získat osobní nebo důvěrné informace, sledovat verbální i neverbální reakce a tomu vedení rozhovoru přizpůsobit (Skutil, 2011), což je u takto citlivého téma-

tu velice dobře využitelné. Kromě individuálních rozhovorů byly vedeny i skupinové rozhovory, které žákům mj. pomohly zodpovědět řadu otázek. U vybraných žáků s lehkým MP byly doplňkově použity i strukturované dotazníky, které společně s individuálním rozhovorem vytvářely představu o získaných znalostech a zkušenostech v oblasti sexuality, o způsobu získávání nových informací a o míře zájmu o tyto informace.

**Data k analýze** byla získána doslovnou transkripcí rozhovorů do textové podoby. Následně bylo realizováno **otevřené kódování** dat. Miovský (2006, s. 219) popisuje kódování jako „*přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími významovými celky.*“ Pojmem kódování rozumíme operace, „*pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novým způsobem, což je ústředním procesem tvorby nové teorie.*“ (Miovský, 2006, s. 228) Transkribovaný text byl rozdělen na jednotky a každé jednotce byl přidělen kód. Kódy byly vpisovány přímo do přepsaného textu (metoda tužka a papír) a po opakovaných čteních revidovány a upravovány. Následně byla provedena kategorizace, tzn. byl vytvořen seznam kódů a kódy byly rozděleny do podkategorií a podkategorie následně do kategorií.

Vzhledem k povaze a citlivosti tématu byl výzkum veden jako **anonymní**. Informanti souhlasili s uvedením základních údajů, potřebných pro zpracování a validitu výzkumu.

První část výzkumu se týkala **pedagogických pracovníků**. Úvodní část rozhovoru zjišťovala pracovní zařazení (učitel, asistent pedagoga, metodik prevence, výchovný poradce nebo zástupkyně ředitele), kvalifikaci, délku praxe a charakteristiku třídy a žáků, u kterých pracovník působí. Rozhovorů se zúčastnilo celkem 14 pedagogických pracovníků:

- 5 učitelek 1. a 2. stupně základní školy zřízené dle § 16 odst. 9 školského zákona,
- 4 učitelky základní školy speciální, z toho 2 učitelky ze speciálních tříd pro děti s poruchou autistického spektra,
- 2 asistentky pedagoga,
- 1 metodik prevence, 1 výchovný poradce,
- 1 zástupkyně ředitele (ta poté zároveň reagovala na poznatky, závěry a návrhy, které z výzkumu vyplynuly).

Ze 14 dotazovaných pedagogických pracovníků je 11 plně kvalifikovaných v oboru speciální pedagogika, 2 kvalifikovaní asistenti pedagoga, jeden zároveň ve vysokoškolském oboru vychovatelství a 1 pedagog studující magisterský vzdělávací program speciální pedagogika. Délka praxe se pohybuje v rozmezí nejméně 1 rok, nejdéle 40 let pedagogické praxe v oboru. Díky tomuto rozsahu bylo možné porovnat i vývoj pohledu na danou problematiku v období posledních čtyřiceti let. S pedagogickými pracovníky byly vedeny individuální částečně řízené rozhovory. Základní témata a okruhy otázek byly předem připravené a během rozhovorů následně doplněné o další otázky a témata, která z rozhovoru vyplynula. Na závěr byl prostor pro volné vyjádření doplnění, myšlenek, zkušeností a otázek souvisejících s tématem sexuality u žáků s MP.

Druhá část výzkumu probíhala **u žáků s MP**. Před započítáním výzkumu byly obstarány souhlasy zákonných zástupců s účastí žáků na besedách, rozhovorech a ve výzkumu s následným anonymním zpracováním a publikováním dat. Všichni oslovení rodiče žáků souhlasili. V jedné třídě ZŠ zřízené dle § 16, odstavec 9 nebyli rodiče žáků osloveni z důvodu nesouhlasu třídního učitele s účastí na besedách a výzkumu na takto citlivé a intimní téma. Zúčastnění žáci uváděli své pohlaví a věk. Třídním učitelem byla doplněna třída, vzdělávací program a kategorie MP. Zúčastnilo se 25 žáků s lehkým MP vzdělávajících se na základní škole zřízené dle § 16, odstavec 9. Žáci byli rozděleni do několika skupin podle věku a kategorie MP. Toto rozdělení bylo nutné pro přizpůsobení metod výzkumu schopnostem, možnostem a intelektové vyspělosti žáků.

Rozdělení žáků ZŠ dle § 16 odst. 9 bylo následující:

- 1. skupina: žáci 5. třídy, lehké MP, věk 10–13 let. V 1. skupině se zúčastnilo 8 žáků, z toho 5 chlapců a 3 dívky,
- 2. skupina: žáci 6. a 7. třídy, lehké MP, věk 12–13 let. Ve 2. skupině se zúčastnilo 8 žáků, z toho 5 chlapců a 3 dívky,
- 3. skupina: žáci 9. třídy, lehké MP, věk 15–16 let. Ve 3. skupině se zúčastnilo 8 žáků, z toho 8 chlapců, žádná dívka.

U žáků 1., 2. a 3. skupiny byla zjišťována úroveň jejich znalostí, osobních zkušeností a míra zájmu o danou problematiku formou individuálního rozhovoru a strukturovaných dotazníků. V návaznosti na odpovědi v dotaz-

nících a individuální rozhovory byly uspořádány besedy na téma sexuální výchova a zdravý životní styl, během kterých měli žáci možnost, zeptat se na vše, co je v této oblasti zajímavé. U žáků 3. skupiny proběhl anonymní sběr otázek z oblasti sexuality, na které žáci chtěli znát odpověď. Za tímto účelem byla zřízena schránka důvěry, která byla přístupná po dobu 14 dní v prostorách třídy. Žáci do ní mohli vhadzovat jakékoliv dotazy související s tématem sexuality. V rámci besedy jim byly tyto dotazy zodpovězeny. Tyto otázky byly následně zpracovány a byl vytvořen seznam nejčastějších témat, která žáky v tomto věku zajímají.

Výzkum byl realizován v období únor až březen a září až listopad roku 2020. V období duben až srpen musel být přerušen z důvodu mimořádného uzavření škol. Zároveň musel být změněn průběh výzkumu a zúžen okruh základních škol, na kterých mohl být výzkum realizován, z důvodu mimořádných opatření v souvislosti s šířením onemocnění Covid-19.

## 2.3 Výsledky výzkumu

V rámci výzkumu nejdříve proběhla **analýza školních vzdělávacích programů** (dále jen ŠVP) příslušných škol, na kterých byl výzkum realizován. V rámci analýzy byla ve ŠVP vyhledávána témata související se sexuální výchovou a jejich zařazení do vzdělávacích oblastí s ohledem na minimální doporučené úrovně pro úpravu očekávaných výstupů v rámci poskytování podpůrných opatření, které jsou závazné pro žáky s lehkým MP, a s ohledem na očekávané výstupy určené pro žáky se středním a těžkým MP na základní škole speciální. Jednotlivé vzdělávací oblasti, obsahující sledovaná témata, byly vypsány v následujících podkategoriích.

### **Analýza ŠVP základní školy zřízené podle § 16 odstavce 9 školského zákona**

Z analýzy ŠVP základní školy zřízené dle § 16 odstavce 9 vyplývá, že problematika sexuality a sexuální výchovy je zařazena do několika vzdělávacích oblastí a probírána v několika vyučovacích předmětech. Dle ŠVP se jedná konkrétně o vzdělávací oblasti: *Člověk a jeho svět*, jejíž výuka je realizována ve vyučovacích předmětech Prvouka a Přírodověda, vzdělávací oblast *Člověk a společnost*, realizované ve vyučovacím předmětu Výchova k ob-

čanství, *Člověk a příroda*, realizované ve vyučovacím předmětu přírodopis a *Člověk a zdraví*, realizované ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví. Dále je zařazena v průřezovém tématu osobnostní a sociální výchova. Z rozvržení jednotlivých předmětů a témat, souvisejících se sexuální výchovou v rámci jednotlivých ročníků vyplývá, že jsou probírána spíše okrajově. Dle uvedených minimálních doporučených úrovní očekávaných výstupů je zřejmé, že při odpovídající časové dotaci, uvedené v ŠVP (ŠVP 2013), je velmi obtížné tyto výstupy naplnit, a to ideálně tak, aby byli žáci dostatečně připraveni na samostatný sexuální a vztahově plnohodnotný život, s dostatečným povědomím o míře souvisejících rizik. Vzdělávání žáků s diagnostikovaným lehkým MP se řídí minimální doporučenou úrovní pro úpravu očekávaných výstupů. Ve ŠVP (ŠVP ZŠ, 2013) jsou uvedeny následující **minimální doporučené úrovně pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření, související s tématem sexuality a mezilidských vztahů.**

### **Člověk a jeho svět – 1. období:**

- rozlišuje role rodinných příslušníků a vztahy mezi nimi, rozlišuje blízké příbuzenské,
- při setkání s neznámými lidmi se chová adekvátně,
- dodržuje pravidla pro soužití ve škole, v rodině, v obci/městě,
- rozpozná nevhodné jednání a chování vrstevníků a dospělých.

### **Člověk a jeho zdraví**

#### 1. období:

- uplatňuje hygienické návyky a zvládá sebeobsahu; popíše své zdravotní potíže a pocity; zvládá ošetření drobných poranění,
- pojmenuje hlavní části lidského těla,
- rozezná nebezpečí; dodržuje zásady bezpečného chování tak, aby neohrožoval zdraví své a zdraví jiných,
- chová se obezřetně při setkání s neznámými jedinci; v případě potřeby požádá o pomoc pro sebe i pro jiné; ovládá způsoby komunikace s operátory tísňových linek.

#### 2. období:

- uplatňuje základní znalosti, dovednosti a návyky související s preventivní ochranou zdraví a zdravého životního stylu,

- rozlišuje jednotlivé etapy lidského života,
- uplatňuje ohleduplné chování k druhému pohlaví a orientuje se v bezpečných způsobech sexuálního chování mezi chlapci a děvčaty v daném věku.

### **Člověk ve společnosti – 2. stupeň:**

- respektuje mravní principy a pravidla společenského soužití,
- uplatňuje vhodné způsoby chování a komunikace v různých životních situacích a rozlišuje projevy nepřiměřeného chování a porušování společenských norem,
- rozpoznává hodnoty přátelství a vztahů mezi lidmi a je ohleduplný ke starým, nemocným a postiženým spoluobčanům.

### **Člověk a příroda – biologie člověka – 2. stupeň:**

- popíše stavbu orgánů a orgánových soustav lidského těla a jejich funkci,
- charakterizuje hlavní etapy vývoje člověka,
- popíše vznik a vývin jedince,
- rozliší příčiny, případně příznaky běžných nemocí a uplatňuje zásady jejich prevence a léčby.

## **Analýza ŠVP základní školy speciální I**

Žáci se středním MP se vzdělávají podle ŠVP základní školy speciální I č. j. 227/2010 (ŠVP ZSS I, 2010). Ve ŠVP základní školy speciální I (ŠVP ZSS I, 2010) jsou témata týkající se sexuality a sexuální výchovy začleněna do následujících vzdělávacích oblastí: *Člověk a jeho svět*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Věcné učení, vzdělávací oblast *Člověk a příroda*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Člověk a příroda, vzdělávací oblast *Člověk a společnost*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Člověk a společnost a vzdělávací oblast *Člověk a zdraví*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Výchova ke zdraví. Dále je zařazena v průřezovém tématu Osobnostní a sociální výchova. Ve ŠVP ZŠ speciální I se témata sexuální výchovy jeví jako dostatečně zastoupená a směřující k naplnění osobních potřeb a co největší možné míry samostatnosti v běžném životě dospívajícího i dospělého jedince s MP.

## **Analýza ŠVP základní školy speciální II**

Žáci s těžkým a hlubokým MP se vzdělávají podle ŠVP pro základní školu speciální II č. j.: 228/2010 (ŠVP ZSS II, 2010). Ve ŠVP základní školy speciální II (ŠVP ZSS II, 2010) jsou témata týkající se sexuality a sexuální výchovy začleněná do následujících vzdělávacích oblastí: *Člověk a jeho svět*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Smyslová výchova, vzdělávací oblast *Člověk a komunikace*, realizovaná ve vyučovacích předmětech Rozumová a řečová výchova, vzdělávací oblast *Člověk a zdraví*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Pohybová výchova, *Člověk a práce*, realizovaná ve vyučovacím předmětu Pracovní výchova. Dle uvedených očekávaných výstupů, obsahu vzdělávacích oblastí a hodinových dotací pro jednotlivé vyučovací předměty se jeví jako dostatečně a četně zastoupená, se směřováním k praktickému využití a naplnění osobních potřeb v běžném životě dospívajícího i dospělého jedince s MP.

## **Výsledky rozhovorů s pedagogickými pracovníky**

Další část výzkumného šetření byla zaměřena na názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků, působících na základní škole zřízené podle § 16 odstavce 9 školského zákona a na základní škole speciální. Z individuálních polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo několik problematických oblastí a otázek.

## **Zařazení sexuální výchovy do výuky**

Znění první otázky položené pedagogickým pracovníkům školy v rozhovoru bylo následující: „Jak je na Vaší škole zařazena sexuální výchova do výuky a považujete toto zařazení za dostatečné?“ Při položení této otázky byly pedagogům předloženy výsledky první části výzkumného šetření, která se týkala analýzy školního vzdělávacího programu dané školy. Úkolem pedagogických pracovníků bylo zhodnotit, zda tomuto školnímu vzdělávacímu programu výuka odpovídá, zda je zastoupena ve všech vypsaných vzdělávacích oblastech a zda se žákům daří splnit uvedené úrovně minimálních doporučených výstupů u žáků s lehkým MP a očekávaných výstupů u žáků se středním a těžkým MP.

## **Základní škola zřízená dle § 16 odstavce 9 školského zákona č. 561/2004 Sb.**

Pedagogičtí pracovníci základní školy zřízené dle § 16 odstavce 9, vzdělávající žáky s lehkým MP, shodně uvádí, že výuka sexuální výchovy odpovídá školnímu vzdělávacímu programu. Témata jsou vhodně zvolena i rozvržena do jednotlivých období tak, aby byl žák veden k dosahování klíčových kompetencí. Nejvíce jsou zastoupena v předmětech Prvouka, Přírodověda, Výchova ke zdraví a Výchova k občanství. Především v posledních dvou letech školní docházky se probírají v rámci předmětu Výchova ke zdraví témata jako je kamarádství, rodina, péče o dítě, pravidla slušného chování, vztahy nebo manželství. V osmém a devátém ročníku je téma zastoupeno i v rámci předmětu Přírodověda, kde je probíráno lidské tělo. Dále je sexuální výchova zařazována v rámci uplatnění mezipředmětových vztahů a v rámci neformálních třídnických hodin.

Pedagogický pracovník č. 1 uvádí: *„Jelikož nemůžeme hovořit o sexuální výchově jako o samostatném vyučovacím předmětu, je zřejmé, že se témata, která jsou se sexuální výchovou spojena, objevují v různých vyučovacích předmětech od prvního ročníku. Nejobsáhleji se jimi zabývá výchova ke zdraví v 8. a 9. ročníku.“*

Zároveň však všichni dotazovaní shodně uvádí, že toto zařazení vnímají jako zcela nedostačující. Tři z deseti dotazovaných uvádí, že se tématům sexuální výchovy věnují i nad rámec ŠVP, a to především v rámci neformálních třídnických hodin, protože si to situace a chování žáků vyžaduje. Jako hlavní důvod nedostatečného zařazení sexuální výchovy do výuky uvádí především nedostatek časového prostoru, který zcela neodpovídá důležitosti a potřebnosti témat, souvisejících se sexuální výchovou a lidskými vztahy vůbec. Žáci s MP potřebují na zpracování každého tématu více času. Je zapotřebí poskytnout jim dostatečný prostor na pochopení a porozumění dané problematice. Výuku je třeba vést názorně, a to nejen z hlediska využití pomůcek a obrazových materiálů, ale velmi dobře se v těchto otázkách uplatňuje nácvik sociálních interakcí a životních situací, jako je například oslovování, navazování vztahů, respektování osobního prostoru, prevence před zneužitím, nácvik reakcí při nepřiměřených nebo nepříjemných situacích, způsob vyhledání pomoci, odlišení rizikového chování od bezpečného. Témat, která se sexuální výchovou souvisejí, je mnoho a pokud není čas a prostor je s žáky prakticky probrat, tak nejsou

žáky dostatečně pochopena a upevněna. Bohužel čas na takovou názornou a praktickou výuku v rámci hodinových dotací těchto předmětů není. Navíc tyto předměty neobsahují jen sexuální výchovu, ta je v nich zařazena pouze okrajově a za školní rok je potřeba probrat témat mnohem víc.

Pedagogický pracovník č. 2 uvádí: „*Pokud bychom předpokládali, že se podaří ve všech ročnících naplnit očekávané výstupy, tak pak by výuka dostačující byla. Reálně ale víme, že pokud se s žáky do takových témat pustíme, vyvstane okamžitě nepřeberné množství otázek, na které by bylo potřeba zodpovědně a citlivě odpovědět a na to už bohužel není ve vyučovacím procesu dostatečný prostor. Zároveň tak vzniká tlak na pedagogy, kteří řeší, co všechno by ještě bylo potřeba probrat a jak to udělat. Co oceňuji u pedagogů naší školy, je ochota věnovat se této problematice například v neformálních třídnických hodinách.*“

Pedagogický pracovník č. 7 uvádí: „*Popravdě jsme se o toto téma zajímali spíše se žáky se středním a těžším mentálním postižením. U žáků s LMP je toho velmi málo.*“

V rámci této otázky bylo zjišťováno a porovnáno zařazení témat sexuální výchovy do výuky v průběhu posledních let. Ačkoliv dříve nebylo téma sexuality tolik otevřené, jako je tomu dnes, tak výuka na tomto typu školy byla zcela jednoznačně zaměřena více prakticky. Dle výpovědí dotazovaných byl dříve věnován větší čas praktickému a pracovnímu vyučování, v rámci kterého byla možnost tato témata do výuky dle potřeby zařazovat a zároveň nebyl na učitele vyvíjen takový tlak, vyžadující splnění výstupů v mnoha teoretických předmětech. V období základní školy praktické, která byla od 1. 9. 2016 na základě novely školského zákona, upravujícího vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (§ 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb.), převedena na základní školu a byl zcela přepracován školní vzdělávací program, bylo vzdělávání celkově zaměřeno více prakticky, než je tomu v současné době. Dnes jsou na žáky kladeny vyšší nároky v rovině teoretických znalostí. Jako příklad neodpovídající časové dotace, která by mohla být využita lépe, kupříkladu právě ve prospěch sexuální výchovy, byla nejčastěji uváděna výuka cizích jazyků, které je na zkoumané škole věnována velká časová dotace. Od třetího ročníku mají žáci s lehkým MP tři vyučovací hodiny anglického jazyka týdně, od sedmého ročníku už je to pět vyučovacích hodin týdně, další dvě vyučovací hodiny jsou místo druhého cizího jazyka, který by už pro ně byl velmi těžko

osvojitelný. Časová dotace je tedy obdobná jako u českého jazyka a v některých ročnících dokonce vyšší než třeba u matematiky. Tuto hodinovou dotaci shledáváme poměrně nešťastnou a považovali bychom za mnohem přínosnější, využít ji právě ve prospěch jiných, potřebnějších, vyučovacích předmětů. Žáci s velmi častými deficity nejen v intelektových schopnostech, ale i v oblastech řeči, porozumění nebo žáci s poruchou autistického spektra, u kterých je nácvik sociálních dovedností velmi potřebný, by jistě mohli tyto hodiny využít lépe, například zvýšením hodinových dotací ve prospěch vyučovacích předmětů český jazyk, matematika nebo právě ve prospěch předmětů s převahou výchovného zaměření jako je sexuální výchova.

Pedagogický pracovník č. 2 uvádí: *„Rostu z toho, že v 8. třídě mají jen 4 hodiny matematiky, ale za to mají 6 hodin angličtiny. Přitom u našich dětí je jasně dané, že otázky primárních znalostí a orientace v životních situacích by měly být upřednostněny. To stoprocentně.“*

Ačkoliv ani před rokem 2016, kdy došlo ke změně ŠVP na základě novely školského zákona (zákon 561/2004 Sb. v platném znění), nebyla přímo sexuální výchova více začleňována ve školních vzdělávacích programech, díky již zmíněné vyšší časové dotaci pro praktické předměty bylo na tyto otázky více prostoru a učitelé měli větší možnost tato témata dle individuální potřeby zařazovat. Dříve bylo mnohem více hodin věnováno pracovnímu vyučování. Také předměty s převahou výchovného zaměření zaujímaly větší prostor. Z výpovědí informantů vyplývá, že je v současné době u žáků i učitelů vyvíjen velký tlak na získané teoretické vědomosti, ale málo na praktické dovednosti. Je potřeba zamyslet se nad tím, jaké skutečné potřeby mají žáci s MP z hlediska možnosti budoucího uplatnění, a to jak v pracovním, tak v osobním životě.

Pedagogický pracovník č. 3 uvádí: *„Pokud bychom porovnali, kolik prostoru bylo těmto tématům věnováno kupříkladu před deseti lety, zjistíme, že na ně bylo mnohem více času. Jedním z hlavních důvodů je změna v časové dotaci prakticky a výchovně zaměřených předmětů. Dnes tuto výuku z velké části nahradily předměty teoretické, kupříkladu výuka cizích jazyků. Nechci nijak snižovat potřebnou znalost cizího jazyka, ale z praxe je patrné, že u našich žáků, a i vzhledem k očekávaným minimálním výstupům, není předpoklad, že by cizí jazyk ovládali alespoň na základní komunikační úrovni a myslím si, že by mohl být tento čas využit lépe opět praktickým a výchovným směrem.“*

Pedagogický pracovník č. 4 reagoval na tuto otázku velmi obdobně: „Na základě vlastní pedagogické praxe si odvážím tvrdit, že cílem by mělo být především dosažení kompetencí v praktických činnostech, osobnostních kvalitách, schopnosti řešit běžné životní situace, poradit si v osobních, rodinných a intimních oblastech a věnovat se nácviku sociálních dovedností. To je to, co naši žáci z hlediska budoucího uplatnění nejvíce potřebují. A to se samozřejmě netýká pouze oblasti sexuální výchovy.“

Výchovný poradce, působící na této základní škole, uvádí další podstatných důvod, který hovoří pro navýšení prostoru a častější zařazení témat souvisejících se sexualitou a sexuální výchovou do výuky a to je, z praxe vyplývající, nedostatečná informovanost žáků z rodinného prostředí. Žáci s MP jsou rodiči často vnímáni i v období dospívání stále jako malé děti. Někteří rodiče si neuvědomují, že ačkoliv z hlediska kognitivních schopností, komunikace, celkového projevu nebo oblasti zájmu může žák působit jako o několik let mladší jedinec, tak sexuální dozrávání je většinou na stejné úrovni jako u žáků intaktních, někdy dospívá takový jedinec i dříve než jeho intaktní vrstevník. Dřívější dospívání je dokonce typické u některých typů kombinovaného postižení, například u Williamsova syndromu, u kterého je předčasná puberta jedním z typických znaků (Michalík, 2012). Právě z toho důvodu je potřeba věnovat se sexuální výchově, a tématům s ní souvisejícím, včas. Výchovný poradce uvádí: „I v dnešní době se často setkáváme s názorem rodičů, že jsou jejich děti na tato témata ještě málo připravené a nedostatečně vyspělé. Často se domnívají, že z důvodu snížení rozumových schopností nejsou schopni toto téma pochopit, z hlediska budoucnosti ho nebudou potřebovat a ani o něj nebudou projevoval zájem.“ Z výsledků výzkumného šetření u žáků s lehkým MP jednoznačně vyplynulo, že všichni oslovení žáci mají zájem se otázkami sexuality zabývat a řada z nich projevila vděčnost, že s nimi chce někdo na toto téma hovořit.

Kromě nedostatečné informovanosti z výše uvedeného důvodu je zapotřebí myslet i na žáky ze sociálně znevýhodněného nebo nepodnětného prostředí. Obzvláště v kombinaci s mentálním postižením zde vyvstává velká řada rizik. Ze zkušeností dotazovaných se těmito žáky často nedostávají informace žádné anebo nevhodně podané, například formou pornografie, která se ukázala v některých případech jediným, přitom zcela neadekvátním, zdrojem informací.

Výchovný poradce uvádí: „Na naší škole je také přítomno několik žáků, kteří pocházejí ze sociálně znevýhodněného nebo nepodnětného prostředí a těm se tyto informace od rodiny často nedostávají vůbec. Výsledkem je řešení nepříjemných situací. Nezřídka řešíme prohřešky typu osahávání mezi spolužáky, sexuální obtěžování, řešili jsme případ kyberšikany se sexuálním podtextem, několikrát jsme za poslední roky řešili pořizování intimních fotografií spolužáků, v minulosti byl řešen i případ zneužívání žákyně naší školy cizí osobou. Žáci s mentálním postižením jsou často velmi důvěřiví až naivní a stávají se snadnou obětí. Zažili jsme i případ těhotenství žákyně naší školy.“

Všichni dotazovaní pedagogové se shodli, že největší riziko nedostatečně zařazené sexuální výchovy do výuky, se týká především žáků s lehkým MP, kteří jsou v budoucnu schopni vést samostatný a plnohodnotný život, ale z důvodu snížení rozumových schopností jim často život komplikuje nedostatečná schopnost správného úsudku, odhadnutí situace a vyhodnocení rizik. Pedagogové vybrané základní školy mají zpětnou vazbu, že jejich žákyně mnohdy velmi brzy po odchodu ze školy otěhotní a zakládají rodiny. Především pedagogové s delší praxí na této škole uvádí, že se k nim často vrací děti jejich žákyň, a to po poměrně krátké době od ukončení studia. Shodují se v názoru, že zde hraje jednoznačně velkou roli nevědomost a neinformovanost z rodiny. V těchto rodinách je to často opakovaný jev. Mladé matky a jejich děti jsou opět mladými matkami a otci. V těchto případech by škola rozhodně měla zastat funkci zprostředkovatele informací. Nutno podotknout i důležitý fakt, že pro žáky s MP je samostatné vyhledávání potřebných informací mnohem složitější než pro žáky intaktní. Většina z nich potřebuje pomoci s porozuměním vyhledaným informacím, dodatečným vysvětlením, potřebují velkou názornost, kterou většinou běžné dostupné zdroje neposkytují. Zároveň většina pedagogů zdůrazňuje nespokojenost se zaneprázdněním předměty, které nejsou pro žáky s MP z hlediska budoucího uplatnění natolik přínosné, zatímco pro praktické a výchovné předměty včetně sexuální výchovy není dostatečný prostor. Na výpovědi pedagogických pracovníků měla možnost zareagovat zástupkyně ředitele školy zřízené dle § 16 odst. 9.

Zástupkyně ředitele školy uvádí: „Souhlasím s tím, že v současné době je na pedagogy vyvíjen velký tlak na výkon jak v přímé pedagogické, tak administrativní sféře. Zákonitě pak na úkor něčeho jiného. Ano, taková

*hodinová dotace pro anglický jazyk je u našich žáků opravdu neadekvátní. Zmenšením této hodinové dotace by vznikl poměrně velký časový prostor pro práci se třídou, např. i na téma sexuální výchovy nebo pro zvyšování digitální gramotnosti či pracovních dovedností.“*

Souhrnně lze tedy říct, že na vybrané základní škole zřízené dle § 16 odst. 9, se všichni pedagogičtí pracovníci shodli na nedostatečném zařazení témat sexuální výchovy do výuky, stejně jako na nespokojenosti s časovou dotací pro jednotlivé vyučovací předměty, která by byla potřebná jinde, kupříkladu právě u předmětů s převahou výchovného a praktického zaměření. Zároveň se respondenti shodli na výčtu rizik, z tohoto nedostatečného zařazení plynoucích, a na zvýšené potřebnosti výuky sexuální výchovy v rámci školy, a to především u žáků s lehkým MP. Z výpovědí respondentů je zjevná ochota se tímto tématem zabývat a přístupnost k možným změnám. Jako překážka je však vnímán nedostatek času a prostoru v rámci vyučovacích hodin, přeplněný vzdělávací obsah daný rámcovým vzdělávacím programem s nutností naplnit u všech žáků minimální doporučené úrovně očekávaných výstupů v jednotlivých předmětech, které jsou převážně teoreticky zaměřené, a to na úkor předmětů výchovných a praktických.

## **Základní škola speciální**

V další části jsou uvedeny zkušenosti a výsledky rozhovorů s pedagogickými pracovníky, působícími na základní škole speciální, vzdělávajícími žáky se středním a těžkým MP a žáky s poruchami autistického spektra se středním a těžkým MP. Situace na základní škole speciální se od situace na základní škole zřízené dle § 16 odst. 9 z důvodu odlišné skladby žáků s těžšími typy mentálního postižení, tak i z důvodu odlišného školního vzdělávacího programu, velmi liší.

Všichni dotazovaní pedagogové z obou vzdělávacích programů základní školy speciální shodně uvádí, že u žáků se středním i těžkým MP jsou témata sexuální výchovy **dostatečně zastoupena** a mají na ně dostatek **času i prostoru**. Žáci se těmito tématům věnují nejen na úrovni znalostí lidského těla a rozdílů mezi mužským a ženským pohlavím, ale zároveň i z hlediska dodržování zásad o intimním prostoru a o činnostech, které patří pouze do soukromí. Žáci jsou vedeni k adekvátním sexuálním návykům a vhodnému chování. Od počátku jsou podporováni v co největší možné samostatnosti v oblasti osobní hygieny. Zároveň se učí rozlišovat

různé úrovně mezilidských vztahů. Učí se, co je to rodina, láska, kamarádství a jaký je mezi těmito vztahy rozdíl. Vše je přizpůsobeno individuálním rozumovým schopnostem jednotlivých žáků, stejně jako jakákoliv jiná výuka na této škole.

Pedagogický pracovník č. 6 uvádí: „Už od 1. ročníku se s žáky věnujeme oblastem osobní hygieny, dále jsou postupně seznamováni s vlastním tělem a základními rozdíly mezi mužem a ženou. Věnují se i rizikům kontaktu s cizí osobou. Postupně s přibývajícím věkem, přibývají i potřeby žáků, a to včetně těch sexuálních. Obzvláště u žáků s těžkým mentálním postižením dochází často k pohlavní vyspělosti velmi brzy, což se váže k typickým symptomům řady kombinovaných postižení.“

Pedagogický pracovník č. 8 uvádí: „V plánu je sexuální výchova začleněna dostatečně. U některých žáků ji ani natolik nevyužijeme, obzvláště u těch s těžšími formami mentálního postižení, tam kolikrát zůstáváme u rozlišení ženy a muže, zamilují se a mají svatbu, čekají dítě. Do větších detailů někdy ani nezacházíme. Čemu se ale věnujeme opravdu často a intenzivně je sexuální chování, co mají a nemají na veřejnosti, nebo třeba ve třídě před ostatními, dělat. To je velmi potřebné.“

Z rozhovorů s pedagogickými pracovníky vyplynulo, že na základní škole speciální se tématům sexuální výchovy věnují dostatečně, zařazují je často a mají na ně během vyučovacích hodin dostatek času. Pedagogové jsou s tímto zařazením spokojeni a případně jim zcela optimální a dostačující. Z příjemné atmosféry během rozhovorů i otevřenosti respondentů bylo zřejmé, že jim je toto téma blízké, jsou schopni a ochotni o něm otevřeně hovořit, řešit s žáky jejich potřeby a věst je k tomu, aby mohli vést důstojný intimní život, odpovídající jejich schopnostem a potřebám. Kromě náplně a obsahu školního vzdělávacího programu, který se zaměřuje především na schopnosti a dovednosti v oblasti osobní hygieny, navazování kontaktů se známými i cizími osobami, rozeznávání vztahů, vyhodnocování rizik nebo na základní znalosti o jednotlivých částech lidského těla a jejich fungování, je velká pozornost věnována právě i osobním a momentálním potřebám žáků. Nácvik vhodného chování k sobě i k druhým, vedení k opatrnosti a správné hygieně při uspokojování osobních sexuálních potřeb a k zajištění soukromí. V tomto ohledu jsou veškerá zjištění pozitivní.

## **Sexuální výchova jako samostatný předmět**

Druhá otázka se týkala názoru na zařazení sexuální výchovy jako samostatného vyučovacího předmětu. Znění otázky bylo následující: „Jaký je Váš názor na začlenění sexuální výchovy jako samostatného předmětu, kdy by byla náplní veškerá témata související se sexualitou a sexuální výchovou, a to od hygieny, bezpečnosti, sexuální aktivity až po rodičovství a péči o dítě?“ Výsledky výzkumného šetření jsou opět rozděleny podle typu základní školy.

### **Základní škola zřízená dle § 16 odstavce 9 školského zákona č. 561/2004 Sb.**

Většina dotazovaných pedagogů, působících na základní škole zřízené dle § 16 odst. 9, by toto začlenění uvítala a považovala by zařazení předmětu sexuální výchova v rámci minimálně jednoho ročníku druhého stupně za přínosné. Tento předmět by vnímali jako ideálně zařazený do osmého nebo devátého ročníku, tedy u žáků ve věkové kategorii 14–16 let. Výchovný poradce uvádí: „*Určitě. V 8. nebo 9. třídě by předmět na této úrovni a v tomto rozsahu měl být, protože si myslím, že mnohdy jsme jediný zdroj informací. Samozřejmě by měla být tomuto tématu věnována větší pozornost už v 6. a 7. třídě, ale v 8. a 9. třídě jednoznačně.*“

Tento návrh přijímala velká část pedagogů s nadšením. Jako hlavní důvody uváděli především velké riziko zneužitelnosti a ovlivnitelnosti žáků s lehkým MP vzhledem ke snížené schopnosti vyhodnocení potencionálních rizik. Zcela jistě by díky tomu odpadlo i řešení řady problémů, které v souvislosti s nedostatečnou informovaností ve škole vznikají. Vždy je lepší cílit na prevenci než na odstraňování důsledků, ale bohužel pedagogové stále naráží na stejný problém, a to na nedostatek času a prostoru se tomuto tématu v rámci vyučování věnovat. Samostatný předmět cílený na danou problematiku by tedy mohl situaci zcela jistě pomoci vyřešit.

Pedagogický pracovník č. 5 uvádí: „*Ano, určitě, protože je to velmi důležité téma, obzvláště u těch našich dětí, které jsou lehce zneužitelné a ovlivnitelné, i blízkými osobami.*“

Pedagogický pracovník č. 8 v souvislosti s tím uvádí: „*Především u holčiček je ta neinformovanost veliký problém. Přijde mi, že kluci se v běžném životě lépe uchytí, ale holky mají často takový osud, že otěhotní a zůstanou*

*samotné s dítětem. A je to tím, že nedokážou tak posoudit ta rizika a důsledky, nechají se velice snadno ovlivnit, kdy někdo zneužije jejich nižšího intelektu. Setkala jsem se i několikrát se zneužíváním a většinou to bohužel byli rodinný příslušníci, což je hrozné. Určitě je tedy potřeba se u nich tomu více věnovat, víc je poučit.“*

Na tuto otázku měla odlišný názor pouze zástupkyně ředitele, která uvádí, že by tématu sexuální výchovy nevyhrazovala samostatný předmět, ale ponechala by ho zařazený v dosavadních vyučovacích předmětech jako je kupříkladu výchova ke zdraví. Jako důvod uvádí nutnost určité vyzrálosti žáků pro pochopení těchto témat a zároveň obavy z dostatečné kompetentnosti pedagogů k výuce takového předmětu, kdy by měla tato problematika spadat spíše do rukou erudovaných odborníků.

Zástupkyně ředitele na tento návrh uvádí: *„Pokud by měl samostatný předmět sexuální výchova zahrnovat všechna výše zmíněná témata a být vyučován v určeném ročníku, tak v rámci prvního stupně odpovídám ne. Zároveň však nepopírám nutnost zařadit sexuální osvětu už i u takto malých dětí. Samostatný předmět na druhém stupni? Také ne. Opět se přikláním ke zvýšené osvětě a k tomu, aby témata v rámci předmětu Výchova ke zdraví plnila kvalitativní nikoliv kvantitativní funkci. Témata jako sexuální aktivity atd. potřebují jistou vyzrálost posluchačů a jiné, zejména věkem vzrůstající kompetence k analýze informací. Takové kompetence zpravidla mají až žáci závěrečných ročníků. Zároveň by takový předmět měl vést erudovaný pedagog sexuální výchovy, který zároveň disponuje etickými, osobnostními, povahovými i odbornými schopnostmi.“*

Otázce odborné i osobnostní kompetence pedagogů k výuce sexuální výchovy a řešení otázek souvisejících se sexualitou u žáků s MP se věnujeme v závěrečném oddílu podkapitoly.

## **Základní škola speciální**

Naprosto odlišná je situace na základní škole speciální. Již z výsledků první otázky je zřejmé, že z pohledu pedagogů je zařazení sexuální výchovy do výuky zcela dostačující a začleňování dalšího takto zaměřeného předmětu není třeba. Sexuální výchova je zařazená napříč několika vzdělávacími oblastmi a je u těchto žáků zcela dostačující. Zároveň by bylo, vzhledem k velmi heterogenní skladbě žáků v rámci jedné třídy, těžké zařadit takový předmět tak, aby byla jednotlivá témata probírána vždy adekvátně k věku

a individuálním potřebám žáků. V tomto ohledu je tedy individuální zařazení témat dle potřeby dostačující, plně vyhovující a není třeba samostatného předmětu.

## **Externí přednášky a besedy**

Sexuální výchovu a osvětu je možné zařazovat i pořádáním externích přednášek nebo besed s odborníky. Na vybrané základní škole a základní škole speciální pořádají přibližně jednou za dva roky přednášku, na kterou je přizván odborník, zabývající se oblastí sexuality u osob s MP. Přednáška je rozdělena na dvě části, část pro žáky a část pro rodiče a pedagogické pracovníky. Účastní se jí žáci druhého stupně a rodiče, kteří projeví zájem. Větší zájem je patrný u rodičů autistických žáků se středně těžkým a těžkým MP. Rodiče žáků s lehkým MP si často nepřipouští dospívání svého dítěte a jejich účast na přednáškách není tak častá. Nicméně dle výpovědi pedagogů se tento přístup každým rokem zlepšuje a rodiče jsou mnohem otevřenější a přístupnější k řešení této problematiky. Tato přednáška je všemi pedagogy hodnocena velmi kladně, avšak někteří pedagogové uvádí, že by uvítali její častější konání.

Pedagogický pracovník č. 2 uvádí: „Co mně by se líbilo a na co narážím pořád je, že dětem informace předáváme jenom my učitelé. Líbilo by se mi, kdyby bylo víc přednášek od externích odborníků, kteří by docházeli pravidelně, a to alespoň dvakrát ročně. Líbily by se mi třeba exkurze, kde by žáci měli možnost vidět možné následky nevhodného nebo nerozvážného jednání a chování. Například následky nechtěného těhotenství.“

Kromě této přednášky škola pravidelně pořádá projektové dny zaměřené na téma kyberšikana a šikana. Tyto přednášky jsou realizovány pedagogy.

## **Věková hranice a ročník pro začátek zařazování témat sexuální výchovy do výuky**

S otázkou vhodnosti zařazení sexuální výchovy jako samostatného předmětu úzce souvisí i otázka věkové hranice, od kdy je vhodné tato témata žákům cíleně předkládat. U žáků s MP je zcela jistě zapotřebí zohlednit jejich individuální odlišnosti. Jiná situace vznikne v momentě, kdy si předání informací žádá aktuální situace a jiná nastává, zvažujeme-li předá-

vat tyto informace cíleně. Je třeba vždy zvážit momentální situaci nejen u jednotlivých žáků, ale i u třídních kolektivů. To souvisí i s prostředím, ze kterého žáci pocházejí. Žáci si přinášejí různé postoje, názory a informace už z rodin. Nelze tedy přesně uvést, jaká věková hranice je ideální, ale je zapotřebí všechny tyto faktory zohlednit a podle toho se ve spolupráci s třídními učiteli, kteří znají žáky a situaci ve třídě nejdůvěrněji, individuálně rozhodnout.

Metodik prevence uvádí: *„Podle mého názoru neexistuje obecná věková hranice, kdy je nejvhodnější prvky či jednotlivá témata sexuální výchovy zařadit. Pedagog, a zejména pak třídní učitel, by měl svoji třídu natolik dobře znát, aby citlivě reagoval na její potřeby či na potřeby konkrétního jedince. Tyto potřeby nebývají vždy věkově shodné. Lonští třetáci by neměli tušení o čem je řeč, pro letošní je skoro pozdě. Pokud pedagog cítí, že je nutné osvětlit žákům nějaké téma, opravdu nemusí čekat až budou žáci chodit do 8. nebo 9. ročníku.“*

Sedm z deseti respondentů uvádí, že je třeba se těmto tématům citlivě a pomalu začít věnovat už od prvního ročníku, tedy dříve než až ve chvíli, kdy je zapotřebí řešit nějakou nepříjemnou situaci nebo nedorozumění. Tři respondenti naopak uvádí, že je vhodné tato témata zařazovat až na druhém stupni, kdy jsou žáci vyspělejší a budou jim rozumět. Jako nejvhodnější variantu zařazení samostatného předmětu sexuální výchovy do výuky se dle respondentů jevil osmý nebo devátý ročník, nicméně určit přesnou věkovou hranici se ve výsledku ukázalo jako ne příliš ideální a praktické. Dotazovaní pedagogové se tedy v závěru shodli na názoru, že by mělo být takové zařazení posuzováno u každé třídy zcela individuálně, ve spolupráci s třídním učitelem.

## **Obsah školní sexuální výchovy**

Další otázka se týkala výběru témat, která by měla být součástí školní sexuální výchovy. Každý z dotazovaných pedagogů měl za úkol uvést, zda dle jeho názoru patří uvedené téma do školní sexuální výchovy nebo nepatří, popřípadě uvést témata, která v dotazu nezazněla. Naprosto shodně všichni dotazovaní pedagogové uvádí, že by do školní sexuální výchovy měla patřit témata: rozdíl mezi mužem a ženou, správné pojmenování pohlavních orgánů, hygiena, dospívání, průběh návštěvy u gynekologa, menstruace, masturbace, sebeovládání, respektování a potřeba soukro-

mí, respektování osobního prostoru, rizikové chování, pohlavně přenosné nemoci, zneužívání, šikana, kyberšikana, sexuální obtěžování, stalking, plánované rodičovství, antikoncepce, manželství a péče o dítě. Školní metodik prevence tato témata doplnil o komplexní rozvoj osobnosti, mravní základ, hodnotový systém, důstojnost, etika v projevu a chování, sebeurčení a sebepojetí.

Jako velmi důležité téma bylo zdůrazněno správné pojmenovávání pohlavních orgánů. Nejen žáci nebo rodiče, ale i někteří učitelé mohou mít občas tendence používat zdobněliny nebo zástupné termíny. Je potřeba si však uvědomit, že ačkoliv mohou žáci s MP působit „dětinským“ dojmem, jedná se o úplně stejné adolescenty jako jsou žáci intaktní a pokud žák osmého nebo devátého ročníku nezná správné pojmenování pohlavního orgánu, může to vést k řadě pro něj nepříjemných až trapných situací, nejen v intimním životě, při navazování vztahů, ale například i při návštěvě lékaře.

Pedagogický pracovník č. 3 uvádí: *„Určitě je důležité používat správná pojmenování, a to co nejdříve. Mám odstrašující příklad, kdy žák deváté třídy říkal penisu ‚Ferdík‘ a když jsme se bavili o penisu, tak vůbec nevěděl, o čem je řeč. Určitě se toho nebát a používat správné výrazy.“*

Čtyři z deseti pedagogických pracovníků by do výuky zařadili i praktickou a názornou výuku, a to především u žáků se středním a těžkým MP. Uvedli, že s žáky trénují i nasazování prezervativů nebo bezpečný postup a dodržování hygieny při masturbaci. U žáků se středním a těžkým MP je zapotřebí soustředit se i na praktické instrukce.

Pedagogický pracovník č. 6 uvádí: *„Pomocí vhodně zvolených obrázků, piktogramů a pomůcek bych žákům pomáhala například s nácvikem použití ochranných pomůcek jako je prezervativ. Představila bych jim srozumitelný a názorný návod k provedení masturbace a následné hygieny. Velmi se nám v tomto ohledu osvědčila publikace Listy sexuality od sexuologa Petra Eisnera (Eisner, 2009).“* Zbývajícím šesti pedagogům se už zdála tato témata jako příliš osobní a intimní, nepatřící do školního prostředí. Na ostatních, výše vyjmenovaných tématech, se však jednoznačně shodli.

## **Projevy sexuality ve školním prostředí**

Tato část se zabývá nejčastějšími projevy sexuality, se kterými se pedagogičtí pracovníci na vybraných školách setkávají. Zahrnuje jak projevy osobního charakteru (odhalování, doteky na intimních místech, masturbace),

tak vzájemné projevy ke spolužákům, popřípadě pedagogům. Zároveň zjišťuje postoj pedagogů a způsob řešení, pokud se jedná o takové projevy, které už jsou považovány za prohřešek. Součástí otázky bylo i uvést, v jakém ročníku, popřípadě u jakých žáků, vzhledem k závažnosti a hloubce postižení, se s takovými projevy setkávají nejčastěji.

### **Základní škola zřízená dle § 16 odstavce 9 školského zákona č. 561/2004 Sb.**

U žáků s lehkým MP se většina pedagogů setkává s běžnými projevy, které jsou patrné v období dospívání i u žáků intaktních. Týká se to už žáků na prvním stupni, především ve čtvrtém a pátém ročníku, kdy začínají první lásky a projevy náklonosti k některému ze spolužáků, ale většinou jde v tomto věku jen o vodění za ruce, trávení společného času i mimo školu nebo posílání psaníček. U žáků na druhém stupni je to samozřejmě jev častější a dochází i k dalším projevům náklonosti, například k líbání nebo dotekům. Žáci s lehkým MP si mnohdy dostatečně neuvědomují, co je vhodnější ponechat do soukromí, především během přestávek ve třídě, v šatně nebo na školní zahradě. Někdy je zapotřebí, aby pedagog vhodně a citlivě zasáhl. Na druhou stranu jsou díky těmto projevům pedagogové schopni zachytit včas případy, kdy jsou překračovány hranice osobního prostoru, aniž by si to dotyční dostatečně uvědomovali. Pedagogové uvádí, že se často setkávají se situací, kdy musí především žákyně upozornit a vysvětlit jim, jak je důležité vymezit si svůj osobní prostor a hranici, kterou nikdo cizí nemůže překročit a co už si od spolužáků nemohou nechat líbit. Někteří žáci si tyto hranice dostatečně neuvědomují. Někdy jsou jim doteky spolužáků zkrátka jen příjemné a nevnímají jejich sexuální podtext. V těchto případech se velmi výrazně projeví rozdíl ve vyspělosti a rozumových schopnostech jednotlivých žáků i v rámci jednoho ročníku.

Pedagogický pracovník č. 5 uvádí: „*Setkala jsem se jednak se slovními narážkami, ale také s různými pokusy o osahávání nebo bližší tělesný kontakt, a to už u žáků pátého ročníků. Některé děti mají problém s vymezováním vlastních hranic a občas si neuvědomují, že by jim mělo toto chování vadit a měly by si více chránit osobní prostor.*“

K těmto projevům chování se vyjádřil i školní metodik prevence: „*Co se týká takovýchto prohřešků, je na místě bdělost pedagogů, zejména o přestávkách či skupinových aktivitách, a při takových činnostech, kdy žáci*

*získají pocit, že se nikdo nedívá. Obecně lze vysledovat zvýšenou míru těchto jevů u žáků čtvrtého a pátého ročníku a na druhém stupni pak v šestém a sedmém ročníku.“*

Jako další pozorovaný jev u žáků s lehkým MP, především na druhém stupni základní školy, pedagogové uvádí poměrně časté střídání partnerů. U žáků není až tak neobvyklé, že jeden týden navazují vztah s jednou žákyňou a druhý týden zase s jinou. Zároveň je poměrně častým jevem, obzvláště v počátcích období dospívání ve čtvrtém nebo pátém ročníku, absence pocitu studu. U dívek i chlapců už jsou patrné tělesné změny, dívkám rostou prsa, u chlapců se začíná objevovat ochlupení, přesto se někteří, například při převlékání, nestydí. Při převlékání před hodinami tělesné výchovy jsou chlapci a dívky odděleni, ale nastávají jiné situace, kdy se žáci nebo žákyně potřebují z nějakého osobního důvodu převléct. Stává se to v období menstruace, která už u žákyň čtvrtého a pátého ročníku není neobvyklá, popřípadě když si ve třídě sundávají neopatrně svetr takovým způsobem, že se u toho celé odhalí. Pedagogové je často musí upozornit, aby šli na toaletu nebo do soukromí, samotné je to v některých případech vůbec nenapadne.

Pedagogický pracovník č. 4 uvádí svoji zkušenost: *„Zrovna dnes jeden žák 5. třídy o velké přestávce venku zakopl a odřel si koleno. Hned za mnou běžel a sundal si kalhoty, aby mi to ukázal. Vůbec ho nenapadlo, že by to neměl dělat a že je to před ostatními nevhodné. Jindy se mi zase žákyně, tenkrát taky páté třídy, začala převlékat přímo ve třídě před ostatními, sundala si kompletně i tričko, bylo jí horko. Jindy zase přišla z toalety a neměla dopnuté kalhoty, ostatní už samozřejmě koukají, ale jí vůbec nenapadlo, že je něco špatně.“*

Kromě výčtu těchto poměrně obvyklých, a ne až tak závažných, projevů byli zmiňováni i mnohem závažnější zkušenosti. Patří mezi ně například nechtěné těhotenstvím žákyně devátého ročníku. Dále zkušenost s řešením problematiky homosexuálního chování s projevy agrese vůči spolužákovi. Jak pedagogové uvádí, v takové situaci už je pro ně velmi těžké rozhodnout se, jakým způsobem zasáhnout a situaci řešit. Důležitá je v těchto situacích spolupráce rodičů a odborníků, protože se jedná o velmi citlivou a náročnou problematiku. Ne vždy je však ze strany rodičů ochota spolupracovat.

Další zkušeností, kterou pedagogové v rozhovorech uvádí, je žákyně s poruchou pohlavní identity. Jednalo se o žákyni, která byla chlapcem

v dívčím těle. Pedagogům se podařilo ji velmi dobře začlenit do kolektivu, spolužáci ji takovou přijali, a dokonce ji chlapci zařazovali automaticky mezi sebe, neměli s tím žádný problém. Rodiče o situaci věděli, byli poučeni a bylo jim doporučeno řešit situaci s odborníkem, aby se mohla spokojeně začlenit do běžného života. Během docházky na této základní škole však situace ze strany rodičů dořešena nebyla. Pedagog, který o této zkušenosti v rámci rozhovoru hovořil, uvádí, že žákyně poté nastoupila na odborné učiliště, ze kterého po čase odešla právě z důvodu posměchu spolužáků. Z toho vyplývá, že je velmi důležité, aby i v takovýchto případech pedagog citlivě pracoval s třídním kolektivem a ve spolupráci s rodiči se pokusil situaci včas řešit. Jako další projevy byly uvedeny případy stalkingu, projevy náklonosti, ubližování, verbální nářžky a osahávání. Všechny tyto situace byly řešeny v rámci náplně práce výchovného poradce. Výchovný poradce také uvádí, že si žáci s lehkým MP většinou uvědomují, co udělali špatně, ale často nevědí, jak to udělat jinak. Za důležité považuje umět pojmenovat problém, popsat ho a navrhnout žákovi řešení, jak jinak situaci vyřešit. Žáci nepotřebují pouze vědět, co je špatné, ale také získat návod, jak se v určitých situacích správně zachovat.

## **Základní škola speciální**

Charakter projevů sexuálního chování žáků je u žáků základní školy speciální rozdílný. U žáků se středním a těžkým MP, včetně žáků s poruchami autistického spektra, převažují především projevy masturbace a doteků na svém vlastním těle. Mnohem méně často, na rozdíl od žáků s lehkým MP, je sexuální chování směřováno k druhé osobě. Přestože i případy osahávání druhých se zde také vyskytují, jsou méně časté a jedná se spíše o jednotlivé případy. Velmi často si žáci sahají do rozkroku, hladí svá přirození, pohupují se na židlích nebo se třou o koberec, jak je jim to příjemné. Někteří se pokoušejí o masturbaci, kterou řeší dotazování pedagogové velmi často. Dle pedagogů je potřeba začít s osvětou a vytvářením správných návyků včas, hned při prvních náznacích sexuálního chování, a ne až v momentě, kdy je potřeba řešit nepříjemné situace. V těchto případech využívají především obrazové materiály, ilustrované publikace a piktoqramy znázorňující vhodné a nevhodné chování. Učí žáky, kde a jakým způsobem je možné tyto aktivity vykonávat a jaké chování je ve škole nebo na veřejnosti nevhodné. V jednotlivých individuálních situacích si

vytvářejí piktogramy přímo na míru konkrétnímu žákovi. Pravidla žáci povětšinou respektují.

Pedagogický pracovník č. 8, vzdělávající žáky s poruchou autistického spektra a 40 lety pedagogické praxe uvádí: „*U žáků s poruchou autistického spektra, se středním a těžkým mentálním postižením, řešíme spíše situace zaměřené na autoerotiku. Řešíme masturbaci, pokud je to možné, snažíme se, aby ji měl žák spojenou s domovem a soukromím, většinou to možné je, pokud se to řeší hned v počátcích. Někdy to ale možné není, potom je třeba dát jim jasný návod, co ano, co ne, kde je to vhodné a jakým způsobem. Občas řešíme, že si sedají na sebe nebo se třou třeba o koberec nebo sedací vak. Naštěstí neřešíme nějaké závažnější problémy namířené proti spolužákovi. Párkrát jsme řešili osahávání, jednoho žáka fascinovala prsa. Myslím si, že to snad ani nebylo z hlediska nějakého uspokojení, spíše zvědavost, ale každopádně museli jsme ho vést k tomu, že na druhé se nesahá. K těmto účelům používáme piktogramy (viz Příloha 3). Na piktogramy reagují velmi dobře. Naštěstí většinou nemají tendenci někoho druhého obtěžovat a jsou zaměřeni především sami na sebe.*“

Asistentka pedagoga č. 1 uvádí: „*Zažila jsem osmiletou autistickou holčičku, která se uspokojovala ve třídě mezi ostatními dětmi. Byl docela problém ji to ve škole odnaučit. Stupňovalo se to. Nejprve byla v jiné místnosti, postupem času se to odbourávalo.*“

Jak již bylo uvedeno, cílené osahávání druhých řeší pedagogové pouze občas. Některé doteky nejsou primárně vedené s cílem uspokojení, často se jedná spíše o zvědavost nebo náhodné zjištění, že je to příjemné. Pedagogové uváděli zkušenost s trávením přestávek na koberci nebo sedacím vaku, kde se k sobě žáci různě tisknou nebo si na sebe sedávají a je jim to příjemné. Tyto situace řeší opět domluvou za použití obrázků, piktogramů a návodů ke správnému chování. Nastavují pravidla. Někdy je pro žáky těžké vyjádřit, že se jim něco nelíbí nebo je jim to nepříjemné. Pedagogové tedy považují za velmi důležité naučit je i jak říct: „Ne, tohle mi nedělej, to se mi nelíbí.“ Jsou i případy žáků, kterým je to jedno, nic neřeknou, nijak nereagují, nechali by si líbit cokoliv. Pravidla povětšinou fungují a žáci je respektují. Vidí je sice jako omezení nějaké své aktivity nebo hry a pokud mají příležitost, mohou se o to pokusit znovu, ale většinou je respektují.

Pedagogický pracovník č. 8 uvádí: „*Někdy se nám to stává i mimo školu, například v MHD, na ulici, v divadle nebo pokud třeba v létě má někdo větší výstřih, tak hned je to zajímavé. Tím, že má žák vždy doprovod, můžeme*

*hned zasáhnout, ale taky to ukazuje, že ty potřeby u těch žáků jsou, pouze je potřeba je naučit nějaká pravidla.“*

Mezi žáky mohou vznikat i pěkné vztahy, kupříkladu v osmém, devátém nebo desátém ročníku. Je třeba si uvědomit, že žáci se středním a těžkým MP jsou v devátém nebo desátém ročníku skoro dospělí jedinci. Většina z nich nastoupila do školy s odkladem, výjimečné není ani opakování ročníku na prvním i druhém stupni. V devátém nebo desátém ročníku se tedy může jednat o osmnáctileté nebo devatenáctileté, pohlavně zcela vyspělé, jedince. V tomto věku je již vznik bližších vztahů zcela přirozený. Žáci se drží za ruce, chodí všude spolu, občas si dají pusu. Pokud to nepřekročí určitou hranici a je to oboustranné, tak pedagogové nijak nezasahují. Snaží se najít určitou rozumnou hranici mezi respektováním jejich pocitů a chováním, které už je považováno za nevhodné. Jak sami uvádějí, v tomto ohledu hrají roli především jejich osobní zkušenosti a postoje, žádný konkrétní návod nebo jednotný postup v tomto ohledu nepoužívají. Každou situaci posuzují zcela individuálně.

Pedagogický pracovník č. 7 uvádí: *„Samozřejmě je otázka, jak by to dopadlo, pokud by nebyli pod dohledem. Ale pokud to nepřekročí určité hranice a je to oboustranné, nepovažuji za nutné hned zasahovat. Za důležitější považuji včasnou osvětu. Koneckonců ačkoliv to jsou stále žáci základní školy, jedná se kolikrát o už dospělé nebo skoro dospělé osoby.“*

Kromě navazování vztahů mezi spolužáky, uvádí jeden pedagog i zkušenost s pokusy o navazování bližšího kontaktu žáka s učiteli. Žáci se středním a těžším MP působí často po dlouhou dobu jako malé děti, projevují se infantilním chováním, s učiteli si často vytvářejí velmi blízký vztah, který přetrvává, i když vyrostou a dospívají. Většina pedagogů, kteří tyto žáky vzdělávají, si toto plně uvědomuje a udržují si od žáků určitý profesionální odstup. Uvádějí, že někdy je těžké najít tu ideální hranici, kde končí osobní vztah a začíná vztah čistě profesionální, obzvlášť když toho žáka znají od útlého dětství. Všichni pedagogové si však v tomto směru dokážou adekvátní odstup zachovat. Jeden pedagog uvádí zkušenost se situací, kdy si žák oblíbil některé paní učitelky. Rád je chytal za ruku nebo se jich nenápadně dotýkal, pokud je potkal. Pro učitele, který takového žáka blíže nezná, může být někdy těžké odhadnout nebo si vůbec uvědomit, že by takové chování mohlo mít i nějaký sexuální podtext. Až po určité době si uvědomí, že je tento kontakt zcela záměrný a je potřeba ho utnout.

Nutnost nastavení a udržování hranic, v našem případě mezi pedagogem a žákem, je v oblasti sexuality naprosto zásadní. Zvláštní pozornost je zapotřebí věnovat u dětí, v našem případě u žáků, se sníženým intelektem, aby bylo zaručeno předání zdravých sexuálních postojů (Venglářová, 2013).

Pedagogický pracovník č. 7 uvádí: „*Ono to vypadá do určité míry roztočile, každý si pak řekne: ‚Tak pojd, půjdeme spolu za ruku.‘ Ale vy potom vidíte, že to pro toho žáka znamená něco víc a je potřeba si na to dávat pozor.*“

Z rozhovorů vyplynulo, že se charakter sexuálního chování žáků s lehkým MP a žáků se středním a těžším MP liší a odlišují se i situace, které ve škole nastávají a které pedagogové musí řešit a nějak k nim přistupovat. Je však zřejmé, že se s těmito situacemi setkávají velmi často a pravidelně. Je tedy potřebné se tématem sexuality zabývat a neopomíjet dostatečnou a včasnou sexuální osvětu žáků, aby se především takovému chování, které není žádoucí, předcházelo, ale zároveň, aby se k žákům s MP přistupovalo s respektem a vědomím, že je to součást jejich přirozenosti, stejně jako té naší.

## **Vývoj postojů k problematice sexuality v posledních letech**

Další část textu se zabývá otázkou vývoje postojů a názorů k problematice sexuality u žáků s MP za období odpovídající délce praxe dotazovaných pedagogů. Pedagog s nejdelší praxí se pohybuje ve školství a vzdělává žáky s MP úctyhodných čtyřicet let. Díky tomu bylo možné ohlédnout se za vývojem postojů za celé čtyřicetileté období. Otázka se týkala i vzájemné spolupráce a ochoty pedagogických pracovníků zabývat se problematikou sexuality a směřuje i k vnímání generačních rozdílů.

## **Postoje pedagogických pracovníků**

V otázce postojů pedagogů je nutné dodat, že už při oslovování potenciálních respondentů bylo u některých pedagogických pracovníků zjevné, že se nechtějí tématem sexuality příliš zabývat a nechtějí být součástí řešení této problematiky u žáků své třídy. Pozitivní však je, že pedagogů s tímto, ne zcela otevřeným, přístupem byla naprostá menšina a většina oslovených respondentů považuje zařazení sexuální výchovy u žáků s MP za přínosné a na výzkumu se ochotně podílela. Z rozhovorů vyplývá, že konkrétní postoje a přístupy se u jednotlivých pedagogů značně liší. Někte-

ří pedagogové hovoří s žáky velmi otevřeně a nevyhýbají se ani intimnějším otázkám a někteří s tím mají naopak trochu problém. Nelze však říct, že by to byla čistě záležitost starší generace. Je pravda, že mladší generace pedagogů byla otevřenější a přistupovala k otázce sexuality velmi přirozeně. Zároveň u nich byla patrná větší ochota se problematice věnovat, stejně jako větší snaha o získávání nových informací nebo zajištění vhodných pomůcek, ale zase se potýkala s nedostatkem cenných zkušeností. U starších pedagogů je nespornou výhodou zkušenost, a to jak v komunikaci se žákem, tak v komunikaci se zákonným zástupcem. Na vybraných školách působí zkušení pedagogové s dlouholetou praxí, kteří k této problematice přistupují velmi ochotně, a to především ve třídách pro žáky s poruchou autistického spektra, kde je potřeba takové situace řešit velmi často. Jejich zkušenosti jsou v tomto ohledu nenahraditelné. Nicméně každý pedagog je především individuální osobnost a hranice má stanovené někde jinde. Rozdíl je patrný i v rámci jednotlivých stupňů základní školy. U prvnostupňových tříd hrají nezastupitelnou roli třídní učitelé, kteří tráví se třídou nejvíce času. Snadněji vytuší potřebu se této problematice věnovat, uchopí ji správně a citlivě. U starších žáků tuto roli často přejímají vyučující předmětů jako je přírodopis, výchova ke zdraví či tělesná výchova. Ochota věnovat se těmto tématům je u nich větší než třeba u vyučujících předmětů, které nemají s tématem nic společného. Nejde však o komplexní výchovu, spíše o prvky sexuální osvěty. Na škole působí i část pedagogů, kteří se touto problematikou ve škole zabývat nechtějí a raději žáky odkážou na rodinu nebo o takových věcech zkrátka nemluví. Někteří respondenti uvádí, že mají tuto zkušenost i s mladšími pedagogy, i pro ty je toto téma někdy tabu a nechtějí ho otevírat.

Zástupkyně ředitele uvádí: „*Generační rozdíly existují, ale lze říct, že každá generace má svá pozitiva i negativa. Učitelé výchovy ke zdraví se této problematice zcela jistě nevyhýbají. Hodina na takové téma se u mladšího a staršího pedagoga bude zcela jistě lišit.*“

V otázce změny postojů pedagogů v průběhu posledních čtyřiceti let z rozhovorů vyplynulo, že je jednoznačně patrný velký posun k lepšímu přijímání a ochotě se problematikou sexuality u žáků s MP zabývat. Problematika není tolik tabuizovaná jako dříve. Změnil a rozšířil se i obsah souvisejících témat, a to o řadu nových pojmů, jako je například pohlavní identita nebo sexuální deviace. Z hlediska historického a politického vývoje je zřejmé, že k výraznému posunu došlo především v období politických

změn po roce 1989. Dle výpovědí respondentů to nebylo hned, nicméně postupně docházelo ke skutečnému obratu ve vnímání potřeb, práv a celkově individuality osob s MP, a to nejen v oblasti sexuality.

Pedagogický pracovník č. 6, 30 let praxe, uvádí: *„Moje první zkušenost se sexualitou u osob s mentálním postižením byla hned po ukončení studia, kdy jsem nastoupila na praxi do ústavu pro mentálně postižené. V té době byla běžná podmínka sterilizace dospělých klientů a oddělení mužů od žen. Jakékoliv projevy sexuality byly zakazovány a potlačovány. V té době bylo i u žáků, tenkrát ještě pomocných škol, poměrně běžné podávání medikace k potlačení sexuálních pudů. V tomto směru jsme udělali opravdu velké pokroky.“*

Pedagogický pracovník č. 1, 12 let praxe, uvádí: *„Dříve se více cílilo na teoretickou osvětu a také na morální postoje žáků. Dnes se pedagogové vpořádávají i s problémy týkajícími se osobního bezpečí, prevencí sexuálního zneužití, odmítání nevhodného chování či masturbací na půdě školy. Je zde patrná větší otevřenost a ochota se problematikou zabývat.“*

Pedagogičtí pracovníci, vzdělávající žáky s MP a obzvláště ti, kteří vzdělávají žáky s těžkým MP, se museli touto otázkou zabývat vždy, ovšem přístup nebyl zdaleka tak otevřený. Dle výpovědi pedagoga s nejdelší čtyřicetiletou praxí nastala největší změna přibližně před patnácti lety, kdy začali ve vybrané škole vzdělávat žáky s diagnózou dětský autismus. Projevy sexuality jsou u těchto žáků velmi časté, obvykle nemají žádnou sebekontrolu, žádný pud sebeovládání, nevnímají stud, navíc velmi brzy dospívají. Přístup pedagogů byl už před lety poměrně otevřený, ale právě s příchodem žáků s poruchou autistického spektra, byla potřeba věnovat se tématu sexuality častější. Někteří žáci mají přidružené i různé odchylky a deviace. Situace si tedy otevřenější přístup doslova vyžádala a všichni pedagogové k tomu přistoupili, jak nejlépe mohli. Respondentka uvádí, že se po celých čtyřicet let ve svém okolí a u svých spolupracovníků nesetkala s žádným pedagogem nebo asistentem pedagoga, který by měl odmítavý postoj, přestože u žáků s poruchou autistického spektra dochází někdy k opravdu náročným situacím. Občas to nějakého nového pedagoga šokuje, ale všichni to přijmou a zvyknou si.

Pedagogický pracovník č. 8, vzdělávající žáky s poruchou autistického spektra a 40 lety pedagogické praxe uvádí: *„Často nastávají nejrůznější situace, žáci se v afektech svlékají, stáhnou si kalhoty a odhalí se, mě už to asi ani nepřijde, nejspíš už jsem si na to zvykla a vím, že takové situace*

*běžně nastávají, takže to prostě musíme řešit a všichni to berou jako samozřejmost, asistentky pedagoga to řeší denně. Dříve jsme asistenty neměli a řešili jsme to my.“*

Z rozhovorů vyplynulo, že otázkou sexuality se pedagogové, vzdělávající žáky s MP, museli zabývat vždy, i když ne v tak velké míře. Největší posun v otevřenosti a přístupu k této problematice však nenastal pouze v období politických změn, které měly jednoznačně na oblast sexuality a všeobecně lidských práv velký vliv, ale také v období, kdy se zásadně změnila skladba a charakter žáků, vzdělávaných na vybraných školách. S příchodem žáků s poruchami autistického spektra vyvstala velká potřeba se tématem sexuality a sexuální výchovy zabývat a situace související se sexuálním chováním intenzivně a pravidelně řešit. Jistě by bylo zajímavé, zabývat se i otázkou, proč tato změna nastala a proč byla dříve skladba žáků jiná, to však nebylo předmětem daného šetření. V současné době převažují na vybraných školách pedagogové, kteří mají k problematice sexuality velmi otevřený postoj, jsou zvyklí a ochotní tyto situace denně řešit a respektovat individuální potřeby těchto žáků. Pedagogové, kteří si od tématu sexuality a sexuální výchovy udržují odstup, jsou výjimky v řádech jednotlivců. Zároveň z rozhovorů vyplývá, že ani generační rozdíly nemají na přístup a postoj pedagogů zásadní vliv. Předpoklad, že je starší generace více ovlivněna předsudky a jiným stylem výchovy se u vybraných respondentů nenaplnil, naopak se ukázalo, že se přirozenost a otevřenost mladé generace dokonale doplňuje se zkušenostmi a osobní i profesní vyzrálostí generace starší.

## **Vývoj postojů žáků a rodičů pohledem pedagogů**

Kromě vývoje osobních i profesních postojů pedagogů se výzkum zabývá i vývojem postojů žáků a jejich rodičů z pohledu pedagogů vybrané základní školy a základní školy speciální. Dříve, stejně jako dnes, chtějí žáci především informace a odpovědi na své otázky. Liší se však přístup k získané informaci a prostředky, které žáci k získávání informací využívají. Žáci nejsou obecně zvědavější, než byli například jejich rodiče, ale potýkají se s širším spektrem informací, se kterým si musí nebo chtějí poradit. Sexuální tematika je přístupnější, otázky žáků cílenější a konkrétnější. Změnil a vyvinul se i vztah mezi žákem a učitelem. Stále platí, že učitel je především autorita, ale zároveň se do výuky dostávají prvky moderního přístu-

pu, kdy učitel není žákovi pouze autoritou, ale i poradcem, průvodcem, a především partnerem v procesu vzdělávání. Z výpovědí pedagogů se dá říct, že dnešní žák má k učiteli bližší vztah, než tomu bylo kupříkladu před čtyřiceti lety, a proto je i ostých žáků při kladení otázek z oblasti sexuality menší a žáci jsou otevřenější.

S rozšířením možností, kde lze informace o sexualitě získávat a zároveň s rozšířením sociálních sítí souvisejí však i větší rizika, která dříve nebyla tak častá. Jedním z těchto rizik je riziko kyberšikany a s ní související sexuální obtěžováním přes internet. Žáci s MP si často neuvědomují závažnost a rizika, plynoucí z takového jednání a mohou se velmi snadno stát obětí sexuálního obtěžování, nebo dokonce i přímým agresorem. Jedná se o záležitost posledních přibližně dvaceti let. Další změnou, související se získáváním informací, je sledování pornografie. Jednoznačně se liší přístupnost k takovým materiálům, dnes si mohou žáci pornografická videa jednoduše vyhledat na internetu. Netýká se to žáků základní školy speciální, kteří vzhledem k hloubce a typu mentálního postižení nejsou schopni tyto informace samostatně vyhledávat, ale žáci základní školy zřízené dle § 16 odst. 9, s lehkým MP, sledují dle výpovědí pedagogů pornografická videa často, především v osmém a devátém ročníku a získanými informacemi se chlubí mezi spolužáky. Je to větší problém, než by se mohlo zdát, protože pornografie není vhodným zdrojem informací a budování představ o sexu. U některých žáků to může vést i ke strachu z jakékoliv sexuální aktivity. Cílem je, aby byli žáci dostatečně informovaní, znali možná rizika a následky svého jednání, ale není cílem vybudovat v nich strach nebo dokonce odpor k sexuálnímu a partnerskému životu.

Výchovný poradce, praxe 28 let, uvádí: „*U žáků s lehkým mentálním postižením je rozdíl především v tom, že dříve nebylo třeba řešit prohřešky v souvislosti s digitálními a technickými prostředky. V poslední době čím dál častěji řešíme prohřešky spojené s kyberšikanou. To je asi jeden z hlavních rozdílů.*“

Další změnu lze zaznamenat v postojích rodičů, kteří se vzhledem k rozličným diagnózám svých dětí setkávají v mnohem větší míře se situacemi, které je nutné řešit. V praxi se všichni dotazovaní pedagogové setkávají ze strany zákonných zástupců s větší ochotou o problematice hovořit či navštívit specializovaná centra, pokud je to potřeba. Dříve se o těchto tématech spousta rodičů bavit nechtěla s tím, že to škole nepřísluší řešit. Ale poslední dobou je ze strany rodičů patrná větší otevřenost a většina

pedagogů nemá zkušenost, že by se tomuto tématu rodiče vyloženě bránili. Nicméně většinou se tím rodiče zabývají až na popud pedagoga. Sami s těmito otázkami nepřicházejí a ani informace ohledně sexuality svým dětem doma většinou nepředají. V tomto směru se situace bohužel příliš nezměnila. Informovanost žáků z rodiny je velmi nízká, kolikrát opravdu nulová. Jako jeden z hlavních problémů, který pedagogové ze strany rodičů vnímají, je stále přetrvávající tendence děti omlouvat a říkat, že za své chování vzhledem ke svému postižení nemohou. Pedagogové se poté snaží rodičům vysvětlit, že i přes respektování veškerých individuálních potřeb a projevů, vyplývajících z konkrétního typu postižení, je zapotřebí vést žáky k respektování určitých pravidel a vytváření správných návyků.

Pedagogický pracovník č. 8 uvádí: „Když to řeknete rodičům, tak se usmívají a říkají: ‚No, jo, to on je takhle zvyklý z domu, to je normální.‘ Řadu rodičů ani nenapadne, že by se i tito žáci měli vést k nějakým návykům, aby se pak nesvlékali třeba v autobusech nebo jinde na veřejnosti.“

Rozdíl v přístupu rodičů je patrný i z jejich zájmu a účasti na přednáškách sexuologa, které škola pravidelně jednou za dva roky pořádá. Když byla tato přednáška pořádána před deseti lety poprvé, primárně pro rodiče žáků s poruchou autistického spektra, tak se rodiče hodně bránili a skoro nikdo se nezúčastnil. Podruhé a potřetí už byla účast znatelně lepší.

Pedagogický pracovník č. 8, vzdělávající žáky s poruchou autistického spektra, 40 let pedagogické praxe, uvádí: „Osvěta je potřeba a pořad je to ještě trochu tabu. Žáci většinou ani nejsou nijak informováni a instruováni z domu, rodiče to většinou řeší až když vyvstane nějaký problém.“

Stejně individuální, jako je postoj a nastavení hranic u pedagogů a žáků, tak individuální je i postoj rodičů. Ačkoliv všeobecně je mnohem otevřenější, stále ještě se pedagogové setkávají s rodiči, kteří řešit otázky sexuality zcela striktně odmítají a nechtějí se podílet ani na řešení závažných situací. Škola nemá v těchto případech mnoho možností a prostředků, jak žákovi pomoci. Výchovný poradce uvádí následující zkušenost: „Řešili jsme i případ naprosté naivity a nevědomosti. Nemůžu ze své pozice hodnotit, zda docházelo přímo ke zneužívání, ale řešili jsme citovou deprivaci z rodiny a suplování této potřeby dospělým, výrazně starším, cizím mužem, u jedné žákyň. Nejspíš hledala otce, každopádně to nebyl běžný zdravý vztah. Rodiče to razantně odmítali, že to není pravda a nechtěli to nijak řešit.“

Pozitivní zprávou však je, že rodičů s tímto odmítavým postojem je stále méně a přibývá naopak těch, kteří o téma sexuality projevují zájem

a chtějí se ve spolupráci se školou otevřeně podílet na sexuální výchově svých dětí. Jistě by podíl těchto rodiče pomohla zvýšit i větší cílená osvěta ze strany školy.

## **Postoj k řešení sexuální potřeby žáků v prostorách školy**

Následující část se zabývá postoji pedagogů k možnosti úlevy sexuálního napětí žáků ve školním prostředí. Tato výzkumná otázka je primárně směřována k pedagogům základní školy speciální, konkrétně ve vztahu k žákům s těžkým a hlubokým MP. U žáků s lehkým MP není předpoklad, že by k takové akutní potřebě docházelo, žáci s lehkým MP mají dostatečné rozumové schopnosti, aby zvládli tuto potřebu ovládat. Tato výzkumná otázka byla zařazena na základě osobní zkušenosti ze Základní školy speciální Modrý Klíč na Praze 4, kde mají s touto problematikou bohaté zkušenosti. Základní škola Modrý klíč, která poskytuje zároveň i služby stacionáře, disponuje místností, kde žák nebo klient nalezne dostatečné soukromí a je možné ji využít právě k výše zmiňovaným účelům. Na základě této velmi inspirativní zkušenosti byla pedagogickým pracovníkům položena otázka, jaký mají názor na takovou možnost v rámci školy a zda by zřízení podobné místnosti uvítali.

Názory pedagogů se v této oblasti značně odlišují. Deset pedagogických pracovníků vyjádřilo souhlas, jeden pedagogický pracovník váhal, ale přiklonil se spíše k souhlasu za určitých podmínek. Tři pedagogičtí pracovníci naopak tuto možnost zcela zavrhlí. Za naprostou samozřejmost pak považují, aby by k takovému uspokojení docházelo v soukromí, například na toaletě nebo ideálně v samostatně vyčleněné místnosti, která by zaručovala nejen poskytnutí dostatečného soukromí, ale i důstojných podmínek, které nemohou být na běžné školní toaletě splněny. Dle výpovědi pedagogů dochází k potřebám sexuálního uspokojení právě i v době pobytu žáka ve škole. Žáci se často pokoušejí o masturbaci, a to i ve třídě před ostatními žáky. I z tohoto důvodu je na základní škole speciální věnováno sexuální výchově hodně prostoru, aby mohli být žáci nejen vzdělávání, ale především vychovávaní ke správným sexuálním návykům a vhodnému chování. Pedagogové, kteří mají k této možnosti kladný postoj argumentují zkušeností, kdy v případech potlačování sexuálního chování a sexuální potřeby u žáků s těžšími formami mentálního postižení, dochází často k rozvoji neklidu, agrese a zhoršení spolupráce ze strany žáka. Umožnění

uspokojení žákových sexuálních potřeb, ale za jasně stanovených podmínek a v prostoru k tomu určeném, pomáhá takovým situacím předcházet. Jako nutnou podmínku uvádějí dostatečnou předchozí instruktáž, a to nejen v nutnosti dodržování pravidel ohledně soukromí a prostoru k tomu určeném, ale především je zapotřebí žáky vést i k opatrnosti, správné technice a dodržování hygieny. Přestože se na prvním pohled může zdát toto téma jako velmi intimní a nepatřící do školních podmínek, u žáků s těžkým MP takové situace pravidelně nastávají, a proto pedagogové považují za vhodnější žáky dostatečně poučit a vymezit pravidla než řešit případné následky neopatrné manipulace, která může vést i ke zraněním. Většina žáků je schopna naučit se dodržovat postup, pravidla a správnou hygienu a v případě potřeby samostatně odejít na toaletu, nedisponuje-li škola výše zmíněnou místností, která se bohužel na této základní škole speciální nenachází. U pedagogů speciální školy je v tomto ohledu znát velká otevřenost a přístupnost.

Pedagogický pracovník č. 7, vzdělávající žáky s poruchou autistického spektra uvádí: *„Nejde jen o způsob, jak žáky uvolnit od sexuálního napětí, ale takové vybavení školy by nám velmi ulehčilo práci například při zvládání afektů.“*

Pedagogická pracovník č. 6 uvádí: *„U některých žáků s těžším mentálním postižením je lepší řešit to v rámci školy a poučit je i o věcech jako je například správná hygiena při masturbaci nebo technika provedení, než řešit následky nebo drobná zranění. Nastávají situace, kdy se nám to vyplatí.“*

Tři pedagogové vyjádřili k této možnosti negativní postoj. Argumentují nutností naučit žáky rozlišovat zásady chování ve školním prostředí, na veřejných místech a v domácí prostředí, aby se v budoucnu nedostali do nepříjemné situace, kdy by začali masturbovat kupříkladu na veřejnosti. Cílem výchovy by dle této skupiny pedagogů mělo být, naučit žáky tyto potřeby ovládat.

Pedagogický pracovník č. 8 uvádí: *„Neomlouvala bych je. Musí se naučit, jak se chovat správně, aby se někdy nedostali do nepříjemné situace třeba i na veřejnosti. Pak nevědí, kde ano a kde ne. Patří to domu.“*

Z výpovědí vyplývá, že převážná část pedagogů má k této možnosti pozitivní postoj, považují ji u žáků s těžšími formami mentálního postižení za prospěšnou, někteří s ní mají kladné osobní zkušenosti a běžně ji využívají.

## Materiální a prostorové podmínky školy

Vybavenost pomůckami a spokojenost pedagogů s materiálními podmínkami školy je předmětem další otázky. Všichni dotazovaní pedagogové shodně uvádí, že postrádají dostatečnou vybavenost názornými pomůckami, které by mohli využít nejen pro výuku sexuální výchovy nebo nácvik zvládání sociálních interakcí, ale i k výuce předmětů jako je přírodověda nebo přírodopis. Vybavenost školy považují v tomto ohledu za velmi nedostatečnou. Všichni žáci obou základních škol, základní školy zřízené dle § 16 odst. 9 i základní školy speciální, potřebují během výuky velkou názornost a praktické ukázky. Pedagogové uvádí, že si většinu pomůcek vyrábějí svépomocí nebo nakupují z vlastních prostředků. Často vyrábí, kreslí, tisknou a laminují obrázky a fotografie. Hojně využívají internetové zdroje a volně přístupná videa. Ze zakoupených materiálů se pedagogům velmi osvědčily Listy sexuality (Eisner, 2009), a to především u výuky žáků se středním a těžkým MP. Jako další, velmi často zmiňovaný materiál, byl uváděn animovaný film „O sexu“ (Dlouhá, 2008, online), určený pro osoby s MP. U žáků je film velmi oblíbený, dostatečně názorný a vybízí k další diskusi. Z chybějících pomůcek by pedagogové nejvíce uvítali trojrozměrný model lidského těla, na kterém by mohli názorně ukázat rozdíl mezi mužem a ženou, ukázat a pojmenovat pohlavní orgány, demonstrovat průběh početí, těhotenství a vývoj dítěte. Zároveň by mohl sloužit i při výuce přírodovědy a přírodopisu. Dva pedagogičtí pracovníci uvádí, že by uvítali i model penisu pro nácvik správného nasazování a manipulace s prezervativem.

Pedagogický pracovník č. 6: „*Veškeré materiály si vyrábím nebo sháním sama. Velmi bychom uvítali trojrozměrný model lidského těla v ženské i mužské variantě. Naši žáci potřebují především velkou názornost a ani obrazové materiály nejsou někdy zcela dostatečné.*“

Kromě materiálních podmínek byly předmětem otázky i podmínky prostorové, které mohou s tématem také úzce souviset, například při výše zmiňovaném řešení akutní sexuální potřeby žáků s těžkým MP nebo jako prostor pro řešení otázek týkajících se sexuality, které je zapotřebí s žákem probrat a vyřešit v soukromí, nikoliv před spolužáky ve třídě. Samostatná místnost zřízená a vybavená k tomuto účelu na škole není. Žáci ze tříd zřízené pro žáky s poruchou autistického spektra mohou využít v případě potřeby prostory školní družiny. Žáci ze speciálních tříd pak prostor kabi-

netu či dopoledne neobsazenou místnost školní družiny. Žáci základní školy tuto možnost nemají. Všichni oslovení respondenti shodně uvádí, že ve škole místnost pro relaxaci nebo nalezení soukromí chybí. Velmi by ocenili Snoezelen nebo harmonizační lůžko, obzvláště u žáků s poruchami autistického spektra. Zároveň zdůraznili potřebu takové místnosti i pro zvládání těžších afektů u těchto žáků. Učitelé nebo asistentky pedagoga často potřebují odvést tyto žáky do klidného a bezpečného prostředí, mimo prostor třídy, kde se nacházejí ostatní spolužáci. Bohužel stísněné prostorové podmínky školy zřízení takové místnosti v současné době neumožňují.

### **Personální podmínky školy**

Další otázka se zabývá personálními podmínkami školy, a to především členy školního poradenského pracoviště. Na vybrané základní škole zřízené dle § 16 odst. 9 a na základní škole speciální působí školní metodik prevence a výchovný poradce, kteří se také zúčastnili výzkumného šetření. Z trojice poradenských pracovníků je postrádán školní psycholog. Z legislativního hlediska není povinností ředitele školy zaměstnat školního psychologa, nicméně většina pedagogů uvádí, že by jeho přítomnost ve škole uvítala. Budeme-li se držet tématu sexuality, tak by mohl být zcela jistě prospěšný i při zajišťování sexuální osvěty, mohl by působit jako poradce pro žáky v intimních otázkách, se kterými se třídním učitelům často stydí svěřit. Pokud by byla ve škole přítomna nestranná osoba, o které by věděli, že se na ni v případě potřeby mohou s důvěrou obrátit, jistě by toho někteří žáci rádi využili.

Pedagogický pracovník č. 4 uvádí: „*Přestože jsme malý kolektiv, ve třídách máme malý počet žáků a třídní učitel vystupuje často v roli jakéhosi druhého rodiče, k žákům míváme opravdu velmi blízko, tak někdy je pro mladého člověka v pubertě jednodušší svěřit se někomu nezaujatému, někomu, kdo ho zároveň neučí matematiku, fyziku nebo nezkouší ze slovíček. Zkrátka někdo, kdo by byl tou spolehlivou vrbou a před kým by se nemusel tolik ostýchat.*“

Zástupkyně ředitele školy: „*Myslím, že školního psychologa přímo ve škole by neodmítl nikdo. Kvalitní školní psycholog je jistě přínosem pro každou školu.*“

Na škole, vzhledem k potřebám a charakteru vzdělávaných žáků, působí i několik asistentů pedagoga, kteří jsou přítomni takřka v každé třídě. Učitelé jsou zaměstnání výukou a administrativními činnostmi, proto právě asistenti pedagoga často zastávají funkci jakési vrby a blízké osoby, na kterou se s intimními dotazy a vztahovými problémy žáci obracejí. Ze své pozice si však velmi často nepřipadají zcela kompetentní tyto otázky řešit. Často si nejsou jisti, jak správně zareagovat, jak žákovi poradit, musejí se řídit pouze vlastními zkušenosti a osobním postojem nebo věc konzultovat s pedagogem. V tomto případě však může být narušena vzájemná důvěra mezi žákem, který se asistentovi pedagoga svěřil a asistentem. Dostávají se tak často do poměrně složité pozice a uvítali by možnost, mít k dispozici odborníka, na kterého mohou žáka odkázat, nebo se kterým by se mohli o situaci poradit, aniž by došlo k narušení důvěry a vyjádření problému intimního charakteru třídnímu učiteli, pokud si to žák nepřeje.

Asistentka pedagoga č. 1 uvádí: *„Z pozice asistentky pedagoga bych tuto pozici zcela jistě uvítala. Dá se říct, že v praxi jsme často v pozici osobních rádců právě my, asistenti pedagoga. Učitelé především učí, ale když mají žáci nějaký osobní nebo intimní problém, se kterým potřebují poradit, mají k nám většinou blíž, a proto se na nás také obrací. Ne vždy se však cítím v těchto situacích zcela kompetentní a v případě přítomnosti školního psychologa bych ho jistě také využila s žádostí o radu, jak situaci nejlépe řešit nebo jak žákovi poradit.“*

Většina dotazovaných pedagogických pracovníků se domnívá, že na škole podobného typu by měl být školní psycholog samozřejmostí. Vzhledem k malé velikosti školy, by se však dle názoru respondentů školní psycholog na plný pracovní úvazek nevyužil. Je to dáno i tím, že část diagnostické a depistážní činnosti, přebírají na tomto typu školy pedagogové, kvalifikovaní v oboru speciální pedagogika, ve spolupráci se speciálně pedagogickými centry a pedagogicko-psychologickými poradnami.

Dle Katalogu podpůrných opatření (Katalog podpůrných opatření, online) zahrnuje diagnostická a depistážní činnost školního psychologa i vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, pomoc při poskytování podpůrných opatření nebo sestavování individuálních vzdělávacích plánů, což jsou činnosti prolínající se s činnostmi speciálního pedagoga. Nicméně další konzultační, poradenské a intervenční činnosti, jako je například poskytování krizové intervence, kariérové poradenství nebo konzultace se zákonnými zástupci žáků, které jsou také součástí

náplně práce školního psychologa, by byly na této škole zcela jistě také potřebné. Výchovný poradce shrnul důvody, vysvětlující, proč není na vybrané škole školní psycholog zcela nezbytný, následovně: *„Výhodou naší školy je její takřka rodinné prostředí, a proto není školní psycholog nezbytný. Škola je malá, v každé třídě je snížený počet žáků, všichni učitelé i žáci se velmi dobře znají, a proto většinou zvládnout pozici školního psychologa vynahradiť třídní učitelé, kteří mají se svými žáky poměrně blízký vztah.“* Ačkoliv s tímto názorem většina dotázaných pedagogů souhlasí, přesto se vyjádřili, že by alespoň sdíleného poradenského pracovníka na pozici školního psychologa, na poloviční pracovní úvazek, uvítali.

### **Sexuální důvěrník**

V souvislosti s otázkami sexuality může být inspirací pozice sexuálního důvěrníka. Jedná se o pozici poměrně novou, která je využívána v zařízeních sociálních služeb pro osoby s MP. Měsíčník Z Domova (2019) uvádí: *„V České republice se můžeme setkat s názvem sexuální důvěrník, intimní pracovník či konzultant v oblastech sexuality a vztahů. Jedná se o zaměstnance sociálních či zdravotních zařízení, kteří se věnují poradenství či vzdělávání v oblastech sexuality a vztahů u cílové skupiny, se kterou pracují. Sexuální důvěrník je tedy poradenský pracovník, který působí v oblasti teoretické osvěty, v oblasti sexuality a vztahů lidí s postižením. Zůstává v pozici poradenství, konzultací a vzdělávání.“* Jeho funkci by tedy mohl zcela jistě v rámci školy zastávat i školní psycholog, proškolený na danou problematiku. U pedagogů byl zjišťován názor na možnost uplatnění takové pozice i v prostředí speciálního školství. Zástupkyně ředitele školy uvedla: *„Ze své podstaty by jistě taková funkce uplatnitelná byla, v praxi si to dost dobře představit nedokážu.“*

Někteří pedagogové už o této pozici slyšeli. Je to dáno i tím, že je s velkým pozitivním ohlasem využívána v Domově pro osoby se zdravotním postižením Sulická, který je v těsném sousedství školy. Vyjádřili se, že by nemusel být takový pracovník ve škole každý den, ale mohlo by se jednat o sdíleného pracovníka, který by do školy docházel třeba právě ze zařízení sociálních služeb, kde tato služba funguje. Určitě by takovou pomoc uvítali, obzvláště když není k dispozici školní psycholog.

## Kompetence pedagogů v oblasti sexuální výchovy

Otázka, týkající se odborné kompetence pedagogů v oblasti sexuální výchovy, nebyla plánovanou součástí výzkumu. Již při prvním rozhovoru však byla ze strany pedagoga zmíněna a z tohoto důvodu se stala součástí i dalších rozhovorů s pedagogickými pracovníky. Nakonec se ukázalo, že zcela oprávněně. Všichni dotazovaní pedagogové uvádí, že velkým problémem je chybějící nebo nedostatečná metodika pro výuku sexuální výchovy u žáků s MP, popřípadě metodika správného postupu při řešení situací spojených s projevy sexuality u žáků s MP ve škole. Všichni oslovení pedagogové uvádí, že v rámci vysokoškolského studia nebo dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, nezískali dostatečné informace v této oblasti a jejich subjektivní pocit je takový, že se především na počátku pedagogické praxe, necítili dostatečně kompetentní k řešení těchto otázek u žáků s MP. Někteří pedagogové uvádí, že se v rámci studia zabývali tématem sexuality jen minimálně a někteří dokonce uvádí, že se tímto tématem nezabývali vůbec.

Pedagogický pracovník s praxí v délce 1 roku uvádí: *„To mohu potvrdit, je velmi nepříjemné, když v takové situaci nevíte, jak správně zareagovat. Absolvovala jsem vysokoškolské studium na dvou českých univerzitách. Na jedné nebyla tato problematika řešena vůbec, na druhé pouze minimálně, krátkou dvouhodinovou přednáškou.“*

Většina pedagogů uvedla, že se řídí především vlastními zkušenostmi, citem, osobním postojem, to je ale pro začínajícího pedagoga bez zkušeností velmi těžké. Pro čerstvě vystudovaného pedagoga, ať už učitele nebo asistent pedagoga, který se dostane například do autistické třídy, to musí být z počátku velice nepříjemné. Obzvláště nemá-li žádné předchozí praktické zkušenosti. V tomto případě se často cítí bezradně a je zcela odkázán na pomoc zkušenějších kolegů. Vystudovaný speciální pedagog by však měl být plně kompetentní tyto situace zvládat řešit zcela samostatně.

Pedagogický pracovník č. 8 uvádí: *„Nikdy jsem se nesetkala ani během svého studia ani u nových kolegyň, že by se s tímto tématem na škole setkali. Určitě bych na to apelovala. Oni se hodně soustředili třeba na drogy, šikanu, ale to je často provázané a chybí to. Často nastoupí po škole, nemají ještě ani vlastní děti a vůbec nevědí, jak reagovat nebo jak řešit některé situace.“*

Z řad pedagogů vybrané základní školy a základní školy speciální se problematikou sexuální výchovy v současné době zabývají čtyři pe-

dagožky. Dvě v rámci vysokoškolského studia a dvě pedagožky ze tříd pro žáky s poruchou autistického spektra absolvovali v říjnu roku 2020 v rámci konference společnosti Nautis přednášku na téma sexuality. Školní metodická prevence je v rámci specializačního studia vyškolená na oblast rizikových jevů, která také souvisí se sexualitou a prevencí. Kurzů celoživotního vzdělávání, školení a přednášek na toto téma však existuje celá řada. Po podrobnějším prostudování této problematiky lze zmínit hned několik organizací, které takové kurzy pořádají. Například organizace Freya nebo kurzy pořádané Petrem Eisnerem, Dis., které mají i akreditaci MPSV. Je tedy především na každém pedagogovi, aby se v případě potřeby o tyto možnosti dále zajímal. Zároveň je však pravda, že nastoupí-li čerstvě dostudovaný pedagog jako kvalifikovaný učitel na základní školu nebo na základní školu speciální, kde vzdělává žáky s MP, včetně žáků s poruchami autistického spektra, měl by být i na tuto problematiku dostatečně připravený už v rámci studia na vysoké škole a univerzity by tomu měly lépe přizpůsobit studijní plány.

## **Výsledky rozhovorů u žáků s lehkým mentálním postižením**

Další část výzkumného šetření zjišťovala znalosti, zkušenosti a zdroje získávání informací žáků v oblasti sexuality. Probíhala u žáků s diagnostikovaným lehkým MP, velmi často kombinovaným s poruchami pozornosti, vadami řeči nebo s poruchou autistického spektra. Rozhovorů se zúčastnilo celkem dvacet tři žáků, rozdělených do tří skupin podle věku a ročníku.

U žáků 5., 6., 7. a 9. ročníku základní školy zřízené dle § 16 odst. 9 probíhal výzkum pomocí metody individuálního rozhovoru doplněné strukturovaným dotazníkem. V rámci individuálního rozhovoru zodpovídali žáci předem připravené strukturované i nestrukturované otázky a zároveň měli možnost se k otázkám blíže vyjádřit, uvést svůj názor nebo osobní zkušenost. Výhodou zvolené výzkumné metody byla možnost získat co nejpřesnější informace, sledovat verbální i neverbální reakce žáků a tomu vedení rozhovoru a obsah otázek přizpůsobit. Zároveň tato kombinace poskytla možnost eliminovat případy nezodpovězených otázek nebo chybných odpovědí z důvodu nepochopení nebo nepochopení obsahu otázky. Otázky bylo možné žákům blíže vysvětlit a pomocí zpětné vazby nebo doplňujících otázek ověřit žákovo porozumění. Díky zcela individuálnímu

přístupu vykazala zvolená výzkumná metoda vysokou efektivitu. Vzhledem k odlišnému věku a úrovni vyspělosti žáků v jednotlivých skupinách byly vytvořeny tři varianty otázek pro každou skupinu zvlášť. Varianty se liší především obsahem a formulací některých otázek. Zákonní zástupci žáků poskytli informované souhlasy. Všichni oslovení rodiče žáků s výzkumem souhlasili.

Každý žák se účastnil rozhovoru individuálně. Každý rozhovor trval přibližně jednu vyučovací hodinu se zařazením několika krátkých přestávek, pohybových a relaxačních chviliek. Výzkumné šetření probíhalo v klidném prostředí, které zajistilo dostatek soukromí. V úvodní části rozhovoru proběhlo krátké seznámení a povídání o každodenních tématech jako je rodina, záliby, oblíbené vyučovací předměty nebo oblíbení učitelé. Cílem úvodního seznámení bylo navodit přátelskou atmosféru, prolomit nervozitu a stud. Díky empatickému přístupu se podařilo vzbudit u žáků důvěru a otevřenost. Jako motivace posloužil i příslib zodpovězení veškerých otázek, týkajících se sexuality. Po úvodním seznámení následovalo pokládání a zodpovídání jednotlivých otázek. V úvodní části byly žákům položeny otázky zjišťující informace o věku a pohlaví žáka. Dále rozhovor obsahoval tři okruhy otázek. První byly otázky vědomostní, jejichž účelem bylo zjistit rozsah získaných znalostí. Druhé byly otázky zkušenostní, které zjišťovaly, jaké má žák v dané oblasti zkušenosti, a to jak vlastní vztahové a sexuální, tak i zkušenosti s výukou sexuální výchovy. Třetím okruhem byly otázky zaměřené na zjištění míry zájmu o dané téma a na způsob získávání nových informací. Žákům byly otázky pokládány takovým způsobem, aby bylo zaručeno porozumění v co největší možné míře. Všechny otázky byly blíže vysvětleny. Při upřesňování a vysvětlování obsahu otázek byly použity názorné příklady nebo obrazové materiály, konkrétně *Moje první knížka o sexu* (Díaz Morfa, 2009), *Encyklopedie pohlavního života 7–9 let* (Verdoux, 1992) a na ni navazující další díl *Encyklopedie pohlavního života 10–13 let* (Kahn-Nathan, 1992), *Listy sexuality* (Eisner, 2009) nebo *Desatero pro kluky: jak na pubertu, holky i sex: skorokomiks pro správné kluky o radostech a strastech dospívání* (Martincová, 2018). Tyto publikace žáky zaujaly a po skončení rozhovoru si je se zájmem prolistovali.

Východiskem pro tvorbu otázek byly rozhovory s pedagogy a třídními učiteli, výsledky vlastního pozorování chování žáků v jednotlivých třídách a obsahová náplň ŠVP vybrané základní školy. Celkem se výzkumu zúčastnilo dvacet tři žáků s diagnostikovaným lehkým MP, včetně dvou žáků

s poruchou autistického spektra a žáků s kombinovaným postižením. Žáci byli přirozeně zvědaví a do rozhovorů se ochotně zapojili.

### Žáci 5. třídy ve věku 10–13 let

V první skupině žáků 5. třídy ZŠ dle § 16 odst. 9 s diagnostikovaným lehkým MP ve věku 10–13 let se šetření zúčastnilo 8 žáků. Z toho 5 chlapců a 3 dívky, jak žáci uvádí v první otázce. Ve druhé otázce jeden žák uvádí věk 10 let, čtyři žáci věk 11 let, jeden žák uvádí věk 12 let a jeden žák věk 13 let. Otázky byly dále zaměřeny na určování pohlaví, na základní rozdíly mezi mužem a ženou, na pojmenování pohlavních orgánů, období dospívání, základy lidské reprodukce (početí, těhotenství, porod dítěte), na způsob a zdroje získávání informací, na sexuální výchovu absolvovanou v rámci vyučování, ohleduplnost a chování k druhým, způsob chování v neobvyklých a potencionálně nebezpečných situacích, rozdíl mezi vztahem a kamarádstvím a na vlastní zkušenosti.

### Znalosti žáků v oblasti sexuality

Ve vědomostních typech otázek odpovídali žáci následovně: Ve třetí otázce, zaměřené na **bezpečnost**, uvádí šest z osmi žáků správně, že odcházet a komunikovat můžeme pouze s lidmi, které dobře známe a v ideálním případě je znají i naši rodiče. Jeden žák by odešel s cizím člověkem, který by se mu líbil, přestože ho nezná a jeden žák by uvěřil cizí osobě, která by tvrdila, že ji poslali rodiče, jenom mu to zapomněli říct. Ve čtvrté otázce uvádí všech osm žáků, že **dotýkat se nás mohou pouze lidé, kterým to dovolíme**. Výjimečně rodiče nebo lékař. Při rozhovoru s třídní učitelkou této třídy bylo zmíněno, že dané téma v poslední době velmi často řešili z důvodu vzájemného osahávání mezi spolužáky. Pátá otázka byla zaměřena na způsob řešení situace, kdy mě někdo **obtěžuje, dotýká se mě nebo dělá něco, co se mi nelíbí**. V této otázce označilo šest žáků správnou odpověď, a i u doplňujících otázek prokázali schopnost dobře si v podobných situacích poradit. Dva z těchto žáků uvádí konkrétní vlastní zkušenost. Jeden žák by situaci řešil násilnou obranou, konkrétně fackou a zbitím, jeden žák by situaci neřešil a nechal dotyčného, aby si dělal, co chce. V šesté otázce šest žáků vědělo, že **obtěžování druhých** je trestné a poškozený se může obrátit na policii, dva žáci o tom nevěděli a byli z informace překvapeni.

V sedmé a osmé otázce měli žáci **pojmenovat mužské a ženské pohlavní orgány**. Tři žáci pojmenovali mužský pohlavní orgán jako pindík, dva žáci jako penis a jeden žák jako pindour. Dva žáci nedokázali mužský pohlavní orgán pojmenovat, v obou případech se jednalo o chlapce. Odpovědět nedokázali ani při položení doplňujících otázek: „Čím čůrají? Co mají kluci mezi nohama a holčičky to nemají?“. Byly použity i obrázky, žáci věděli, o co se jedná, ukazovali, kde tento orgán mají, ale nedokázali ho nijak pojmenovat. Uvádí, že ani doma žádný výraz nepoužívají a o těchto věcech nemluví. U ženského pohlavního orgánu uvádí čtyři žáci výraz pipina a čtyři žáci jej nedokázali pojmenovat, ve všech případech se jednalo o chlapce. V deváté otázce měli žáci za úkol dokreslit do obrázku postavy **rozdíly mezi mužem a ženou**. Celkem šest žáků si s úkolem poradilo velmi dobře, dokázali správně odlišit pohlaví postavy, zakreslili správně pohlavní orgány muže i ženy a u ženské postavy nakreslili ňadra. Jeden žák nedokázal pohlavní orgány zakreslit, pouze ukázal, kde se nacházejí a jeden žák nakreslil postavám oblečení. V obou případech se jednalo o chlapce, kteří nedokázali ani v předchozích otázkách pohlavní orgány nijak pojmenovat. Desátá otázka byla zaměřena na **vznik dětí**, kdy šest žáků správně odpovědělo, že dítě vzniká ze spojení muže a ženy, jeden žák odpověděl, že dítě nosí čáp a jeden žák uvádí, že dítě samovolně vyroste v břiše ženy, ale muž k tomu není potřeba. Jedenáctá otázka byla zaměřena na **těhotenství**, kdy šest žáků správně odpovědělo, že těhotenství je období, kdy žena nosí v bříšku miminko a dva žáci odpověděli, že se jedná o období, kdy se z chlapce stává muž. Dvanáctá otázka už se podrobněji zaměřovala na **způsob zplození dítěte**. Pouze tři žáci správně odpověděli, že dojde ke spojení vajíčka ženy se spermií muže. Jeden žák odpověděl, že dojde ke spojení vajíčka ženy a vajíčka muže, což lze považovat za alespoň částečně správnou odpověď. Jeden žák odpověděl, že ženě dá dítě do břicha lékař, dva žáci odpověděli, že žena má v bříšku semínka, ze kterých může vyrůst miminko, pokud bude hodně pít a jeden žák uvádí, že neví. Třináctá otázka se zaměřovala na **způsob oplodnění**, kdy tři žáci správně uvádí, že mezi mužem a ženou musí proběhnout pohlavní styk a pět žáků uvádí chybnou odpověď, z toho dva žáci uvádí, že stačí držení za ruce, dva žáci uvádí, že je zapotřebí líbání a jeden žák uvádí, že je zapotřebí líbání i držení za ruce. Ve čtrnácté otázce se žáci zabývali **rozdílem mezi kamarádstvím a partnerským vztahem**. Šest žáků dokázalo správně uvést rozdíl mezi vztahem a kamarádstvím, dva žáci uvádí, že kamarádi jsou pouze ve škole a vztah mají s rodiči. Patnáctá

otázka se týkala **puberty**, kdy pouze tři žáci označili správnou odpověď, že puberta je období dospívání, kdy se dívka mění v ženu a chlapec v muže. Tři žáci vybrali odpověď, že puberta je nemoc, při které mají kašel, rýmu a teplotu a dva žáci označili možnost „nevím“. Šestnáctá otázka se týkala svlékání a **ochrany vlastního těla**, kdy šest žáků správně uvádí, že před ostatními nebo na veřejnosti se svlékat nemůžeme, pouze před rodiči nebo lékařem. Jeden žák uvádí odpověď „ano“, že před ostatními se svlékat může a odpověď potvrdil i popsáním různých situací ve škole nebo na veřejnosti, jeden žák uvádí odpověď „nevím“. Sedmnáctá otázka se týkala zkušeností, proto se k jí budeme zabývat v dalším odstavci. Osmnáctá otázka se týkala **menstruace**, kdy tři žáci, konkrétně všechny dívky, věděli, co je menstruace a pět žáků nevědělo, zde jednalo se o chlapce. V devatenácté otázce jsme se ptali na **význam slova sex**, kdy sedm žáků dokázalo správně odpovědět nebo alespoň dle svých schopností přiblížit, nakreslit nebo popsat, co je to sex a k čemu při něm dochází. Pouze jeden žák nevěděl, co slovo sex znamená. V poslední vědomostní otázce číslo dvacet čtyři měli žáci uvést **věkovou hranici**, od které je možné v ČR dle zákona provozovat sex. V této otázce nebyla žádná správná odpověď. Čtyři žáci odpověděli od 18 let, jeden žák od 20 let a tři žáci uvádí, že nevědí.

## **Zkušenosti žáků v oblasti sexuality**

Ve zkušenostních otázkách byly odpovědi následující: V otázce číslo sedmnáct uvádí čtyři žáci, že už měli nebo mají nějaký **vztah s dívkou nebo chlapcem**, čtyři žáci uvádí, že takovou zkušenost ještě nemají. V otázce číslo dvacet tři uvádí šest žáků, že nemají žádnou zkušenost a ani se s nikým nedrželi za ruku. Bylo vhodnými slovy upřesněno, že je myšleno držení za ruku v rámci vztahu. Žáci, kteří v otázce sedmnáct uvádí, že ano, tak jeden žák uvádí, že se již s dívkou/chlapcem objímal a jeden žák uvádí, že políbil dívku na tvář. Dva žáci, kteří neuvedli žádné zkušenosti, ale v otázce číslo sedmnáct odpověděli, že už vztah měli nebo mají, uvádí, že se ještě za ruku nedrží, ale řekli si, že se mají rádi a chodí spolu ven.

## **Zdroje získávání informací v oblasti sexuality**

V otázkách zaměřených na získávání informací uvádí žáci v otázce číslo dvacet, že nejčastěji se informace z oblasti sexuality a sexuální výchovy

dozvídají od **maminky**. Tuto odpověď zvolili tři žáci. Dva žáci zvolili odpověď **od kamarádů**, jeden žák **z internetu**, jeden žák **z televize**, konkrétně ze seriálů, na které se dívají rodiče a jeden žák uvádí, že podobné informace mu **nikdo nikdy neřekl**. V otázce číslo dvacet jedna uvádí sedm žáků z osmi, že ještě nikdy ve škole **neměli sexuální výchovu** a ani podobná témata v rámci výuky neprobírali. Pouze v rámci předmětu **prvouka a přírodověda** si povídali o lidském těle, kdy v rámci určování částí těla označili u žen prsa, ale rozdíl mezi mužem a ženou určovali na obrázku oblečených osob pouze podle oblečení, účesu a vzhledu. Dále se učili o jednotlivých etapách lidského života a rodině. I při podrobnějším prohlédnutí používaných učebnic jsme nenašli žádné podrobnější ilustrace, které by znázorňovaly nahou ženu nebo muže nebo se o tomto rozdílu zmiňovaly alespoň v textu. Jeden žák uvádí, že toto téma probírali, ale **jen velmi málo**. Tento žák přestoupil z jiné základní školy, nejednalo se o školu dle § 16 odstavce 9. Sedm žáků v otázce číslo dvacet dva uvádí, že by se chtělo dozvědět víc a **projevilo velký zájem o besedu na toto téma**. Poslední otázka zjišťovala zpětnou vazbu na náročnost otázek. Dva žáci uvádí, že pro ně byly otázky náročné, tři žáci uvádí, že některé otázky ano a některé ne, jeden žák uvádí, že většina otázek nebyla těžká a dva žáci uvádí, že žádná z otázek pro ně nebyla těžká.

## **Žáci 6. a 7. třídy ve věku 12–13 let**

Ve druhé skupině žáků 6. a 7. třídy ZŠ dle § 16 odstavce 9 s diagnostikovaným lehkým MP ve věku 12–13 let se šetření zúčastnilo 7 žáků, z toho 4 chlapci a 3 dívky, jak uvádí v první otázce. V druhé otázce uváděli žáci svůj věk. Čtyři žáci uvádí věk 12 let a tři žáci věk 13 let. Otázky byly dále zaměřeny na pojmenování pohlavních orgánů, základy lidské reprodukce (početí, těhotenství), význam slova sex, na antikoncepci, pohlavně přenosné nemoci, stalking, způsob a zdroje získávání informací, na sexuální výchovu absolvovanou v rámci vyučování, ohleduplnost a chování k druhým a na vlastní zkušenosti. V této skupině je zastoupen větší počet žáků, kteří mají výraznější potíže se čtením a porozuměním čteného textu. Z toho důvodu byl volen stručnější dotazník a podrobnosti byly zjišťovány v rámci individuálního rozhovoru.

## Znalosti žáků v oblasti sexuality

Ve vědomostních typech otázek odpovídali žáci následovně: Ve třetí otázce prokázalo pět žáků ze sedmi znalost ohledně **zplození a početi dítěte**, z toho však pouze dva žáci dokázali popsat podrobněji, že je zapotřebí spojení vajíčka a spermie, ostatní žáci uvádí pouze sex, upřesněný jako pohlavní styk muže a ženy. Dva žáci vůbec netušili, jak vznikají děti, i když uvádí, že na čápa už nevěří. Čtvrtá otázka se týkala **pojmenování pohlavních orgánů**. Pohlavní orgán muže byl pouze jedním žákem pojmenován jako penis, dva žáci uvádí spermie, po upřesnění uvádí oba pindík. Výraz pindík použili i další dva žáci a dva žáci uvádí, že neví, jednalo se o dva chlapce. U ženských pohlavních orgánů byl uveden dvakrát výraz pipina, jeden žák uvádí prsa, dva žáci uvádí vajíčko, po upřesnění nedokázali najít vhodný výraz, stejně jako dva zbývající žáci, kteří neuvedli žádnou odpověď. Ze sedmi žáků tedy pouze jeden žák používá a zná výraz penis, pojmenování ženských pohlavních orgánů je pro žáky ještě náročnější. **Význam slova sex** správně popsalo šest ze sedmi žáků. Jeden žák měl potíže s vysvětlením a popsáním a bylo zřejmé, že si není zcela jistý. Další čtyři vědomostní otázky byly zařazeny až na konec rozhovoru. V otázce číslo šestnáct, týkající se **antikoncepce**, odpověděli správně čtyři žáci a dokázali popsat, co je antikoncepce. Jako příklad antikoncepce uvádí jeden žák kondom, dva žáci prášky pro ženy, myšleno antikoncepční tablety, jeden žák uvádí kondom i prášky pro ženy, jiné druhy antikoncepce neznali. Tři žáci nevěděli, co je antikoncepce. Otázka číslo sedmnáct, zaměřená na **pohlavně přenosné nemoci**, byla správně zodpovězena čtyřmi žáky, z nichž jeden uvádí jako příklad AIDS, druhý žák uvádí AIDS a rakovinu (specifikováno jako „rakovinu tam dole u žen“), dva žáci neznali žádnou konkrétní pohlavně přenosnou nemoc a tři žáci vůbec nevěděli, co je to pohlavně přenosná nemoc. Osmnáctá otázka se týkala **minimální věkové hranice**, od které je možné provozovat pohlavní styk. V této otázce odpověděli tři žáci správně a čtyři žáci uvádí chybně věkovou hranici 18 let. V otázce číslo devatenáct měli žáci za úkol vysvětlit pojem **stalking**. Ze sedmi žáků znal toto slovo pouze jeden, ale uvádí, že je to pouze když muž pronásleduje ženu, uvádí, že naopak to být nemůže. Ostatní žáci toto slovo neznali a ani po vysvětlení významu netušili, že se jedná o něco zakázaného nebo trestného. Oproti tomu v otázce číslo dvacet všech sedm žáků správně uvádí, že **obtěžování** a dotýkání se druhého přes jeho nesouhlas může být považováno za sexuál-

ní obtěžování a jedná se o trestný čin. Celkově lze shrnout, že znalosti v této skupině jsou značně nevyvážené a nedostatečné.

## **Zkušenosti žáků v oblasti sexuality**

V části věnované vlastním zkušenostem uvádí pět žáků, že už měli nebo mají **vztah s dívkou nebo chlapcem**, vždy se jednalo o jedince opačného pohlaví. Dva žáci uvádí, že tuto zkušenost ještě nemají. Při konkretizaci zkušeností uvádí jeden žák, že se pouze objímali, dva žáci uvádí, že se drželi za ruce a objímali, jeden žák uvádí zkušenost s líbáním a jeden žák s líbáním i pohlavním stykem, jednalo se o žáka ve věku 13 let. Jeden žák uvádí, že se scházejí u partnerky doma, jeden žák uvádí, že nejčastěji tráví čas venku, ve městě a v parku, jeden žák uvádí, že se vídají pouze ve škole. Na závěr žáci hodnotili obtížnost otázek. Pět žáků uvádí, že většina otázek nebyla těžká, dva žáci uvádí, že žádná otázka nebyla těžká.

## **Zdroje získávání informací v oblasti sexuality**

Otázky zaměřující se na zdroje získávání informací dopadly následovně: Čtyři žáci uvádí, že informace získávají ve škole, nicméně po doplňujících otázkách bylo upřesněno, že především **od spolužáků v kombinaci s internetem**. Pouze dva žáci uvádí, že informace získávají **od rodičů**, z nichž jeden zároveň uvádí i **staršího sourozence** a jeden žák uvádí, že informace získává pouze **na internetu**. Tři žáci uvádí, že na internetu vyhledávají a čtou články, dva žáci se zkusili účastnit internetové diskuse a dva žáci uvádí, že na internetu vyhledávají pouze videa. Z rozhovoru poté vyplynulo, že se jedná o **pornografická videa**. Pouze dva žáci uvádí, že informacím získaným na internetu rozumí, čtyři žáci uvádí, že většinu informací vyhledaných na internetu nerozumí. V deváté otázce zaměřující se na **výuku sexuální výchovy v rámci školy** uvádí tři žáci, že takovou výuku nebo přednášku absolvovali, ale v rámci jiné školy, nejednalo se o školu dle § 16 odst. 9. Tři žáci uvádí, že takovou výuku neměli vůbec a jeden žák uvádí, že se tomuto tématu věnovali velmi málo. Tři žáci považují informace získané ve škole za dostatečné, čtyři žáci za zcela nedostatečné, konkrétně uvádí žádné. Tři žáci, kteří absolvovali výuku nebo přednášku na toto téma uvádí, že všem předaným informacím porozuměli.

## Žáci 9. třídy ve věku 15–16 let

Ve třetí skupině žáků 9. třídy ZŠ dle § 16 odst. 9 s diagnostikovaným lehkým MP ve věku 15–16 let se šetření zúčastnilo 8 žáků, všichni žáci byli chlapci. Šest chlapců ve věku 15 let a tři chlapci ve věku 16 let. Otázky byly zaměřeny na základy lidské reprodukce (početí, těhotenství), význam slova sex, antikoncepci, pohlavně přenosné nemoci, stalking, způsob a zdroje získávání informací, sexuální výchovu absolvovanou v rámci vyučování, ohleduplnost a chování k druhým a na vlastní zkušenosti.

### Vědomosti žáků v oblasti sexuality

V první části, zaměřené na získané vědomosti, odpovídali žáci následovně: Sedm z osmi chlapců dokázalo správně vysvětlit **význam slova sex, pohlavní styk**. Vysvětlit způsob **početí dítěte** zvládlo pět z osmi chlapců. Jeden chlapec uvádí, že o tom nemá žádné informace. Šest z osmi chlapců vědělo, co je to **antikoncepce**, dva chlapci neznali význam tohoto slova. Jako příklad uvádí pět chlapců kondom a tři chlapci navíc i léky pro ženy. Dva chlapci znali význam slova antikoncepce, ale nedokázali uvést žádný příklad. Šest chlapců správně odpovědělo na otázku ohledně **pohlavně přenosných nemocí**, tři chlapci uvádí, že neví, co to znamená. Jako příklad uvádí čtyři žáci AIDS, z toho dva konkrétně virus HIV, dva žáci uvádí kapavku a jednou byl zmíněn syfilis. Jeden žák uvádí jako pohlavně přenosnou nemoc těhotenské deprese a jeden žák Covid-19. V otázce zaměřené na **minimální věkovou hranici**, od které je možné v ČR dle zákona provozovat pohlavní styk odpověděli čtyři chlapci správně od 15 let a tři žáci od 18 let. Jeden chlapec uvádí, že od 15 let s kondomem a od 18 let bez kondomu, jeden chlapec uvádí, že neví. Z osmi chlapců pouze tři věděli a dokázali popsat, co je to **stalking**. Pět chlapců uvádí, že neví, jeden se domníval, že se jedná o sex s klukem i holkou. Všechny osm chlapců správně odpovědělo, že **sexuální obtěžování**, včetně osahávání, je trestný čin.

### Zkušenosti žáků v oblasti sexuality

Ve zkušenostních otázkách byly odpovědi následující: Z otázek zaměřených na zkušenosti uvádí pět žáků, že už **mají nebo měli s někým vztah**, tři žáci uvádí, že ještě s nikým vztah neměli. V podrobnějším průzkumu zkušeností

uvádí čtyři žáci, že nemají žádné zkušenosti. Zkušenost s držením za ruku a objímáním uvádí tři žáci, zkušenost s líbáním dva žáci, s mazlením dva žáci, s hlazením na prsou jeden žák, s hlazením a dotyky na intimních místech jeden žák, zkušenost s pohlavním stykem a orálním sexem uvádí jeden žák. Pět žáků doplnilo jako další zkušenost masturbaci. Žáci uvádí jako věk prvních zkušeností s objímáním 11 let, s mazlením 14 let a s pohlavním stykem 15 let. Tři žáci uvádí, že jejich zkušenost byla ještě krásnější, než očekávali. Jeden žák uvádí, že byla nepříjemná a týkala se masturbace. Pět žáků se k této otázce nevyjádřilo. Jeden žák uvádí, že se s partnerkou nejčastěji procházejí v parku nebo doma a jeden žák uvádí, že chodí často do kina. Na závěr žáci hodnotili obtížnost otázek. Dva žáci uvádí, že otázky byly moc těžké. Dva žáci uvádí, že některé byly těžké, ale většina ne, jeden žák uvádí, že většina těžká nebyla a dva uvádí, že to nebylo vůbec těžké.

## **Zdroje získávání informací v oblasti sexuality**

Z otázek zaměřených na zdroje získaných informací uvádí čtyři žáci, že nejčastěji získávají informace **ve škole, od rodičů a z internetu**. Dva žáci uvádí, že zdrojem informací jsou **kamarádi** a jeden čerpá informace **z knih**, konkrétně z encyklopedií. Žáci, kteří vyhledávají informace na internetu uvádí, že nejčastěji vyhledávají **video**. Někteří přiznali, že **pornografická**, někteří neuvedli, jaká konkrétně. Dva žáci uvádí, že zkoušeli pokládat dotazy v internetové diskusi a jeden uvádí, že vyhledává a čte články. Čtyři žáci uvádí, že informacím vyhledaným na internetu rozumí, dva žáci uvádí, že jim většinou rozumí, jeden uvádí, že někdy ano a někdy ne a jeden žák uvádí, že tyto informace nevyhledává, protože jim nerozumí. V otázce zaměřené na sexuální výchovu v rámci vyučování uvádí pouze dva žáci, že měli **přednášku zaměřenou přímo na sexuální výchovu**. Jeden žák uvádí, že si o tomto tématu s učiteli povídali v rámci jiných předmětů, nejčastěji v rámci výchovy ke zdraví. Tři žáci uvádí, že se tomuto tématu věnovali velmi málo a čtyři žáci uvádí, že neměli žádnou sexuální výchovu ani přednášku a nikdo jim tomuto tématu nic neřekl. Čtyři žáci uvádí, že se ve škole nedozvěděli vůbec nic a informace, které mají, nejsou dostatečné, tři žáci uvedli, že se dozvěděli velmi málo a pouze dva žáci uvádí, že jim připadají informace získané ve škole dostačující. Tři žáci uvádí, že informacím získaným ve škole spíše neporozuměli a jeden žák uvádí, že jim nerozuměl

vůbec. Pouze dva žáci uvádí, že informacím, získaným ve škole na téma sexuality, vždy rozuměli.

Po vyhodnocení šetření proběhly ve třídách besedy, během kterých měli žáci možnost se zeptat na jakékoliv otázky a podrobně si vysvětlit a zodpovědět všechny otázky z rozhovoru. Besedy proběhly ve skupinkách, kdy byli žáci rozděleni podle úrovně zjištěných znalostí tak, aby bylo možné zacházet u jedné skupinky do větších detailů, které by ještě žáci z druhé skupinky nemuseli být schopni pochopit a porozumět jim. Besedy všichni žáci hodnotili kladně a s nadšením.

### Oblasti zájmu žáků 9. ročníku

Ve třetí skupině žáků 9. třídy proběhl **anonymní sběr otázek z oblasti sexuality, na které žáci chtěli znát odpověď**. Za tímto účelem byla zřízena schránka důvěry, která byla přístupná po dobu 14 dní v prostorách třídy. Žáci do ní mohli vhazovat jakékoliv dotazy související s tématem sexuality. Z dotazů bylo zřejmé, že žáci mají potíže s partnerskou vzájemnou komunikací a často jsou ztraceni v tom, jak se v různých situacích zachovat. Převažovaly dotazy praktického zaměření nad těmi teoretickými. Následující seznam, uvedený v tabulce 1, obsahuje nejčastější témata, která žáky zajímala.

**Tabulka 1** Přehled tematických oblastí, které zajímají žáky 9. třídy

Zastoupená témata v dotazech žáků 9. ročníku	Četnost dotazu
Pohlavní styk, praktické otázky	10
Jak navázat kontakt a zaujmout dívku	9
Řešení problémů ve vztahu	9
Jak poznat, že mě skutečně miluje	5
Nespokojenost s vlastním zevnějškem	5
Masturbace, praktické otázky	4
Pohlavně přenosné nemoci	4
Neporozumění pocitům partnerky	3
Pohlavní styk, teoretické otázky	2
Nechtěné těhotenství	2
Antikoncepce, vhodný výběr	2

<b>Zastoupená témata v dotazech žáků 9. ročníku</b>	<b>Četnost dotazu</b>
Líbání, praktické otázky	2
Rozdíl mezi mužem a ženou	2
Sexuální orientace	2
Petting	1
Orální sex	1
Celkem	63

Celkem bylo do schránky důvěry vhozeno 63 dotazů. V rámci besedy byly tyto dotazy zodpovězeny. Žáci projevili velký zájem a vděk, že je s nimi toto téma probíráno. Ocenili možnost zeptat se anonymně na jakýkoliv dotaz a s přibývajícimi dotazy ztráceli ostych a dotazy začínaly být stále více intimního a osobního charakteru.

### **Závěr k výzkumu mezi žáky**

Z uskutečněných rozhovorů se žáky 5.–9. ročníku základní školy zřízené dle § 16 odst. 9, s diagnostikovaným lehkým mentálním postižením, vyplynulo, že je mezi žáky značný rozdíl, a to jak v získaných vědomostech, tak v osobních zkušenostech. Výsledky jsou velmi nevyrovnané, znalosti žáků jsou nedostatečné a nevyvážené, což odpovídá zjištění výzkumného šetření mezi pedagogickými pracovníky, z nichž většina uvádí, že v rámci výuky není na probírání témat souvisejících se sexuální výchovou dostatečný prostor. Většina pedagogů zařazuje tato témata dle potřeby v rámci neformálních třídnických hodin. Míra porozumění informacím získaným mimo školu je nízká. Informovanost z rodiny je často velmi nedostatečná a žáci jsou mnohdy odkázáni na nevhodný zdroj informací, jako jsou například pornografická videa. Řadu žáků také trápí neporozumění sociálním situacím, vztahům a partnerské komunikaci. Z rozhovorů zároveň vyplynulo, že žáci mají velký zájem tato témata probírat a jsou vděční za každou informaci, která je jim poskytnuta. Velmi nás ze strany žáků překvapila velká otevřenost a ochota o tématech sexuality komunikovat.

## 2.4 Diskuse, doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplynulo, že žáci mají zájem se oblasti sexuality a sexuální výchovy více věnovat a získávat nové informace. Většina žáků pozitivně hodnotila možnost otevřeně si o tématu promluvit, klást otázky a mít se v této oblasti na koho obrátit. Tuto funkci by na školách mohl do budoucna zastávat chybějící školní psycholog nebo pověřený učitel, který by zastával pozici obdobnou jako je pozice sexuálního důvěrníka, která úspěšně funguje v sociálních službách.

Výsledky výzkumu ukazují, že z pohledu pedagogů i žáků by měla být sexuální výchově věnována ve škole větší pozornost a témata by měla být více zařazována do výuky a v rámci uplatňování mezipředmětových vztahů. A to především u žáků s lehkým MP, kterým v posledních letech ubyla výuka praktických předmětů. V rámci těchto předmětů býval dostatečný prostor i pro řešení obdobných témat, jako je sexuální výchova. Tuto změnu vnímají všichni dotazovaní pedagogové negativně. Z výzkumu vyplynulo i několik dalších postřehů a námětů ke zlepšení. Mezi ty nejčastěji zmiňované patří kvalitnější vybavenost škol, a to jak názornými pomůckami, tak i prostorově. Větší pozornost by měla být věnována i dalšímu vzdělávání pedagogických pracovníků a jejich metodickému vedení v dané oblasti. Z rozhovorů s pedagogickými pracovníky vyplynulo, že se necítí být dostatečně kompetentní a obzvláště v případech začínajícího pedagoga nepovažují svoje znalosti a schopnosti v oblasti sexuality žáků s MP za dostatečné. Pedagogové shodně vypověděli, že v rámci studia na vysoké škole se tématům sexuality nevěnovali vůbec nebo jen velmi okrajově. K otázkám sexuality přistupují především na základně osobního postoje a vlastních zkušeností. Dle Waltera (in Mandzáková, 2013, s. 146) nemá většina rodičů a speciálních pedagogů potřebné schopnosti a dovednosti v oblasti metodiky a didaktiky sexuální výchovy, často ani snahu, natož pak speciální dovednosti jako je například nácvik používání prezervativu na modelu penisu atp. Uzel (2006, s. 22) vidí problematiku kompetencí pedagogů v oblasti sexuální výchovy jako zcela zásadní a uvádí, že pouze proškolený pedagogický pracovník dokáže žákům předat nejen potřebné informace, ale zároveň u žáků budovat cílevědomé postoje a potřebné dovednosti, a to včetně schopnosti budovat u mládeže cílevědomé postoje. Štěrbová (2016, s. 33) zmiňuje jako předpoklad bezproblémové sexuální výchovy připravenost pedagogů i asistentů pedagoga na možné projevy sexuálního

chování žáků. Dovednost řešit témata sexuality a sexuální výchovy dle Štěrbové (2016, s. 33) znamená: „znát odpovědi k tématům lidských vztahů, schopnost a dovednost komunikace pro všechny pedagogy se všemi žáky. Do dovednosti adekvátně komunikovat se žáky s mentálním postižením se prolíná nejen poučení o sexualitě, ale umění povzbudit žáka k myšlení, cítění ve smyslu vytváření vhodných postojů k sexualitě.“ Jak vyplynulo z výsledků výzkumného šetření, přesně tyto zmiňované dovednosti a kompetence pedagogové, obzvláště v počátcích své pedagogické praxe, postrádají.

Štěrbová (2016, s. 34) dále uvádí, že nezbytným předpokladem pedagogů v oblasti komunikace je dobrá znalost terminologie a schopnost tyto termíny nejen dobře popsat, ale také dovednost žákům s MP terminologii předat a vysvětlit. Ve svém výzkumném šetření, zaměřujícím se na znalost terminologie a schopnost předat tyto informace žákům s MP, které proběhlo u studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v závěrečném absolventském ročníku magisterského studia, Štěrbová (2016, s. 34) uvádí: „Výsledky prokazují nedostatečnou schopnost definovat pojmy, někde až neznalost (nepravdivost) významu základního pojmu. Ve vztahu k osobám/žákům s mentálním postižením není v definicích zohledněna jejich schopnost porozumění, a to ani v příkladech z praxe.“ Uvedená zjištění a názory dalších autorů jsou ve shodě s výsledky výzkumného šetření a potvrzují, že příprava budoucích pedagogů v problematice sexuality, metodice a didaktice sexuální výchovy u žáků s MP není dostatečná.

Jako základ zodpovědného a plnohodnotného sexuálního života je zapotřebí, aby byl jedinec s MP dostatečně informovaný a měl vybudované zdravé sexuální postoje a představy. Důležitý zdroj informací v tomto ohledu zaujímá škola. Výsledky výzkumného šetření zdůrazňují, že je zapotřebí začít s výukou sexuální výchovy včas, ideálně už u žáků mladšího školního věku. Taktéž Uzel (2006) ve své publikaci, věnované sexuální výchově, uvádí následující motto: „Sexuální výchova nepředstavuje jen informace o pohlavním životě. Pomáhá také vytvářet žádoucí postoje a učí životním dovednostem. Všechno to raději o dva roky dříve než o pět minut pozdě.“

Také Hingsburger (in Levy & Packman, 2004, online) uvádí, že by měla sexuální výchova začít co nejdříve a měla by všechny žáky naučit, jak porozumět vlastnímu tělu. Ačkoliv je téma sexuality a sexuální výchovy zařazeno ve školních vzdělávacích programech vybraných škol napříč několika vzdělávacími oblastmi, z rozhovorů s pedagogickými pracovníky jednoznačně vyplynulo, že výuku sexuální výchovy považují na vybra-

né základní škole zřízené dle § 16 odst. 9, vzdělávající žáky s lehkým MP, kombinovaným postižením a poruchami autistického spektra, za zcela nedostatečnou. Shodně dopadly i výsledky individuálních rozhovorů, uskutečněných se žáky 5., 6., 7. a 9. ročníku základní školy, s diagnostikovaným lehkým MP. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že převážná většina, konkrétně sedmáct ze dvaceti tří žáků, nepovažuje informace získané ve škole za dostatečné.

Koliba (2019, s. 65) k této problematice uvádí: „*Sexuální výchova u žáků se zdravotním postižením (např. smyslovým, mentálním, kombinovanými vadami, poruchami autistického spektra) je obecně zanedbávána.*“ Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sexuální výchova žáků s MP nedostatečná. Z rozhovorů s pedagogickými pracovníky a z výsledků výzkumného šetření realizovaného u žáků s lehkým MP vyplývá, že velká potřebnost sexuální výchovy u žáků s MP vychází i z faktu, že pro žáky s MP je z důvodu snížených rozumových schopností a schopnosti porozumění mnohem náročnější vyhledat si potřebné informace a porozumět jim. Zároveň jsou kladeny nároky na pedagogy, kteří musí témata sexuální výchovy žákům s MP předkládat ve srozumitelné a vstřebatelné formě.

Výsledky výzkumu dále poukazují na nedostatečnou informovanost žáků z rodiny, kdy se ukázalo, že rodinu jako zdroj informací uvádí v průměru pouhých devět z dvaceti tří dotazovaných žáků. Převážná část žáků se tedy musí spolehnout na informace poskytnuté mimo domov. Štěrbová (2016, s.33) uvádí, že: „*Sexuální výchova dětí s postižením není cíleně vedena v rodinném prostředí. Rodiče dětí s mentálním postižením mívají obavy a úzkosti, jak se se sexualitou bude jejich dítě vyrovnávat v běžném sociálním životě.*“ Lze říci, že tyto obavy náš výzkum potvrdil. Ačkoliv všeobecně je přístup rodičů mnohem otevřenější, než tomu bylo dříve, stále se ještě pedagogové setkávají s rodiči, kteří zcela striktně odmítají řešit otázky sexuality a nechtějí se podílet ani na řešení závažných situací. I u rodičů, kteří mají k problematice sexuality otevřenější postoj, je vnímána tendence tyto situace spíše neřešit nebo nechat otázky sexuální výchovy zcela v kompetenci školy a sami se na ní podílet velmi často nechtějí. Uzel (2006, s. 21) uvádí: „*Kamenem úrazu sexuální výchovy byla většinou spolupráce mezi výchovou školní a rodinnou. Nutno přiznat, že tento problém přetrvává vlastně až do dnešních dnů.*“ Uzel (2006, s. 21) zároveň uvádí, že by měl pedagog zabezpečovat, aby se školní a rodinná složka sexuální výchovy vzájemně doplňovala.

Z důvodu nedostatečné informovanosti žáků zaujímá v dnešní době čím dál častější funkci zdroje informací internet. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že téměř polovina dotazovaných žáků uvádí jako zdroj informací z oblasti sexuality internet. Jak uvádějí Langmeier a Krejčířová (2006, s. 159): *„Takto získané informace jsou nejméně spolehlivé, často jsou podávány zavádějícím nebo i vulgárním způsobem a mohou další zdravý psychosexuální vývoj dítěte závažným způsobem ohrozit.“*

Nedostatečné zařazení sexuální výchovy se projevilo i ve výsledcích výzkumného šetření, zaměřeného na získané znalosti žáků z oblasti sexuality. U žáků s lehkým MP se prokázalo, že jejich znalosti nejsou dostatečné, více než polovina odpovědí na otázky vědomostního charakteru byla chybná. Schaafsma (2015, online) uvádí, že samotné MP nevysvětluje nízkou úroveň znalostí a dovedností. Důvody, které přímo ovlivňují sexuální zdraví jedinců s MP, se často nacházejí v jejich prostředí. Jedním z těchto faktorů může být právě absence nebo nízká frekvence sexuální výchovy, což je také v souladu se zjištěním výzkumného šetření. Výsledky výzkumného šetření také ukázaly, že celá polovina z dotazovaných žáků s lehkým MP neabsolvovala žádnou sexuální výchovu v rámci výuky na základní škole. Z pohledu vývoje této problematiky je velmi zajímavé uvést pro porovnání výsledky výzkumu, provedeného ve Spojených státech amerických v roce 1988. Pueschel a Scola (in Levy & Packman, 2004, online) uvádí, že ve studii, které se zúčastnilo 73 dospívajících osob s MP, konkrétně s diagnostikovaným Downovým syndromem, uvádí pouze 20 % mladých mužů a méně než 40 % mladých žen, že podstoupilo jakékoliv formální vzdělávání z oblasti sexuální výchovy. Ačkoliv od té doby uplynulo více než 30 let, výsledky odpovědí žáků nevykazují nikterak výrazný posun. V porovnání s výsledky výzkumu realizovaného v roce 1988 nejsou dnešní výsledky až tak pokrokové, jak by se dalo očekávat.

Nedostatečně informovaný žák se může stát velmi často objektem sexuálního zneužívání. Obzvláště žáci s lehkým MP žijí velmi podobný sexuální a partnerský život jako jejich intaktní vrstevníci. Stejně pohlavně dospívají, navazují vztahy, pouze úroveň rozumových schopností je snižena a s ní i snížená schopnost správného úsudku a vyhodnocení rizik. Venglářová (2013, s. 139) uvádí, že jedinec s lehkým MP prochází podobným psychosexuálním vývojem jako intaktní populace, pohybuje se v kolektivu svých vrstevníků a navazuje stejná přátelství a sexuální vztahy, avšak biologická zralost je v rozporu se zralostí mentální, a proto je nutné věnovat

sexuální výchově zvýšenou pozornost, aby nedošlo ke zneužití jedincovy naivity a důvěřivosti. O těchto rizicích hovoří i Kozáková (in Valenta, 2013). Uvádí, že jedinci s MP nedokážou mnohdy posoudit míru rizika a nebezpečí, nedokážou se zorientovat v nejrůznějších situacích a může být pro ně obtížné se bránit, nebo vědět, na koho se obrátit v případě potřeby o pomoc. V případech zneužívání často jednají z pocitu strachu nebo méněcennosti. Dostatečná osvěta a sexuální výchova by měla pomoci vzniku takových situací zabránit.

Lze shrnout, že je zapotřebí věnovat ve škole sexualitě a sexuální výchově žáků s MP větší pozornost a prostor. Zároveň by neměla být opomíjená ani dostatečná informovanost a pomoc rodičům (či opatrovníkům) těchto dětí. V neposlední řadě je zapotřebí věnovat pozornost i poskytnutí vhodných a důstojných podmínek pro případ možnosti uspokojení sexuální potřeby nebo uvolnění sexuálního napětí, obzvláště u žáků s těžší formou MP.

## **2.5 Etické aspekty a limity výzkumu**

Výzkum byl limitován už jen svým tématem, které je velmi osobního a intimního charakteru. Na začátku realizace bylo osloveno sedm základních škol a základních škol speciálních, z nichž pouze tři souhlasily s účastí ve výzkumu. Ani v rámci školy se nezúčastnili všichni pedagogové a žáci. Jeden pedagog zcela odmítl účast se svojí třídou na výzkumu. Vzhledem k tématu museli být informanti z řad žáků pečlivě vybíráni. Před započítím výzkumu byly zajištěny souhlasy zákonných zástupců. Další limit byl na úrovni informantů, kdy musel být výzkumný nástroj individuálně přizpůsoben každému žákovi z důvodu velmi rozdílných schopností v oblasti porozumění a intelektu. Celkově bylo zapotřebí postupovat a vést rozhovory velmi citlivě, s důrazem na zachování anonymity. Jako limit lze chápat i nemožnost ověřit si pravdivost odpovědí žáků. Nicméně každá odpověď byla prověřována v individuálním rozhovoru pomocí doplňujících otázek, kdy jeden rozhovor byl takto zcela vyřazen pro vysokou míru nepravděpodobnosti. Díky anonymitě však neměli žáci důvod přehánět a chlubit se nepravdivými informacemi.

Dalším limitem bylo období, ve kterém vše probíhalo, kdy z důvodu mimořádných opatření byly dvakrát uzavřeny základní školy na jaře i na podzim a z toho důvodu nemohl výzkum probíhat podle původních plánů.

## 2.6 Závěry výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků a žáků s MP v oblasti sexuality a sexuální výchovy.

První výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou **názory, postoje a praktické zkušenosti pedagogických pracovníků ve vztahu k realizaci sexuální výchovy žáků s MP** na příslušné škole. Nejdříve jsme zjišťovali, nakolik je téma sexuální výchovy zařazeno ve školních vzdělávacích programech vybraných škol a zda je toto zařazení z pohledu pedagogů dostatečné. Ačkoliv z analýzy školních vzdělávacích programů vyplývá, že jsou témata související se sexuální výchovou zařazena dostatečně, a to napříč několika vzdělávacími oblastmi, reálně jsou probírána pouze okrajově. Obzvláště na základní škole zřízené dle § 16 odst. 9, vzdělávající žáky s lehkým MP, není v rámci současných hodinových dotací možné věnovat sexuální výchově a s ní souvisejícím tématům dostatečnou pozornost, jakou by žáci potřebovali. Za hlavní důvod byla označena vysoká hodinová dotace u řady teoretických předmětů, a to právě na úkor předmětů praktických a předmětů s převahou výchovného zaměření, v rámci kterých by bylo možné se sexuální výchově dostatečně věnovat. Většina pedagogických pracovníků by kladně přijala sexuální výchovu jako samostatný vyučovací předmět, který považují, z hlediska budoucích potřeb žáků, za mnohem prospěšnější než jiné teoreticky zaměřené předměty. Naopak pedagogové ZŠ speciální se shodují, že u žáků se středním a těžkým MP je sexuální výchova zastoupena dostatečně a je na ni adekvátní čas i prostor. Zařazení sexuální výchovy považují za zcela dostatečné a plně vyhovující potřebám žáků.

Na školách jsou pořádány i přednášky odborníků na téma sexuality u žáků s MP, ovšem pouze jedenkrát za dva roky. Z pohledu pedagogů by bylo zapotřebí, aby byly realizovány častěji.

Výzkum zároveň poukázal na nedostatečné prostorové a materiální vybavení a zázemí pro realizaci sexuální výchovy a řešení oblastí souvisejících se sexuálními potřebami žáků. Velkou část názorných pomůcek a vý-

ukových materiálů si pedagogové kreativně vyrábějí svépomocí z vlastních zdrojů. Velmi by uvítali pomůcky jako je kupříkladu trojrozměrný model lidského těla. Zároveň na vybraných školách chybí prostor, kde by žák našel dostatečné soukromí, a to jak pro zklidnění v rámci afektů, tak pro zajištění vlastních sexuálních potřeb, které je u žáků s těžšími formami mentálního postižení zapotřebí řešit i v rámci školy. V nutných případech jsou využívány prostory školní družiny nebo kabinetů, které však nejsou pro intimní potřeby žáků zcela vyhovující.

Větší pozornost by měla být věnována i dalšímu vzdělávání pedagogických pracovníků a jejich metodickému vedení v dané oblasti. Začínající pedagog je poté vystaven nejrozličnějším situacím, obzvláště ve třídách vzdělávajících žáky s poruchou autistického spektra v kombinaci se středním a těžkým MP, ve kterých se cítí bezradně a nemá dostatečné znalosti o možnostech, jak takové situace řešit nebo jak tato citlivá témata žákům s MP předat. Začínající pedagog se nemůže opřít o zkušenosti, ze kterých čerpají zkušenější pedagogové. Většina pedagogů právě uvádí, že v sexuální výchově využívá především své praktické zkušenosti a řídí se citem a vlastním postojem. Což je poměrně problematické právě v oblasti sexuální výchovy, kde je člověk konfrontován nejen s obecně existujícími normami a s požadavky školy, ale i s hodnotami žáka a jeho rodiny, stejně tak jako se svými vlastními hodnotami a postoji k sexualitě. Z důvodu sjednocení přístupu pracovníků mají mnohé školy zpracován Protokol sexuality, který ukotvuje přístup k sexualitě žáků, práva a povinnosti a podporu ze strany školy. V současné době existují možnosti metodické podpory při zavádění protokolu do praxe. Využít lze i různé nabídky dalšího vzdělávání pro pedagogické pracovníky i pro rodiče žáků s MP. Existuje řada kurzů, určených k dalšímu vzdělávání pedagogických pracovníků, zabývajících se problematikou sexuality, nicméně na vybraných školách jim nebyla přiřazena odpovídající priorita a pedagogům nebyly nabízeny. Zároveň je zřejmé, že by mělo být tématu věnováno více pozornosti i v rámci studia na vysokých školách.

Jako podnět ke zlepšení byla zmiňována potřeba přítomnosti školního psychologa, který by mohl nejen začínajícím pedagogům, ale i žákům a rodičům, v řešení otázek, souvisejících se sexualitou, také pomoci. Většina dotazovaných pedagogů by takového odborníka ve škole uvítala, popřípadě alespoň sdíleného sociálního pracovníka, který by zastával podobnou funkci jako sexuální důvěrník v zařízeních sociálních služeb.

**Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaká je úroveň znalostí, zkušeností a zdroje získávání informací u žáků s MP v oblasti sexuality.**

Z výzkumného šetření, realizovaného u žáků s lehkým MP vyplynulo, že úroveň získaných znalostí a dosažených kompetencí v oblasti sexuality a sexuální výchovy je v mnoha případech nedostatečná a v rámci školy i velmi nevyvážená. Z této nevědomosti vyplývá řada rizik, jako je například riziko zneužití, a to především z důvodu jejich velké důvěřivosti a absence schopnosti dostatečného vyhodnocení potencionálně nebezpečných a rizikových situací. Obzvláště u žáků s lehkým MP, u kterých se předpokládá poměrně samostatný sexuální život, je zapotřebí věnovat tomuto tématu větší pozornost.

V rámci toho nás zajímalo, jaká je informovanost žáků v otázkách sexuality a sexuální výchovy z rodiny. Výzkumné šetření prokázalo, že informovanost žáků z rodiny je velmi malá. Ve všech třech skupinách uvádí rodinu jako zdroj informací méně než polovina celkového počtu žáků. Z výsledků vyplývá, že převážná část žáků čerpá informace mimo rodinu. Nejčastějším zdrojem informací uváděli kamarády nebo internet. V 1. skupině uvádí jako zdroj informací internet pouze jeden žák, ve 2. skupině už uvádí internet jako zdroj informací pět z osmi žáků a ve 3. skupině uvádí jako zdroj informací internet polovina dotazovaných žáků. Z výsledků vyplývá, že téměř polovina žáků vyhledává informace z oblasti sexuality na internetu. Schopnost žáků vyhledat si potřebné informace a porozumět jim, je často omezená. Většina žáků informacím získaným na internetu nerozumí. Někteří z žáků na internetu vyhledávají pornografická videa. Oázkou tedy je, nakolik lze tyto zdroje považovat za relevantní a důvěryhodný zdroj adekvátních informací.

Dále nás zajímalo, jaká je informovanost žáků v otázkách sexuality a sexuální výchovy ze školy. V 1. skupině uvádí sedm z osmi žáků, že v rámci školy neabsolvovali žádnou výuku sexuální výchovy. Ve 2. skupině uvádí stejnou odpověď tři ze sedmi žáků, další tři žáci sice uvádí, že absolvovali přednášku na téma sexuální výchovy, ale na předchozí základní škole. Nejednalo se o základní školu zřízenou dle § 16 odstavce 9. Jeden žák uvádí, že se ve škole s tématem sexuality setkal pouze okrajově, v rámci předmětu přírodověda. Ve 2. skupině zároveň více než polovina žáků vyhodnotila výuku sexuální výchovy na vybrané škole jako nedostatečnou. Ve 3. skupině uvádí absenci jakékoliv sexuální výchovy v rámci školy pouze dva z osmi žáků. Jako nejčastější formu výuky sexuální výchovy uvádí žáci

3. skupiny neformální třídnické hodiny, druhá nejčastější odpověď byla odborná přednáška, kterou uvádí 2 žáci. Přestože žáci 3. skupiny poměrně shodně uvádí, že sexuální výchovu v rámci školy absolvovali, šest z osmi žáků vyhodnotilo tuto výuku jako nedostatečnou.

Z výzkumu mezi žáky s lehkým MP vyplynulo, že většina z nich považuje výuku sexuální výchovy v rámci školy za nedostatečnou. Uvádí, že se jednotlivým tématům věnovali velmi málo a informace, které se dozvěděli, nejsou dostačující. Ve velké shodě uvádí, že by se chtěli otázkám sexuální výchovy více věnovat. V tomto ohledu vyjádřili enormní zájem a nadšení. Zájem žáků o výuku sexuální výchovy se jednoznačně potvrdil a míru zájmu lze označit za velmi vysokou. Devatenáct ze dvaceti tří dotazovaných žáků projevilo zájem o další informace z oblasti sexuality. Po ukončení výzkumného šetření byly pro zájemce uspořádány besedy na téma sexuality a sexuální výchovy, kterých se dobrovolně zúčastnilo všech dvacet tři dotazovaných žáků. Většina žáků velice pozitivně hodnotila realizované besedy, možnost diskutovat a mít se na koho se svými dotazy obrátit. Tuto funkci by na daných školách mohl do budoucna zastávat chybějící školní psycholog nebo pověřený učitel (obdobně jako sexuální důvěrník v sociálních službách).

O vysoké míře zájmu žáků o výuku sexuální výchovy tedy nemůže být pochyb. Je to jednoznačně podnět pro řadu škol, vzdělávajících žáky s MP, aby kladly na tuto vzdělávací oblast větší důraz a věnovali jí v rámci vyučovacích hodin více času a prostoru. A v jejím rámci se zaměřily nejen na informovanost o fyziologii a sexualitě, ale také na rozvíjení praktických dovedností a kompetencí v oblasti vztahové, komunikační i sexuální.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou **postoje rodičů žáků s MP k sexualitě a sexuální výchově jejich potomka**. Výzkum ukázal, že přístup rodičů je otevřenější, i když prozatím jej ještě nelze pokládat za zcela uspokojivý. Stále je zapotřebí s rodiči žáků více spolupracovat. Rodiče žáků s MP na problematiku sexuality mnohdy nekladou velký důraz a u některých z nich stále přetrvává názor, že téma sexuality nemusí u svých dětí řešit. Z důvodu mentálního postižení nepovažují znalosti z oblasti sexuality za potřebné. Jen málo rodičů si dokáže připustit, že jejich děti mají také nějaké sexuální potřeby a jednou z nich je i možnost vést plnohodnotný a spokojený sexuální život. V některých rodinách je toto téma stále tabuizované. Žáci jsou poté zcela odkázáni na jiné zdroje informací, mezi které by měla patřit i škola. I v části výzkumu realizované s žáky s MP byly pa-

trny velmi výrazné rozdíly v získaných znalostech, a to především u žáků, kterým se nedostává těchto informací z domova.

Díky uskutečněnému výzkumu se podařilo na vybraných školách upozornit na důležitost sexuální výchovy. Po dokončení výzkumného šetření bylo uskutečněno několik besed se žáky na téma sexualita a sexuální výchova. Žáci měli možnost položit řadu dotazů, které jim byly v rámci besedy zodpovězeny. S besedami je počítáno v rámci programu primární prevence i do budoucna. Zároveň se podařilo alespoň částečně vylepšit materiální podmínky vybraných škol. Kromě doporučení vhodných publikací a pomůcek se podařilo vedení školy přesvědčit k zakoupení trojrozměrného modelu lidského těla. Velký zájem o sexuální výchovu se podařilo vzbudit i u žáků, kteří po skončení výzkumu sami přicházeli s otázkami a prosbami na realizování dalších besed a přednášek.

Závěrem kapitoly je třeba zmínit, že prezentované informace přibližují konkrétní situaci a zkušenosti pedagogů a žáků vybraných škol. Nevypovídají o všeobecném stavu realizace sexuální výchovy žáků s MP v ČR. Situace je na každé škole individuální, proto jsou závěry typické a platné pouze pro zúčastněné školy a nelze je zobecnit. I přesto však mohou být užitečným podnětem k zamyšlení se i pro další školy, vzdělávající žáky s MP.

# 3

## Kvalitativní výzkum v prostředí zařízení sociálních služeb

***Tereza Procházková, Zdeňka Kozáková***

Záměrem třetí kapitoly je prezentovat vybrané výsledky kvalitativního výzkumu sexuality osob s MP, který byl realizován v prostředí zařízení sociálních služeb. Výzkum probíhal mezi jedinci s MP a pracovníky domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru a jeho následné analýzy. Rozhovory se uskutečnily osobní a elektronickou (online) formou ve třech domovech pro osoby se zdravotním postižením.

V pobytových typech zařízení jsou lidé často součástí společenství, které se řídí svými vnitřními pravidly a normami, které v kontextu naplňování vztahových a sexuálních potřeb uživatelů mohou vytvářet specifické prostředí. Vzhledem k tomu, že vztahové a sexuální naplnění je důležitou součástí plnohodnotného života člověka, zaměřili jsme se na partnerské vztahy a sexualitu osob s MP v prostředí DOZP podrobněji. A to jak z pohledu uživatel, tak z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků přímé péče, kteří jsou s lidmi s MP v každodenním kontaktu a výraznou měrou přispívají k jejich zdravému a všestrannému rozvoji.

### 3.1 Cíle výzkumu

**Hlavním cílem výzkumu** bylo zjistit, jak k sexualitě a jejím projevům přistupují pracovníci a uživatelé vybraných domovů pro osoby se zdravotním postižením.

**Dílkými cíli** bylo zjistit:

- jaký je přístup pracovníků zařízení k projevům sexuality uživatelů a jak se pohled na sexualitu vyvíjel od počátku fungování zařízení až po současný stav,
- zda je v zařízení realizována sexuální osvěta a zda jsou při její realizaci využívány nějaké odborné materiály,
- jaké jsou znalosti a zkušenosti uživatelů v oblasti partnerských vztahů a sexuality,
- jaké jsou možnosti seznamování a navazování partnerských vztahů uživatelů a jak je v zařízení řešena otázka soukromí,
- jaké jsou zkušenosti pracovníků s projevy sexuality uživatelů a zda se setkali i s nějakými problematickými oblastmi v prostředí DOZP,
- zda v zařízení existují možnosti dalšího vzdělávání a rozvoje zaměstnanců v oblasti sexuality uživatelů.

Práce se sexualitou lidí s MP, uživatelů sociálních služeb, se v současné době poměrně změnila. Mnohá zařízení začlenila do svého repertoáru služeb i podporu v oblasti sexuality a respektující přístup k projevům a potřebám uživatelů. Významnou oblastí je pak sexuální osvěta, a to jak ve smyslu vzdělávání pracovníků sociálních služeb a tvoření týmů, které se sexualitě v daném zařízení věnují, tak také ve smyslu vzdělávání a podpory uživatelů.

### **3.2 Soubor a metodika**

Výzkumné šetření bylo provedeno ve třech domovech pro osoby se zdravotním postižením ve Středočeském kraji. Domovy jsou určeny pro dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, poruchami autistického spektra, dále také osobám se zdravotními obtížemi po mozkových příhodách a roztroušenou sklerózou, jejichž situace vyžaduje vyšší míru pomoci. Jedná se s jednou výjimkou o velkokapacitní zařízení. Všechna zařízení jsou koedukovaná, ve všech domovech jsou tedy uživateli ženy i muži. Posláním zařízení je zejména vytvářet důstojné podmínky k životu, poskytovat podporu a pomoc při zvládání každodenních činností, zprostředkovat uživatelům co možná nejpříjemnější zázemí a spokojený

život s důrazem na zachování jejich jedinečnosti a co možná nejvyšší míry samostatnosti ve všech oblastech života. A také pomáhat s udržováním kontaktů a vztahů v domově i mimo něj.

Informanti byli vybráni z řad uživatelů a sociálních pracovníků. **Kritéria pro výběr informantů** byla následující: U uživatele se muselo jednat o osoby primárně s MP, které využívají služeb domova pro osoby se zdravotním postižením, případně chráněného bydlení (CHB). Nezáleželo na věku ani na stupni postižení, přičemž bylo přínosem, když se jednalo o klienta komunikujícího běžnými prostředky. Pro výzkum nebyli akceptováni uživatelé, kteří nevyužívají služeb DOZP či CHB, nebo pokud se nejednalo o osobu s MP nebo o osobu, jejíž primární postižení nespadá do zmíněné oblasti. Jako kritérium pro výběr informantů z řad sociálních pracovníků bylo stanoveno to, že se musí jednat o zaměstnance daného zařízení, který je s vybranými informanty (uživateli) v kontaktu, aby mohl reflektovat své zkušenosti i s ohledem na vybrané uživatele. Pro výzkum nebyli akceptováni pracovníci, kteří nepracují v rámci služeb DOZP nebo CHB. Pracovníci (ve všech případech se jednalo o ženy) byli zvoleni na základě doporučení ředitele, popřípadě sociální pracovnice. Ve všech domovech byl veden polostrukturovaný rozhovor s hlavní sociální pracovnící a následně vždy se dvěma pracovnícemi přímé péče. Celkem rozhovor poskytl devět pracovníc ze tří různých zařízení. Informanti uživatelé byli navrženi hlavní sociální pracovnící, a to zejména na základě jejich komunikačních schopností, ochoty spolupracovat, druhu postižení a v neposlední řadě dle toho, zdali sám uživatel, potažmo opatrovník souhlasil s provedením rozhovoru na téma sexuality. Vybráno bylo celkem devět uživatelů ze tří zařízení. Polostrukturovaný rozhovor byl tak veden s pěti ženami a se čtyřmi muži ve věku od 26–72 let. Informanti z řad uživatelů mají diagnostikováno lehké až středně těžké mentální postižení, u některých v kombinaci s autismem či psychiatrickou diagnózou. Základní údaje o informantech jsou součástí tabulky 2 a 3.

**Tabulka 2** Přehled informantů-uživatelů

Informant	Pohlaví	Věk	Druh postižení	Délka pobytu
Informant 1A	Žena	48 let	Lehké MP + psychiatrická diagnóza	33 let
Informant 1B	Žena	71 let	Lehké MP + psychiatrická diagnóza	5 let
Informant 1C	Muž	63 let	Lehké MP	14 let
Informant 1D	Žena	72 let	Lehké MP + tělesné postižení	5 let
Informant 2A	Muž	26 let	Středně těžké MP + autismus	10 let
Informant 2B	Muž	26 let	Středně těžké MP + autismus	1 rok
Informant 3A	Žena	60 let	Lehké MP	1 rok
Informant 3B	Muž	Přes 50 let	Středně těžké MP	5 let
Informant 3C	Žena	54 let	Lehké MP	Neví

**Tabulka 3** Přehled informantů-pracovníků

Informant	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe v oboru
Informant 1A <sub>1</sub>	Žena	62 let	Vysokoškolské, bakalářské – speciální pedagog	16 let
Informant 1B <sub>1</sub>	Žena	60 let	Střední zemědělská technická škola s maturitou	25 let
Informant 1C <sub>1</sub>	Žena	44 let	Středoškolské, gymnázium	10 let
Informant 2A <sub>1</sub>	Žena	37 let	Vysokoškolské bakalářské, sociální práce	7 let
Informant 2B <sub>1</sub>	Žena	31 let	Základní, kurz pracovníka v sociálních službách	5 let
Informant 2C <sub>1</sub>	Žena	21 let	Středoškolské (student VŠ Liberec)	Student/3 roky
Informant 3A <sub>1</sub>	Žena	44 let	Vysokoškolské, sociální práce a mediální studia	8 let
Informant 3B <sub>1</sub>	Žena	58 let	Vysokoškolské	12 let
Informant 3C <sub>1</sub>	Žena	45 let	Vysokoškolské, bakalářské, andragogika	25 let

K realizaci šetření byly využity metody charakteristické pro kvalitativní výzkum. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, 2014, s. 17). Hendl (2016, s. 48) uvádí přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu. Mezi přednostmi řadí například: získávání podrobného popisu a vhledu při zkoumání jedince, zkoumání fenoménu/jedince v přirozeném prostředí či dobré reagování na místní situaci a podmínky. Mezi nevýhody pak řadí to, že získané znalosti nemusí být zobecnitelné na populaci a do jiného prostředí, dále zmiňuje náročnost sběru dat a jejich analýzu, a také skutečnost, že výsledky jsou často snadněji ovlivněny výzkumníkem, jeho osobními preferencemi atd.

Hlavní výzkumnou metodou pro sběr dat byl zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Ten je Švaříčkem (2014, s. 159) definován jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek*“. Miovský (2006) uvádí, že jde o jednu z nejobvyklejších metod, která je v kvalitativních výzkumech využívána. Zejména z toho důvodu, že dokáže řešit nevýhody nestrukturovaného a plně strukturovaného interview/rozhovoru. A to i přesto, že se jedná o metodu, která má náročnější technickou přípravu vzhledem k tomu, že se vytváří určité schéma, které specifikuje okruhy otázek, na něž se budeme účastníků ptát. „Obvykle je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview.“ (Miovský, 2006, s. 159)

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně byly za pomoci doslovné transkripce převedeny do písemné podoby (Mayring in Hendl, 2016, s. 212) a poté analyzovány k získání autentických výpovědí na jednotlivé otázky.

### 3.3 Výsledky výzkumu

V rámci prezentace výsledků výzkumu se nejdříve zaměříme na podrobnější charakteristiky informantů.

#### Domov pro osoby se zdravotním postižením 1 (DOZP1)

##### Informant 1A

**Základní informace:** žena, 48 let, lehké MP v kombinaci s psychiatrickou diagnózou, délka života v domově: 33 let.

**Interakce s informantem:** Informantka je od pohledu milá a sdílná žena. Její řeč je srozumitelná, nicméně je patrná řečová vada, objevuje se nesprávná výslovnost některých hlásek a zhoršená artikulace, což zapříčinilo občasné neporozumění její výpovědi. Je komunikativní, vypráví o sobě, své rodině, zálibách. U otázek týkajících se sexuality je sdílná. Často ale říká, že neví, že nezná odpověď. Doptává se. U rozhovoru nebyla přítomna pracovnice.

**Oblast partnerství a sexuality:** V současné době nemá partnera ani partnerku, má kamaráda z jiného DOZP, se kterým si dopisuje, vyměňují si dárky a vídají se na společenských akcích, které jsou pořádány domovem. V minulosti měla sexuální zkušenost s mužem, se ženou i se sexuální pomůckou. Aktuálně pomůcku nevyužívá a odmítá partnerský/sexuální život i formu uspokojování za pomoci erotické pomůcky.

##### Informant 1B

**Základní informace:** žena, 71 let, lehké MP v kombinaci s psychiatrickou diagnózou, délka života v domově: 5 let.

**Interakce s informantem:** Jedná se o ženu, která působí klidným až introvertním dojmem. Její řeč je dobře srozumitelná, odpovědi jsou zdrženlivější, není sdílná v otázkách týkajících se sexuality, ale odpovídá tzv. k věci. Občas se stane, že odbočí od tématu. Rozhovor probíhal bez přítomnosti pracovnice.

**Oblast partnerství a sexuality:** V současné době stálého partnera/ku nemá, má ale blízkého kamaráda z jiného DOZP. V minulosti měla milostný vztah, ve kterém byla zamilovaná. Momentálně uvádí, že s ohledem na svůj věk už nemá o takové věci zájem a chce mít klid. Pracovnice dodala, že paní

má panenku Martínka, který má na její popud přidělaný „pindík z dudlíku“. Často prý mluví o tom, že ji „Martínek večer prohnal“.

### **Informant 1C**

**Základní informace:** muž, 63 let, lehké MP, délka života v domově: 14 let.

**Interakce s informantem:** Velmi milý sdílný pán, který věcně odpovídá na otázky a nestydí se odpovědět i na otázky týkající se sexuality. V průběhu rozhovoru vypráví o sobě, svých zájmech a práci. Pracuje na dohodu o provedení práce v kuchyni DOZP.

**Oblast partnerství a sexuality:** Momentálně žije dvanáctým rokem s manželkou ve společném bytě, který získali za pomoci města a DOZP. Sexuální zkušenost má, hlavně díky své partnerce, která již měla zkušenosti v této oblasti, nicméně zmiňuje, že momentálně sexuálně nežijí. S manželkou se vodí za ruce, líbají se a dotýkají se navzájem. Zná i možnosti ochrany za pomoci kondomu.

### **Informant 1D**

**Základní informace:** žena, 72 let, lehké MP v kombinaci s tělesným postižením, délka života v domově: 5 let.

**Interakce s informantem:** Informantka je starší žena, její řeč je srozumitelná, nicméně je patrná lehká řečová vada způsobená neúplným chrupem. Její odpovědi jsou přímé a věcné. Je komunikativní a neodbíhá od tématu.

**Oblast partnerství a sexuality:** V současné době nemá žádného partnera/ku, ale v minulosti byla zamilovaná do jednoho muže, se kterým se stýkala. Rodina jí ale zakázala vztah udržovat, protože muž bydlel daleko. Když byla mladší, chodívala se sestrami na „tancovačky“, kde se s jedním mužem seznámila, líbali se spolu a jak říká „něco spolu dělali“. Informantka měla v minulosti zavedené nitroděložní tělísko, aby neotěhotněla.

### **Informant 1A<sub>1</sub>**

**Základní informace:** žena, 62 let, dosažené vzdělání: vysokoškolské, bakalářské, speciální pedagog, délka praxe v sociálních službách /v konkrétním zařízení: 16 let/16 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Co se týče sexuality, tak informantka zaujímá veskrze pozitivní názor. V domově je-

dince podporují, umožňují jim stýkat se s osobami jim blízkým. Pozitivně nahlíží i na případný sňatek a následné společné soužití, pokud jsou toho jedinci schopni. Negativní názor má na zakládání rodiny u jedinců s MP. Dokázala by si představit, že jedinci, kteří jsou v rámci jejich služby uživateli CHB, by „mohli dosáhnout“ na starosti a zodpovědnost vznikající při narození dítěte, ale rozhodně ne uživatelé DOZP. Domnívá se, že v tom případě by bylo zcela jistě potřeba vytvořit nějakou další sociální službu, která by byla takovým jedincům k dispozici. Ale i přesto si myslí, že to není dobrá cesta, a že jedinci s tímto druhem a mírou postižení nejsou schopni obsáhnout zodpovědnost a složitost života s potomkem.

### **Informant 1B<sub>1</sub>**

**Základní informace:** žena, 60 let, dosažené vzdělání: střední zemědělská technická škola s maturitou, délka praxe v oboru / v konkrétním zařízení: 25 let/25 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Informantka je toho názoru, že každý má nárok na plnohodnotný život a je potřeba umožnit uživatelům projevit se i v této oblasti. Respektuje potřeby uživatelů domova a pokud nedochází k nežádoucímu chování nebo k chování, které je nepříjemné pro okolí, tak umožňuje v této oblasti klientům prostor. Dříve pro ni bylo těžké přijmout homosexuální vztahy, v současné době respektuje i tuto formu vztahu a v rámci konkrétního domova je uživatelům umožněn i tento partnerský, často pouze milostný, vztah.

### **Informant 1C<sub>1</sub>**

**Základní informace:** žena, 44 let, dosažené vzdělání: středoškolské, gymnázium, délka praxe v oboru / v konkrétním zařízení: 10 let/7 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Informantka si myslí, že je to přirozená věc každého člověka, která je nám, lidem, dána od přírody a není důvod tomu bránit. Problém vidí pouze v případě početí dítěte. Zastává názor, že v případě, že uživatelé nejsou sami samostatní, nedokážou se následně samostatně o dítě postarat. Ale rozhodně není zastáncí toho, že by se měli uživatelé oddělovat a žít v ženských a mužských domovech. Velice pozitivně vnímá trend koedukovaných zařízení.

## **Domov pro osoby se zdravotním postižením 2 (DOZP2)**

### **Informant 2A**

**Základní informace:** muž, 26 let, středně těžké MP v kombinaci s autismem, délka života v domově: kolem 10 let.

**Interakce s informantem:** Informantovi je hůře rozumět, byla tedy nutná přítomnost pracovnice, která doplňovala informace, případně opakovala odpovědi. V průběhu rozhovoru se objevovalo repetitivní chování a opakování slov. Informant je sdílný, snaží se odpovídat na kladené otázky, některým ale nerozumí. Pracovnice se snažila otázky přeformulovat tak, aby jim porozuměl. Pokud i přesto neporozuměl, doplnila s jeho souhlasem informace ona, jelikož muže velice dobře zná.

**Oblast partnerství a sexuality:** Muž nikdy neměl partnerku či partnera. Dříve měl rád/líbila se mu jedna žena, byla to pracovnice školy. Pracovnice, která byla u rozhovoru přítomna, sdělila, že informant často říká pracovníkům a pracovnícím zařízení: „Já si tě vezmu“, ale je to jen naučená fráze, kterou někde slyšel a používá ji. Informant má jednu sexuální zkušenost, která se stala v minulosti s mužem a nebyla mu příjemná. Muž mu sahal na přirození, stalo se to v jiném domově. Pracovnice také dodává, že tento uživatel se každé ráno sebeuspokojuje. Pracovníci jsou s tím seznámeni a vědí, že mu mají nechat vždy 20–30 minut čas na to, aby vykonal své potřeby a až následně s ním pracují a pomáhají mu při ranní hygieně. Informant také nosí sešité kalhoty s trikem – tedy takový overal, a to z toho důvodu, že si nutkavě pohrával s přirozením, i na veřejnosti. Sám tento úbor preferuje a cítí se v něm komfortněji. Pracovnice si také všimá, že se často drží v oblasti přirození, ale nemyslí si, že by to mělo nějaký hlubší sexuální podtext.

### **Informant 2B**

**Základní informace:** muž, 26 let, středně těžké MP v kombinaci s autismem, délka života v domově: necelý rok.

**Interakce s informantem:** Jedná se o informanta s velmi těžkou narušenou komunikační schopností. Ke komunikaci využívá z velké většiny komunikační tabulku, i z toho důvodu byla u rozhovoru přítomna pracovnice, která doplňovala a tlumočila odpovědi. Informant se na jednoslovné odpovědi snažil odpověď sám, vše ostatní vytukával prstem do komuni-

kační tabulky. Vždy měl velkou radost, když bylo brzy pochopeno, co chce říct a nemusel celá slova ukazovat v tabulce.

**Oblast partnerství a sexuality:** Momentálně partnerku nemá, ale rád by ji měl. Dříve, když chodil do školy, měl moc rád jednu asistentku, od které má i fotografii, kterou si schovává pod polštářem. Sexuální zkušenost s druhou osobou nemá. Pracovnice udává, že své potřeby vykonává v soukromí, ve svém pokoji.

### **Informant 2A<sub>1</sub>**

**Základní informace:** žena, 37 let, dosažené vzdělání: bakalářské, sociální práce na Karlově Univerzitě v Praze, délka praxe v oboru /v konkrétním zařízení: 7 let/7 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Postoj k projevům sexuality má informantka kladný, snaží se podporovat uživatele při vyvážení sociálních vztahů a jejich potřeby respektuje. Uživatelům je umožněno své potřeby vykonávat v soukromí, v případě, že nějak narušují ostatní uživatele, zakročí, nicméně zastává názor, že uživatelé mají stejné potřeby jako ostatní lidé a není třeba je v tom omezovat, nebo jim činnosti zakazovat.

### **Informant 2B<sub>1</sub>**

**Základní informace:** žena, 31 let, dosažené vzdělání: základní, kurz pracovníka v sociálních službách, délka praxe v oboru /v konkrétním zařízení: 5 let/5 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Dříve měla informantka problém přijmout, že i tito lidé mají stejné potřeby jako běžná populace, nicméně se s tím naučila pracovat a respektuje veškeré projevy sexuality uživatelů. O dané problematice dokáže hovořit a přistupuje k ní pozitivně.

### **Informant 2C<sub>1</sub>**

**Základní informace:** žena, 21 let, dosažené vzdělání: střední pedagogická škola, současně studentka VŠ Liberec – Pedagogická fakulta, Učitelství pro 1. stupeň základní školy, délka praxe v oboru /v konkrétním zařízení: student /3 roky.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Informantka uvádí, že to nikdy zvlášť neřešila, tuto oblast bere jako součást života. To, že to některý z klientů také potřebuje, jí nevadí a pokud s tím neobtěžuje ji nebo ostatní, tak to respektuje. V případě, že má některý z klientů otázky na tuto oblast, ráda mu je zodpoví a je pro něj oporou.

### **Domov pro osoby se zdravotním postižením 3 (DOZP3)**

#### **Informant 3A**

**Základní informace:** žena, 60 let, lehké MP, délka života v domově: 1 rok.

**Interakce s informantem:** Z důvodu situace, která se během roku 2020 odehrála (omezení vstupu do zařízení z důvodu mimořádných opatření), bylo nutné komunikaci s informantkou zprostředkovat za pomoci Skype hovoru. Hovor byl uskutečněn za přítomnosti pracovnice DOZP. Informantka byla sdílná, snažila se odpovídat na otázky. Nicméně interakce byla velice neosobní a nebylo snadné nasměrovat komunikaci na otázky týkající se sexuality.

**Oblast partnerství a sexuality:** Informantka byla 19 let vdaná s mužem, se kterým měla plnohodnotný manželský vztah. Momentálně partnera nemá, ale ráda by se s někým seznámila.

#### **Informant 3B**

**Základní informace:** muž, přes 50 let (muž sdělil, že mu je 27 let, objektivně mu však bylo minimálně 50 let), středně těžké MP, délka života v domově: 5 let.

**Interakce s informantem:** Z důvodu situace, která se během roku 2020 odehrála (omezení vstupu do zařízení z důvodu mimořádných opatření), bylo nutné komunikaci s informantem zprostředkovat za pomoci Skype hovoru. Hovor byl uskutečněn za přítomnosti pracovnice DOZP. S ohledem na výše zmíněnou skutečnost nebyl rozhovor osobní a nebylo jednoduché pokládat otázky z oblasti sexuality.

**Oblast partnerství a sexuality:** Informant momentálně nemá žádnou stálou partnerku, ale uvádí, že byl zamilovaný do jedné ženy, za kterou jezdil na návštěvy.

### Informant 3C

**Základní informace:** žena, 54 let, lehké MP, délka života v domově: neví.

**Interakce s informantem:** Z důvodu situace, která se během roku 2020 odehrála (omezení vstupu do zařízení z důvodu mimořádných opatření), bylo nutné komunikaci s informantkou zprostředkovat za pomoci Skype hovoru. Informantka odpovídá velice stroze na kladené otázky, a to zejména jednoslovnými odpověďmi ano/ne. Bylo očividné, že na otázky týkající se intimní oblasti nechce odpovídat.

**Oblast partnerství a sexuality:** Informantka byla v minulosti vdaná. V současné době má 2 roky partnera ze stejného DOZP. Prozatím spolu nežijí ve společné domácnosti, ale stýkají se. Je jim umožněno trávit společný čas, a to i ten intimní. Zmínila se o tom, že by se současným partnerem měla ráda svatbu a stala se jeho ženou.

### Informant 3A<sub>1</sub>

**Základní informace:** žena, 44 let, dosažené vzdělání: vysokoškolské, Sociální práce a mediální studia, délka praxe v oboru /v konkrétním zařízení: nejprve jako dobrovolník, následně 8 let/8 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Informantka je této oblasti velice otevřená, v rámci zařízení využívají mnoha vzdělávacích možností, například spolupracují s organizací Freya. Za podpory těchto organizací se snaží v oblasti sexuality stále zlepšovat a jdou uživatelům naproti. Myslí si, že tato sféra se více otevírá světu a jsou větší možnosti na podporu lidí s MP. Také zastává názor, že až odejde současná generace opatrovníků, bude ta následující více otevřená a přístupná této, v uvozovkách, problematice a nebude to tabuizovanou oblastí jako v dobách minulých. Je toho názoru, že i lidé s MP mají právo na partnerský a milostný život.

### Informant 3B<sub>1</sub>

**Základní informace:** žena, 58 let, dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou, délka praxe v oboru /v konkrétním zařízení: 12 let/9 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Myslí si, že tato oblast je v posledních letech více otevřená, nejedná se o tabuizovanou sféru. Nicméně na druhou stranu si myslí, že je té sexuality kolem nás až moc. Udává, že je ze „staré školy“, kde nebyla tato oblast příliš otevřená

a označuje ji jako dobu temna. Sexualitu a její projevy naprosto chápe a respektuje.

### **Informant 3C,**

**Základní informace:** žena, 45 let, dosažené vzdělání: původně zdravotní sestra, vysokoškolské bakalářské studium sociálně právní, vzdělávání dospělých, andragogika, délka praxe v oboru /v konkrétním zařízení: 25 let/25 let.

**Postoj k projevům sexuality uživatelů konkrétního DOZP:** Informantka je toho názoru, že díky současným školením a informacím je více osvícená než v minulosti, dříve sexualitu a její projevy řešila intuitivně a dle aktuální potřeby uživatelů. Přesto vše ji i tehdy vnímala jako běžnou součást života. Její názor je takový, že je potřeba být tomuto tématu otevřený a nebránit se pokroku a pozitivním změnám.

V dalším textu se podrobněji zaměříme na jednotlivé oblasti, na které bylo zacíleno realizované výzkumné šetření.

### **Přístup pracovníků zařízení k projevům sexuality uživatelů**

Do výzkumu byla zapojena tři zařízení. V každém z nich byly dotazovány tři pracovníce, které pracují s uživateli s MP každý den.

Z uskutečněných rozhovorů s pracovníci v DOZP1 vyplývá, že v tomto zařízení přistupují k projevům sexuality otevřeně a umožňují jedincům s MP přirozeně uspokojovat své potřeby.

Taktéž v DOZP2 není sexualita tabuizovaná. Uživatelé jsou ve svých projevech tolerováni, je ale nutné konstatovat, že toto zařízení svoji osvětovou činnost v oblasti sexuality teprve buduje.

Nejvíce zkušeností s akceptací a podporou přirozených sexuálních potřeb svých uživatelů vykazuje ze zjištěných informací DOZP3.

### **Přístup pracovníků zařízení k projevům sexuality uživatelů dříve a nyní**

V DOZP1 mají všechny pracovníce pozitivní a chápající přístup k projevům sexuality uživatelů. Nicméně dvě negativně nahlížejí na případné počínání dítěte. Jako důvod uvádějí neschopnost uživatelů obsáhnout složitost

života s potomkem. Jedna z nich připouští svůj původně problematický přístup k projevům homosexuálního partnerství, a uvádí, že v současné době jej již respektuje.

Také ve druhém zařízení (DOZP2) považují dotazované informantky oblast sexuality za důležitou součást života. Dvě z nich ji naprosto respektují a umožňují uživatelům jejich potřeby v soukromí vykonávat a jejich vzájemné vztahy podporují. Třetí z pracovníků se s touto oblastí musela naučit pracovat a vnímat potřeby uživatelů jako běžné. V současné době dokáže s uživateli na toto téma bez obav hovořit.

Informantky pracující v DOZP3 konstatují, že oblast sexuality vnímají jako více otevřenou a diskutovanou. Uvádí, že kladný přístup je podporován především novými informacemi a vzděláváním všech pracovníků. Každá z nich podporuje právo na partnerský či sexuální vztah. Jedna pracovníce uznává, že s ohledem na svůj věk, musela zásadně změnit svůj přístup k projevům sexuality uživatelů a naučit se tyto projevy vnímat jako běžnou součást života.

Všech devět dotazovaných pracovníků se shodlo na tom, že v minulosti se jednalo o téma tabuizované, které bylo v rámci zařízení řešeno pouze intuitivně a na základě nejlepšího uvážení pracovníků. V současné době jsou již k dispozici odborné zdroje, semináře, školení a specializované organizace, které se věnují sexualitě osob s MP. Zařízení tak mají možnost vzdělávat pracovníky v dané oblasti, což má zásadní vliv na jejich vlastní přístup. Uživatelům je tak poskytována odborná péče i v této intimní oblasti života.

## **Protokol sexuality, standardy kvality**

V rámci výzkumného šetření byly pracovníce dotazovány, zda je v jejich zařízení oblast sexuality zakotvena v některém z dokumentů. Tzn., zda mají zařízení zpracovaný Protokol sexuality či zda tuto oblast mají obsaženou ve Standardech kvality.

Zařízení DOZP1 má zpracovaný Protokol sexuality. Byl sepsán ve spolupráci s metodikem, jenž navštívil zařízení v rámci vzdělávacího semináře, a na jeho tvorbě spolupracovaly pracovníce domova. Body protokolu se objevují v rámci individuální práce s uživatelem v jeho individuálním plánu.

V zařízení DOZP2 zatím Protokol sexuality není vypracován. Jeho absenci si pracovníci zařízení uvědomují a připravují jeho vznik v návaz-

nosti na metodické školení, jehož se zúčastní. Oblast sexuality je v tomto zařízení prozatím ošetřena v rámci individuálního plánování u uživatelů, kterých se to týká.

V zařízení DOZP3 je vypracován Protokol sexuality jako příloha Metodických listů pro pracovníky. Protokol vytvořili pracovníci domova na základě poznatků z odborných seminářů a v souladu s potřebami uživatelů. Tento protokol se prolíná s individuálními plány jednotlivých uživatelů.

## **Realizace sexuální osvěty uživatelů**

Z rozhovoru s informantkami z DOZP1 (1A<sub>1</sub>, 1B<sub>1</sub> a 1C<sub>1</sub>) vyplývá, že cílenou sexuální osvětu v domově neaplikují. V případě, že vyvstane nějaký problém, tak ho řeší a individuálně ho začlení do plánu podpory pro konkrétního uživatele, u kterého je daná oblast potřeba více řešit. Informantky 1A<sub>1</sub> a 1B<sub>1</sub> shodně uvádí jako příklad uživatelku, která zatoužila vlastnit erotickou pomůcku, a proto se více zaměřily na potřeby uživatelky, pomůcku jí zakoupily a individuálně konkrétní ženu edukovaly.

Pracovnice z DOZP2, tedy informantky 2A<sub>1</sub>, 2B<sub>1</sub> a 2C<sub>1</sub>, odpovídají, že žádnou osvětu ani preventivní činnosti v jejich zařízení nerealizují, protože uživatelé této oblasti nerozumí. Nicméně dodávají, že pokud se někdo na něco zeptá, tak se snaží odpovědět tak, aby uživatel sdělení pochopil. Informantka 2C<sub>1</sub> dodává, že občas se uživatelé dotazují, proč vypadají takto, a že ženy vypadají jinak, jak se rodí děti apod. Takovéto otázky se snaží vždy zodpovědět. Pravidelně s klienty řeší osahávání na intimních partiích a masturbaci, zejména pak oblast soukromí.

Pracovnice z DOZP3 (informantka 3A<sub>1</sub>) odpovídá, že s klienty aktivně řeší oblast sexuality zejména v individuálním plánování, spolupracují s organizací Freya, pro uživatele mají k dispozici výuková videa, která byla natočena v rámci osvěty v oblasti sexuality a jsou jim volně dostupná. Zároveň plánují organizovat besedu pro klienty s odborníkem na tuto oblast. Informantka 3B<sub>1</sub> sděluje, že při práci s klienty na toto téma využívají výukové materiály od videa až po obrázkové listy. Edukace probíhá podle potřeb daného uživatele a dle jeho rozumových schopností. Informantka 3C<sub>1</sub> odpovídá, že s klienty na toto téma hovoří vždy v případě potřeby, a že je to zejména v gesci klíčových pracovníků, kteří pracují s konkrétními uživateli.

Z šetření také vyplynulo, že ve všech zařízeních v okamžiku, kdy se v domově vytvoří pár, pracují na tom, aby šlo o zdravý vztah, který je žá-

daný od obou partnerů. Umožňují uživatelům se stýkat a podporují je v jejich vztahu a případně jsou jim oporou ve chvílích, kdy je to potřeba, nebo kdy partneři vyžadují radu či odbornou pomoc. Pracovnice všech zařízení se shodují na tom, že pokud nevystane nutnost o těchto tématech hovořit, tak o nich preventivně nehovoří. Uvádí, že je tomu tak zejména z toho důvodu, že se jedná o uživatele s MP, u kterých by zřejmě nedošlo k potřebnému propojení s danou situací. Osvětovou činnost, ve smyslu cílených „besed“ na dané téma, provádějí ve zkoumaných zařízeních sporadicky. Oblast sexuality je v jednotlivých zařízeních rozebírána v případech, že vystane situace, která si to vyžaduje. Vždy je vše přizpůsobeno věku a mentální úrovni konkrétního uživatele. Informanti dále uvádí, že v domovech pravidelně dochází k edukaci v záležitostech souvisejících s běžným životem, např. rozpoznání pohlaví, částí těla a jejich funkcí, rodinných vazeb a vztahů. Témata jako je rodina, rodičovství, manželství, pohlavní styk nebo erotické pomůcky, jsou rozvíjena až ve chvíli, kdy o to nějaký klient projeví zájem. Pokud je to potřeba, vytvoří individuální plán, podle kterého s konkrétním daným uživatelem pracují a napomáhají mu ke zvládnutí situace.

### **Odborné materiály využívané při realizaci sexuální osvěty**

Dále nás zajímalo, zda pracovníci využívají při edukaci v oblasti sexuality uživatelů nějaké odborné materiály.

V DOZP1 uvádí, že sice materiály pro edukaci uživatelů vlastní, ale nevyužívají je, protože jejich uživatelé neprojevili pochopení či zájem.

V DOZP2 uvádí, že žádné odborné materiály zabývající se obšírněji názorným vysvětlením sexuálního chování pro uživatele nemají. Dotazovaná pracovnice sděluje, že zatím nebylo nutné takové podklady vyhledat. Vystačí si s obrázky z běžně dostupné literatury, např. z Encyklopedie lidského těla.

Také v DOZP3 jsou jedním ze zdrojů informací, resp. obrázků, běžně dostupné materiály, konkrétně časopisy. Nemají přímo zaměřené pomůcky definované pro práci s lidmi s MP. Mají však videa, která byla natočena v rámci osvěty sexuality a uživatelům jsou běžně přístupná. Spolupracují také s odborníky, kteří téma sexuality uživatelům předávají v podobě, která jim je srozumitelná.

## **Znalosti uživatelů v oblasti sexuality**

V další části výzkumného šetření byly otázky zaměřeny na zjišťování znalostí uživatelů v oblasti sexuality. Kladené otázky se týkaly rozpoznávání pohlaví, pohlavních orgánů, znalosti pojmů milovat se, pohlavní styk a sex. Další skupina otázek byla směřována na partnerský život, rodičovství, péči o dítě, pohlavně přenosné choroby a na ochranu před početím.

V DOZP1 bylo zjištěno, že dotazovaní uživatelé (tři ženy, jeden muž) poznají rozdíl mezi ženou a mužem a dokážou pojmenovat jejich pohlavní orgány, ačkoliv používají hovorové výrazy. Pojem pohlavní styk/sex zná jeden muž a jedna žena. Dvě dotazované ženy vědí, jak přicházejí na svět děti, muž tuší, jedna žena neví. Dvě ženy nevědí, jak o dítě pečovat, muž a jedna žena mají základní znalosti o této péči. V oblasti pohlavně přenosných chorob a možností ochrany před početím byla zjištěna neznalost už v samotném základním porozumění pojmu.

V DOZP2 bylo pracováno se dvěma informanty (muži). Oba poznají rozdíl mezi mužem a ženou a umí označit pohlavní orgány. Neznají pojem pohlavní styk ani sex. Jeden uživatel chápe, že děti rodí žena a má i povědomí o tom, jak se o dítě pečuje. U druhého dotazovaného nebylo možné tyto odpovědi vzhledem k míře mentálního postižení získat.

V zařízení DOZP3 byli dotazováni tři uživatelé (dvě ženy, jeden muž). Všichni tři znají rozdíly mezi ženou a mužem, včetně označení pohlavních orgánů. Také znají pojem pohlavní styk. Způsob příchodu dětí na svět zná pouze jedna dotazovaná, základní principy péče o dítě znají obě ženy. Žádný z uživatelů nezná žádné pohlavně přenosné choroby ani způsob ochrany před početím.

Lze říci, že znalosti uživatelů DOZP v oblasti sexuality jsou velmi individuální a přiměřené míře mentálního postižení.

## **Možnosti seznamování a navazování vztahů uživatelů**

Dále nás zajímalo, jaké mají uživatelé možnosti seznamování a navazování partnerských vztahů, ať už v domově nebo mimo něj.

Informantka 1A<sub>1</sub> odpovídá, že na území DOZP i mimo něj mají uživatelé možnost stýkat se s dalšími uživateli i s osobami zvenčí. Uživatelé mají také kamarády v jiných domovech a na velkých společenských akcích se stýkají, případně si i vyměňují dárky. Informantka 1A<sub>1</sub> si myslí, že po této

stránce jsou jejich potřeby naplněny. Informantka 1B<sub>1</sub> na otázku odpovídá následovně: „*Ano, ano, určitě. Jezdíme na plesy, stýkáme se s jinými domovy.*“ Informantka 1C<sub>1</sub> doplňuje: „*Ano, všichni klienti u nás mají volný pohyb a navštěvují se při různých akcích, Takže umožněno jim to je.*“

Informantka 2A<sub>1</sub> odpovídá, že klienti v jejich domově mají možnost se stýkat s osobami druhého pohlaví, ale dle jejího názoru příliš nerozlišují, jestli jde o ženu či muže, prostě přišel člověk. Dále uvádí, že navštěvování společenských akcí je u jejich klientů individuální. „*Vždy musíme zvážit míru toho rizika, když to riziko pro společnost nebo pro něj je velké, tak to neděláme.*“ Informantka 2B<sub>1</sub> sděluje, že uživatelé mají možnost stýkat se s dalšími osobami, například ve škole nebo v denním centru. Do programu zařazují návštěvy divadla, kina, plánují pobytové akce, takže se začleňováním nemají problém. „*Naši klienti jsou hodně individuální. Čím více se s nimi jde do společnosti, tím více je to pro ně nepříjemné, je to stresová situace, takže akce moc nevyhledáváme*“, sděluje informantka 2C<sub>1</sub>.

Informantka 3A<sub>1</sub> odpovídá, že jejich uživatelé dojíždějí do jiných zařízení, kde mají mnoho let navázané vztahy, využívají zdroje, která nabízí město – kino, koupaliště, zábavné a volnočasové aktivity. Uživatelé chodí na plesy, do tanečních. Jejich potřeby jsou v tomto ohledu naplněny dle potřeb každého z nich. Informantka 3B<sub>1</sub> sděluje, že uživatelé mají možnost stýkat se i s osobami druhého pohlaví. Jejich uživatelé mají dlouhodobé přátelské vztahy s uživateli z jiných domovů a pracovníci je v jejich vazbách podporují. Informantka 3C<sub>1</sub> odpovídá, že klienti, kteří jsou na tom fyzicky i mentálně lépe, mají možnost chodit na vycházky do města, kde se mohou potkávat a seznamovat s dalšími lidmi. Dále pořádají kulturní akce, navštěvují další zařízení a účastní se akcí, kterých však bylo tento rok, vzhledem k Covid-19, poskromnu.

Všichni informanti z řad uživatelů odpovídají, že mají možnost navazovat vztahy s jinými osobami. Informantka 1A má kamaráda z jiného domova, se kterým se pravidelně setkává na společných akcích a dávají si dárky. Informant 2A navštěvuje školu, kde má navázané přátelské vazby se spolužáky. Informantka 3C si v domově našla partnera, se kterým se mají rádi, jsou spolu dva roky a chtěli by mít svatbu.

Ve všech sledovaných zařízeních bylo zjištěno, že uživatelé mají možnost potkávat se a seznamovat se jak v rámci domova, tak i mimo něj. Všechny tři domovy pořádají společenské a sportovní akce, kde se potkávají uživatelé domovů mezi sebou, ale také s ostatní populací.

## **Zkušenosti uživatelů v oblasti partnerských vztahů a sexuality**

V rámci šetření bylo zjištěno, že všichni uživatelé mají ve svém životě sexuální zkušenost, která je u jednotlivců rozdílná. Šest z devíti dotazovaných uvádí, že zažilo pohlavní styk s druhou osobou. Jeden muž měl nepříjemnou zkušenost s jedincem stejného pohlaví. Jedna žena ke svému uspokojení využívala erotickou pomůcku. U všech informantů dochází běžně k sebeuspokojování. Z devíti tázaných uživatelů má v současné době partnera jeden muž a jedna žena. V minulosti měli partnera/partnerku nebo velmi blízkého člověka tři dotazovaní. Bez partnera jsou čtyři informanti.

### **Oblast soukromí uživatelů**

Informantky 1A<sub>1</sub>, 1B<sub>1</sub>, 1<sub>1</sub> z DOZP<sub>1</sub> shodně uvádí, že si myslí, že uživatelé jejich domova mají dostatek soukromí, a to i přesto, že většina z nich sdílí pokoj s další osobou. Pokud vyvstane větší potřeba soukromí, řeší to v ten daný čas například paravány, či zaměstnáním druhé osoby nějakou aktivitou v jiné místnosti. Informantka 1A<sub>1</sub> je toho názoru, že mnoho z uživatelů je zvyklých na to žít ve skupině a mnoho soukromí nevyžaduje.

Informantka 2A<sub>1</sub> odpovídá, že v jejich domově má většina uživatelů jednolůžkový pokoj (pouze jeden je dvoulůžkový), tudíž jejich soukromí je plně zabezpečené. Stejným způsobem odpovídají i informantky 2B<sub>1</sub> a 2C<sub>1</sub>.

Informantka 3A<sub>1</sub> sděluje, že soukromí na vícelůžkových pokojích řeší pevnými nebo mobilními zástěnami, a pokud klient potřebuje více soukromí, tak ví, že si může říct a pro další klienty je možné připravit nějakou aktivitu v jiných prostorách. Informantka 3B<sub>1</sub> shodně uvádí, že soukromí řeší za pomoci zástěn. Informantka 3C<sub>1</sub> uvádí, že si myslí, že mají klienti dostatek soukromí a že vždy vše záleží na domluvě. *„Jeden z páru se schází na pokoji a spolubydlíci ve chvílích, kdy tam jsou, odchází sledovat TV.“*

Informantka 1A uvádí, že sdílí pokoj s dalšími dvěma ženami a na otázku, zdali tam má své soukromí, odpovídá: *„Máme, ano.“* Informantka 1B sděluje, že na pokoji jsou tři, ale že soukromí nepotřebuje. Informant 1C se vyjadřuje, že soukromí má dostatek. *„Jsme tam dvě, já tam mám všechno“*, odpovídá informantka 1D.

Informant 2A a informant 2B mají svůj pokoj a oba se shodně vyjadřují, že soukromí mají dostatek.

Informantka 3A odpovídá, že na pokoji jsou dvě, ale že nejsou moc kamarádky. Informant 3B na otázku, zdali má na pokoji soukromí, odpovídá: „*máme no*“. Pokoj sdílí s dalším mužem. Informantka 3C odpovídá „*ano*“.

Otázky na oblast soukromí byly položeny jak uživatelům, tak pracovníkům domovů. Pouze v DOZP2 není nutné řešit soukromí uživatelů, protože mají jednolůžkové pokoje. Sami uživatelé tento fakt potvrzují. V DOZP1 zajišťují soukromí na dvou či třílůžkových pokojích paravány nebo mobilními zástěnami. Uživatelé tento způsob ochrany soukromí akceptují a je, podle jejich vyjádření, dostačující. Stejným způsobem realizují zajištění ochrany soukromí svých uživatelů i v DOZP3.

### **Zkušenosti pracovníků s projevy sexuality uživatelů**

Informantka 1A<sub>1</sub> odpovídá, že nejčastěji se setkávají zejména s potřebou navazování vztahů a přátelství. U některých uživatelů se setkávají i s uspokojováním sexuálních potřeb za pomoci erotické pomůcky či masturbace. Informantka 1B<sub>1</sub> se zmiňuje o tom, že se setkala s běžnými projevy sexuality, ale také s potřebou užití erotické pomůcky a s navazováním lesbických vztahů, které jsou v jejich, převážně ženském, domově častější. V souvislosti s tím zmiňuje občasnou problematiku vztahových sporů mezi zainteresovanými ženami. Informantka 1C<sub>1</sub> uvádí, že se nejvíce setkává s potřebou „*blížešho kontaktu, tulením, polibky*.“

Informantka 2A<sub>1</sub> uvádí, že se v jejich zařízení často setkávají s masturbací, která je mnohdy vykonávána ve společenských prostorách a musí s klienty častěji řešit pravidla a soukromí. Dále se setkává se třením o podlahu či o různé předměty, s doteky a líbáním. Informantka 2B<sub>1</sub> odpověděla, že „*klienti své potřeby řeší na pokoji*.“ Informantka 2C<sub>1</sub> je toho názoru, že u každého jsou projevy jiné. „*U někoho se projeví více, u někoho méně*.“

Informantka 3A<sub>1</sub> se v průběhu rozhovoru zmiňuje o tom, že se klienti projevují různě. Od potřeby navazování vztahů, přátelských, partnerských, přes doteky, větší míru pozornosti, až po masturbaci a vzájemné dotýkání se v intimní oblasti. Informantka 3B<sub>1</sub> jako nejčastější projevy sexuality uvádí sebeuspokojování, vzájemné doteky a u některých párů i intimní život jako takový. Informantka 3C<sub>1</sub> odpovídá, že uživatelé mají běžné projevy.

Z rozhovorů s uživateli vyplývá, že zkušenosti s masturbací mají informanti 1A, 1B, 1C, 2A a 2B, z nichž informanti 2A a 2B se takto v soukromí projevují pravidelně. Osobní zkušenost s bližším partnerským vztahem,

který prožili v minulosti, či v současné době probíhá, mají informanti 1A, 1B, 1C, 1D a 3C. Nějakou sexuální zkušenost ze svých předešlých či současných vztahů mají informanti 1C, 1D, 3A a 3C. Zkušenost s navazováním vztahů, ať už přátelských či partnerských, mají všichni informanti.

Na základě šetření bylo zjištěno, že zkušenosti pracovníků s projevy sexuality uživatelů jsou různé. Ve své praxi museli řešit různé intimní záležitosti uživatelů. Jednalo se například o zakoupení erotické pomůcky či řešení antikoncepce. Pracovnice pomáhaly vytvořit zdravý vztah mezi dvěma uživateli, kteří spolu začali bydlet. Také se setkávají s páry, které vznikají přímo v daném domově a pro ně se snaží vytvořit soukromí. Zkušenosti získávají i s homosexuálními vztahy či s transgender jedincem. Pracovnice musí řešit také sebeuspokojování klientů ve společných prostorech, kdy v těchto situacích odkazují uživatele do soukromí pokojů atd.

### **Problematické oblasti sexuality v prostředí DOZP**

Z odpovědí pracovníků domovů se jeví jako problematická oblast homosexuální vztahy a transgender jedinci. Domovy musí řešit i otázku sexuální asistence. Jako další problematický faktor spatřují pracovníci spolupráci s některými opatrovníky, kteří této oblasti nejsou otevření a nechtějí připustit, že i jedinec s MP má sexuální potřeby.

### **Vzdělávání zaměstnanců v oblasti sexuality uživatelů**

Z rozhovorů vyplývá, že ve všech třech zařízeních jsou pracovníci průběžně proškolení a seznamováni s novými poznatky z oblasti sexuality. Účastní se seminářů a školení, které probíhají buď přímo v domově nebo mimo něj. Všechny pracovnice jsou toho názoru, že v posledních letech se zájem o problematiku sexuality zvýšil a celkově je to více řešené téma, což napomáhá k lepšímu porozumění potřebám osob s MP v dané oblasti. Zpočátku musely jednotlivé domovy tuto oblast akceptovat samy a následně s ní také pracovat podle nejlepšího uvážení a ve prospěch jedince. V současné době, díky spolupráci s odborníky, dokážou vytvořit odborný tým a pracují podle standardů a protokolů sexuality v zájmu uživatele.

V tabulkách 4 a 5 jsou stručně zaznamenány odpovědi informantů na otázky, které byly s ohledem na zkoumanou problematiku pro výzkum významné.

**Tabulka 4** Přehled odpovědí informantů-uživatelů<sup>8</sup>

Informant	Dostatek soukromí v DOZP	Sexuální zkušenost	Sexuální osvěta		Partnerské vztahy		Rodičovství	
			Poznání rozdílů mezi Ž a M <sup>9</sup> . Zná pohlavní orgány	Vi, co je pohlavní styk/sex	Má/nemá možnost navázat nový vztah	Má/nemá partnera	Vi/neví, jak přichází na svět děti	Vi/neví, jak pečovat o dítě
1A	Ano, pokoj pro tři	Ano, s erotickou pomůckou	Ano	Neví	Má	Nemá	„Narodí se“	Neví – „dala by ho do kojeňáku“
1B	Ne, ale nepotřebuje ho	Ano, v minulosti	Ano	Vi, „mloujou se, děti dělají“	Má, ale nechce	V minulosti měla	„Ze ženský“	Tuší – „vykoupat, nakrmit, oblíkat“
1C	Ano	Ano, s ženou	Ano	Ano	Má	Má „manželku“	Tuší	Vi – „mění se mu plenky, krmit se“
1D	Ano, pokoj pro dva	Ano, s mužem „něco spolu dělali“	Ano	Neví	Má	Nemá	Neví	Neví
2A	Ano, vlastní pokoj	Ano, masturbace doreky od jiného muže, které mu nebyly příjemné	Ano	Neví	Má	Nemá	„Ze semínka“	Ano
2B	Ano, vlastní pokoj	Ano, masturbace	Ano	Neví	Má	Nemá	–	–

<sup>8</sup> Ž – žena, M – muž.

Informant	Dostatek soukromí v DOZP	Sexuální zkušenost	Sexuální osvěta		Partnerské vztahy		Rodičovství	
			Pozná rozdíl mezi Ž a M. Zná pohlavní orgány	Ví, co je pohlavní styk/sex	Má/nemá možnost navázat nový vztah	Má/nemá partnera	Ví/nemí, jak přichází na svět děti	Ví/nemí, jak pečovat o dítě
3A	Ano, pokoj pro dva	Ano	Ano	Ano	Má	V minulosti měla man-žela	Ví	Ví
3B	Ano, pokoj pro dva	Ano, s ženou	Ano	„Že se dva milují“	Má	V minulosti měl blízkou kamarádku	Nemí	Nemí
3C	Ano	Ano, s mužem	Ano	Ano	Má	Má partnera	Nemí	„Že ho nakrmím“

**Tabulka 5** Přehled odpovědí informantů-pracovníků

Informant	Přístup k projevům sexuality	Sexuální osvěta – edukace uživatelů	Vzdělávání v oblasti sexuality	Vývoj v oblasti sexuality
1A <sub>1</sub>	Otevřený, respektující Vstřícný K rodičovství absolutně negativní názor	Edukace v případě, že si to situace vyžádá	Ano, každý rok jsou vybrání pracovníci proškolení	Dříve se pracovalo intuitivně, v současnosti využíváno znalostí ze školení a kurzů
1B <sub>1</sub>	Otevřený, respektující i k homosexuálním projevům	Neprobíhá pravidelně	Ano – nedávno jsme viděli i edukační film	Ano, je to jiné. Vnímám to jako trend. V minulosti to bylo velké tabu
1C <sub>1</sub>	Vstřícný, otevřený K rodičovství negativní	Pokud se objeví problém, řeší se	Školení vyložené na téma sexualita ne, bylo to pouze součástí jiného školení	Nad touto oblastí se nezavírají oči tak, jako v minulosti Současně máme i brožury, které nám pomohou při vysvětlování

Informant	Přístup k projevům sexuality	Sexuální osvěta – edukace uživatelů	Vzdělávání v oblasti sexuality	Vývoj v oblasti sexuality
2A <sub>1</sub>	Neutrální	Neprobíhá, vzhledem k míře postižení se nesetkáváme s potřebou o tom preventivně hovořit	Ano, aktuálně objednané školení, které napomůže při řešení případných problémů z oblasti sexuality	Pozitivně hodnotí možnosti dalšího vzdělávání v oblasti sexuality a vztahů
2B <sub>1</sub>	Neutrální projevů si snažím nevyšmat, pokud někdo někoho neobtěžuje	Neprobíhá.	Ano, v rámci kurzu pracovníka v sociálních službách	Dříve jsem se o této problematice bála mluvit, v současnosti s tím nemám problém
2C <sub>1</sub>	Bere to jako součást života všech lidí	V případě, že je to potřeba, tak ano	Ano, v rámci studia na vysoké škole	Nemám zkušenosti z minulosti
3A <sub>1</sub>	Otevřený, respektující a podporující	Ano, v rámci individuálního plánování	Ano	Tato oblast je za poslední rok v sociálních kruzích na vzestupu oproti letům předchozím, kdy to bylo stále ještě tabu
3B <sub>1</sub>	Respektující, podporující	Ano, s klienty, u kterých je to potřeba	Ano, školení a kurzy	Tato oblast je za poslední roky otevřená, není to takové tabu. A je dobře, že se o těchto věcech mluví
3C <sub>1</sub>	Otevřený, podporující, respektující	Ano, máme zpracovaný protokol sexuality a metodické pokyny	Ano, průběžně. Jednou ročně školení sexuality	Díky školením, které jsou, máme více osvětlené pracovníky. Dříve byla sexualita řešena spíše intuitivně a spíše se nad tím mávalo rukou. Aktuálně máme metodiky a postupy, díky kterým dokážeme s uživateli pracovat v jejich zájmu

### 3.4 Diskuse, doporučení pro praxi

Sexualita je součástí života každého člověka, tedy i jedinců s MP žijících v zařízení sociálních služeb. Přestože již sexualita a partnerské vztahy nejsou zdaleka takovým tabu, jako v minulosti, stále není tato oblast v mnohých zařízeních sociálních služeb systematicky ošetřena a řešena.

Na oblast sexuality obyvatel DOZP se zaměřovaly již výzkumy, které byly v České republice realizovány např. po roce 2000 v té době v ústavech sociální péče (Kozáková, 2002, Spilková, Mellan, 2004, Kozáková, 2005 atd.). Z výsledků těchto výzkumů bylo patrné, že ústavní péče nezajišťovala svým uživatelům dostatek informací a podpory v oblasti sexuality. Většina pracovníků (75 %) ústavů sociální péče v té době neprošla žádným školením pro práci se sexualitou osob s MP. Dokonce 40–60 % pracovníků sdělilo, že se sexualitou klientů sociálních služeb nezabývá a vůbec s ní nepracuje (Kozáková, 2002, Spilková, Mellan, 2004, Kozáková, 2005, Eisner, 2013).

Dnes víme, že dobře edukovaný a proškolený pracovník dokáže s uživatelem a s projevy jeho sexuality pracovat za účelem jeho maximální spokojenosti a potažmo soběstačnosti. Ve všech případech je vždy nutné a žádoucí jednat individuálně na základě možností, přání a potřeb konkrétního klienta. Jedním z důležitých faktorů je mj. soukromí, kterého nemusí být ve větších zařízeních sociálních služeb vždy dostatek. V rámci námi realizovaného výzkumu nyní informanti nevypovídali v neprospěch tohoto faktoru, nicméně je vhodné ho zmínit a brát v potaz. Také Venglářová (2013) ve své publikaci zaměřené na sexualitu osob s postižením upozorňuje, že jako následek nedostatku soukromí se může objevit řada problémů, jakými jsou např. psychické obtíže, agrese, deprivace či asexualita jedince, což může vést k nepohodě či k následným projevům patologických jevů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že oblast sexuality je v současné době mnohem více diskutována než v minulosti. I přesto se stále nejedná o oblast, která by byla plně zapracována do fungování sociálních služeb, jejichž pracovníci a uživatelé byli součástí výzkumu. Jedním z hlavních doporučení je proto další práce na této oblasti. Tzn. být otevřený novým poznatkům a umožňovat pracovníkům i uživatelům se v dané oblasti vzdělávat. Další doporučení je směřováno k využívání názorných pomůcek. Tzn., nebát se uživatelům ukazovat věci tak, jak reálně jsou, využívat při práci s nimi názorné publikace, videa a poskytovat jim adekvátní podporu při provádění touto oblastí. Neposlední doporučení je směřováno na samotné uživatele

a jejich blízké. Tzn., pracovat s rodinou a naučit ji přijímat fakt, že i jejich „dítě“ má potřeby, které je důležité uspokojovat a nebát se o nich mluvit. Dost možná přijetí tohoto faktu rodinou umožní člověku s MP své potřeby prožívat na jiné úrovni, neskrývat je a naučit se je uspokojovat, což by v nejednom případě mohlo vést k uvolnění tenze, napětí, neklidu a k naplnění jedné ze základních potřeb.

### 3.5 Etické aspekty a limity výzkumu

**Etické aspekty** byly v rámci všech fází výzkumu ošetřeny následovně: Výzkumu se účastnili pouze lidé, kteří k tomu dali svolení. Každý z informantů před zahájením výzkumu svým podpisem informovaného souhlasu vyjádřil souhlas s účastí a zpracováním přesně vymezených informací. S ohledem na zacílení výzkumu byly vyhotoveny tři formy informovaného souhlasu – pro pracovníky, pro uživatele a pro opatrovníky. Všechny informované souhlasy jsou k dispozici k nahlédnutí u autorek výzkumu. Všichni účastníci měli také právo kdykoliv od výzkumu odstoupit a ukončit tak svoji účast. Z hlediska zajištění ochrany soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu nejsou nikde uváděny názvy zařízení, ve kterých výzkum probíhal, a ani jména účastníků výzkumu. Vše je prezentováno pod symbolickým kódem, který označuje dané zařízení, či informanta podílejícího se na výzkumu. Tento přístup byl zvolen také s ohledem na tematiku, která je ryze intimního charakteru a je soukromou záležitostí uživatelů. Není proto žádoucí, aby mohlo dojít ke ztotožnění výpovědi s danou osobou. Veškeré nahrávky a poznámky byly určeny pouze pro práci na výzkumu.

Další část textu se zabývá **limity**, které byly shledány, že by mohly nastat při realizaci výzkumu, získávání a zpracovávání dat a nějakým způsobem ovlivnit získaná data, jejich analýzu či interpretaci.

První oblastí jsou **limity na straně výzkumníka**. Patří sem osobní předpoklady – motivace, zájem, znalost dané problematiky, které vedou výzkumníka ke kvalitnímu zpracování výzkumu. Významnými faktory jsou také věk, pohlaví, zkušenosti a status samotného výzkumníka. Výzkumník může být samozřejmě ovlivněn i aktuální náladou. V rámci realizovaného výzkumu přicházel do zařízení výzkumník jako nová a cizí osoba a nebylo tedy jisté, do jaké míry budou chtít uživatelé spolupracovat a svěřovat se

s tak intimními zkušenostmi z oblasti sexuality. Z důvodu minimalizace tohoto limitu byly rozhovory realizovány i s pracovníky, kteří tak případně mohli informace doplnit.

Další oblastí jsou **limity na straně informantů**. Výzkumné šetření a získaná data od uživatelů a pracovníků mohla být zkreslena aktuálním naladěním, vlivy vnitřními (např. únava, hlad) či vnějšími (např. hlučné a rozptylující venkovní prostředí, online komunikace, která byla nutná z důvodu mimořádných opatření v souvislosti s šířením onemocnění Covid-19). To vše mohlo mít na informanty různý vliv. Neopomenutelným faktorem jsou také specifické rysy uživatelů a přítomnost postižení (mentální postižení, porucha autistického spektra a další přidružené vady). Dalším limitujícím faktorem mohl být fakt, že s uživateli mluví neznámá cizí osoba. Z důvodu minimalizace tohoto limitu byly rozhovory započaty představením se a komunikací i na jiná témata, což mohlo vést k uvolnění atmosféry, vytvoření přátelského kontaktu a k podpoře subjektivnějších a přirozenějších odpovědí informantů.

Další skupinou jsou **limity na straně metodiky**. K realizaci a sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor. Tím, že tento typ rozhovoru nemá přesně danou strukturu a pracuje s tematickými oblastmi, může být rizikem odklon od tématu, ať už ze strany výzkumníka, nebo informanta.

### 3.6 Závěry výzkumu

Výzkum, jehož výsledky jsou prezentovány v rámci této kapitoly, přinesl nové informace z konkrétních domovů pro osoby se zdravotním postižením o sexualitě osob s MP. O tom, jak je zde pracováno s projevy sexuality, jaké jsou využívány materiály a jaké zkušenosti a znalosti v oblasti sexuality mají samotní uživatelé.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak k sexualitě a k jejím projevům přistupují pracovníci a uživatelé vybraných DOZP. Bylo zjištěno, že celkový přístup se od let minulých změnil, a to směrem k větší otevřenosti a respektu k potřebám uživatelů služeb a obecně k této problematice. Uživatelé, díky deinstitucionalizaci, žijí a dospívají v prostředí, které se více přibližuje rodinnému typu. Mají více soukromí a více prostoru k vykonávání všech svých potřeb, které jim nejsou odepírány. Díky koedukaci pobytových zařízení mají větší možnosti navazování přátelských či partnerských vztahů s druhým pohlavím.

vím. Vztahy a vazby, které mají, jsou sociálními pracovníky podporovány a akceptovány, pracovníci dokonce i přispívají ke zdravému rozvoji vztahů. Jednotlivé domovy pořádají společenské akce, které podporují socializaci a integraci jedinců do společnosti. Lze tedy shrnout, že výzkumné šetření poměrně jednoznačně ukázalo na posun a pokrok ve vnímání sexuality a v přístupu k sexualitě v rámci konkrétních DOZP poskytujících podporu a péči jedincům s MP. I přes výše zmíněná pozitiva a posuny výzkumné šetření poukázalo na to, že ne ve všech zařízeních probíhá aktivní sexuální osvěta a podpora osob s MP v oblasti sexuality.

Jako žádoucí se jeví také komplexnější práce s rodiči, či s opatrovníky jedinců s MP a jejich edukace v oblasti sexuality. I oni tak mohou svým otevřeným a chápajícím přístupem k projevům sexuality přispět k adekvátní podpoře všestranného rozvoje svého dítěte či opatrovance. S ohledem na výše zmíněné by bylo jistě zajímavé realizovat výzkumné šetření zaměřené na zjišťování postojů a zkušeností rodičů/opatrovníků osob s MP a jejich potřeb z toho vyplývajících. To by ve výsledku mohlo vést k většímu propojení sexuální osvěty mezi zařízením, rodičem a uživatelem.

Jako vhodné se také jeví provést výzkumná šetření tohoto typu i v dalších DOZP a zjistit tak aktuální situaci a potřebné informace, které by napomohly adekvátně řešit další vyvstávající otázky v oblasti sexuality osob s MP. Ve smyslu toho, jak pracovníci přistupují a pracují s jedinci v oblasti sexuality, do jaké míry využívají dostupné materiály a zda v zařízení sexuální osvěta probíhá. Výsledky z následných šetření by mohly přispět a být podkladem pro zpracování dalších materiálů, metodických příruček a postupů, které by pracovníkům mohly pomoci při práci s jedinci s MP. Proto se v rámci další, čtvrté kapitoly, komplexněji zaměříme právě na oblast partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v zařízeních sociálních služeb na území celé České republiky.

# 4

## Kvantitativní výzkum v zařízeních sociálních služeb v České republice

**Zdeňka Kozáková**

Záměrem čtvrté kapitoly je prezentovat vybrané výsledky výzkumu, který byl zaměřen na změny za posledních 15 let v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v zařízeních sociálních služeb v České republice.

V rámci první a druhé subkapitoly jsou vymezeny cíle výzkumu, zkoumaný soubor a metodika, v rámci třetí subkapitoly jsou prezentovány získané výsledky. Kompletní výsledky výzkumu jsou poměrně rozsáhlé, publikace předkládá pouze jejich parciální výběr. Posloupnost analýzy a interpretace výzkumných dat vychází z formulovaných cílů a hypotéz tak, aby byla zachována jejich logická návaznost a kontinuita. Některá data jsou seřazena do přehledových srovnávacích tabulek četností pro rok 2005 a 2020 a opatřena podrobnějším komentářem, případně graficky znázorněna prostřednictvím sloupcových grafů. Čtvrtá subkapitola je věnována diskusi a doporučením pro praxi. Pátá subkapitola přibližuje etické aspekty a limity výzkumu, šestá subkapitola prezentuje získané závěry.

Metodologický rámec práce vychází z výzkumu realizovaného v roce 2005, v rámci kterého byla zjišťována v té době aktuální situace v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v ústavních zařízeních pro osoby s MP v České republice. Na základě získaných dat byl analyzován soudobý stav, zmapovány nejproblematictější oblasti a navržen možný plán postupu jejich řešení. Výsledky výzkumu jsou součástí disertační práce autorky (Kozáková, 2005). Nyní, s odstupem času 15 let, nás zajímá, zda od té doby došlo v jednotlivých řešených oblastech k nějakým změnám a posunům. Proto je současným záměrem aplikovat identický výzkum a identifikovat, zda (a jak/nakolik) se situace v průběhu sledovaného období změnila.

## 4.1 Cíle výzkumu

**Hlavním cílem výzkumu** bylo zjistit aktuální situaci v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v zařízeních sociálních služeb v České republice. Zjištěnou situaci deskribovat, analyzovat, interpretovat a následně identifikovat, zda a jak se problematika a postoje k ní změnily za posledních 15 let. Záměrem výzkumu je postihnout aktuální situaci a změny pohledem pracovníků sociálních služeb, kteří jsou s lidmi s MP v každodenním kontaktu. V intencích výzkumu není komparovat názory, postoje či situaci v jednotlivých zařízeních, ale zjistit makrosituační stav v kontextu změn v oblasti poskytování sociálních služeb osobám s MP v České republice.

**Díličními cíli** výzkumu bylo zjistit:

- základní informace o zařízení, jeho pracovnících a uživateli – **díličí cíl 1**,
- převažující postoj dotazovaného zařízení a pracovníka k partnerským vztahům, intimitě, sexualitě a sexuální osvětě osob s mentálním postižením – **díličí cíl 2**,
- způsob ošetření oblasti sexuality a sexuální osvěty v zařízení – **díličí cíl 3**,
- eventuální problematické aspekty v oblasti sexuality a připravenost pracovníků na jejich řešení – **díličí cíl 4**,
- proběhlé změny v oblasti přístupu k problematice sexuality klientů v zařízení za posledních 15 let – **díličí cíl 5**.

V kontextu formulovaných díličích cílů byly stanoveny následující **hypotézy**:

- H<sub>1</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl v postoji zařízení k sexualitě a sexuální osvětě mezi lety 2005 a 2020 (**díličí cíl 2**).
- H<sub>2</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl v postojích pracovníka k sexualitě a sexuální osvětě osob s mentálním postižením mezi lety 2005 a 2020 (**díličí cíl 2**).
- H<sub>3</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl v přítomnosti vyhrazeného pracovníka pro řešení problematiky sexuality v zařízení mezi lety 2005 a 2020 (**díličí cíl 3**).

- H<sub>4</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl v proškolení pracovníků v oblasti sexuality mezi lety 2005 a 2020 (**dílčí cíl 3**).
- H<sub>5</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl v pociťované připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality klientů mezi lety 2005 a 2020 (**dílčí cíl 4**).

Pro naplnění cílů práce byl zvolen kvantitativní design výzkumu s využitím kvantitativních technik sběru a statistického zpracování dat.

## 4.2 Soubor a metodika

V rámci druhé subkapitoly je charakterizován výzkumný soubor a metodika. Nejdříve jsou popsány metody sběru a statistického zpracování dat, následně etapy a administrativa výzkumu a výzkumný soubor.

### Charakteristika metody sběru dat

Hlavní metodou sběru dat byl nestandardizovaný anonymní **dotazník** vlastní konstrukce. Dotazník vymezuje Chráska (2007, s. 163) jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“. Jedná se o měrný prostředek, jehož prostřednictvím zkoumáme mínění o jednotlivých jevech (Ničkovič, 1968). „*Tato mínění se mohou vztahovat buď k jevům vnějším (např. mínění o různých výchovných opatřeních), nebo k jevům vnitřním (např. postoje, motivy, citové stavy apod.)*“ (Chráska, 1998, s. 89). V dotazníku jsou respondentům kladeny předem připravené otázky a získané odpovědi jsou poté statisticky vyhodnocovány. Dotazník je nejčastěji používanou kvantitativní technikou pro potřebu získání dat od velkého počtu respondentů.

Mezi vlastnosti dobrého dotazníku patří validita, tzn., že nástroj zjišťuje skutečně to, co zjišťovat má a co je výzkumným záměrem. Další vlastností je reliabilita, tzn. spolehlivě a přesné zachycení zkoumaných jevů (Chráska, 2007).

Jako každá výzkumná metoda má i dotazník své klady a zápory. Mezi **výhody** dotazníkového šetření patří především nízká časová a finanční náročnost. Výzkum může být prováděn i malým počtem výzkumníků,

a přesto umožňuje získání dat od velkého množství respondentů. Pro dotazované je důležitá relativně vysoká míra anonymity a menší časová náročnost. Výsledky mohou být reprezentativní i pro zbytek populace (či specifické skupiny) a lze je statisticky zpracovat. Dotazník může být použitý i opakovaně pro srovnávací šetření. Odpovědi z dotazníkového šetření lze kvantifikovat a analyzovat. (Giddens, 2003).

Mezi **nevýhody** dotazníků patří zejména riziko zkreslení ze strany respondentů. Dotazovaní mohou sdělovat pouze svůj individuální pohled na danou situaci (např. na své postoje), mohou se pokusit prezentovat v lepším světle či na otázky odpovídat nepravdivě. Přesnost šetření může být ovlivněna také procentem zapojených respondentů, v důsledku čehož mohou být výsledky výzkumu založeny jen na určitém podílu původního vzorku (Giddens, 2003). Rizikem může být rovněž neodborné **sestavení dotazníku**.

V úvodu dotazníku by mělo být oslovení respondenta, představení organizátora a tématu výzkumu. Dále by mělo následovat ujištění o anonymitě a objasnění, jakým způsobem bude se získanými daty nakládáno. Dotazník by měl vždy obsahovat jasné instrukce k jeho vyplnění. Znění položek v dotazníku je důležité přizpůsobit cílové skupině respondentů tak, aby formulace byly srozumitelné, zcela jednoznačné a jasné. Zároveň však aby nebyly sugestivní a nenaznačovaly či neanticipovaly odpověď.

Vzhledem k výše zmíněným výhodám byl v rámci výzkumu zvolen právě dotazník. Ve vztahu k cíli práce a k hlavnímu záměru postihnout změny za posledních 15 let byl aplikován stejný výzkumný nástroj jako v roce 2005, tzn. nestandardizovaný **podrobný anonymní dotazník vlastní konstrukce**.

Dotazník byl administrován v jednoduché intuitivní podobě v on-line prostředí. Dotazníkové rozhraní bylo umožněno prostřednictvím odkazu <https://partnerstvi-a-intimita-osob.vyplnto.cz/>, jenž byl pro tento účel zřízen. V průvodním listu dotazníku byli respondenti požádáni o spolupráci, ujištění o anonymitě, obeznámení s účelem výzkumu, s instrukcemi pro vyplňování a s možností seznámení se s výsledky. Samotný dotazník byl obsahově tvořen třemi tematickými částmi: 1. *údaje o zařízení a jeho uživatelích*, 2. *údaje o pracovníkovi*, 3. *názory, postoje, fakta a zkušenosti pracovníka v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v zařízení*.

V úvodní části dotazníku byly umístěny položky zjišťující fakta. Tyto položky byly koncipovány tak, že první tematická část zjišťovala informace o zařízení, ve kterém respondent pracuje a o jeho obyvatelích (faktografické údaje, typ zařízení a jeho uživatelé). Druhá část dotazníku zjišťovala základní údaje o pracovníkovi (pohlaví, věk, délka praxe, pracovní zařazení a vzdělání). Třetí, nejrozsáhlejší, část dotazníku zjišťovala názory, postoje, fakta a zkušenosti pracovníků v oblasti podpory a ošetření problematiky partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v zařízení. V této části se objevovaly i položky zaměřené na informace o respondentovi, které však byly intimnějšího charakteru, a proto nebyly zařazeny hned v úvodu.

Z hlediska formy požadované odpovědi byly v dotazníku položky otevřené, polouzavřené, uzavřené a škálové. Položky měly nejčastěji strukturovanou podobu, kdy mohli respondenti volit z určitého počtu předem připravených odpovědí. Často se jednalo o položky polouzavřené, kdy respondenti měli prostor k odůvodnění svého názoru nebo k doplnění nabízených odpovědí vlastním vyjádřením v bodě jiné. Některé položky byly zároveň i větvicími, odpověděl-li respondent souhlasně nebo nesouhlasně. Pro zjištění míry souhlasu či nesouhlasu s tvrzeními, informacemi a předloženými tezemi bylo využito čtyřbodové škály (*rozhodně ano – asi ano – asi ne – rozhodně ne*), příp. pětibodové škály (s doplněnou pátou možností: *nevím, nedokážu posoudit*). Kromě výběrových položek se v dotazníku vyskytovaly i nestrukturované (otevřené) položky, ve kterých respondenti mohli formulovat vlastní odpověď. Jak uvádí Chráska (2016), nevýhodou otevřených položek je volnost a variabilita jejich odpovědí a nutnost jejich další kategorizace při vyhodnocování.

V závěrečné části dotazníku měli respondenti možnost volně doplnit vlastní zkušenosti, návrhy, náměty či doporučení pro praxi. V případě zájmu o zaslání výsledků výzkumu mohli zanechat e-mailový kontakt.

## **Charakteristika metody statistického zpracování dat**

Získaná výzkumná data byla zaznamenána a poté zpracována prostřednictvím software Microsoft Excel. Nejdříve byly zjišťovány absolutní a relativní četnosti, základní popisné charakteristiky a vytvářeny tabulky četností. Následně byly provedeny statistické analýzy ve statistickém

balíku R verze 3.6.1 (R Core Team, 2019). Souvislost mezi kvantitativními daty byla zjišťována pomocí vybraných **statistických testů**:

- Pearsonův chí-kvadrát test (*Pearson's Chi-squared test*).
- Fisherův přesný test (*Fisher's Exact Test for Count Data*).
- Mannův-Whitneyův U-test (*Mann-Whitney U-test*).

Použité statistické testy jsou vždy uvedeny v textu pod příslušnou tabulkou. V rámci statistických testů nezávislosti byla pro vyhodnocení jednotlivých hypotéz testována nulová statistická hypotéza (že zkoumané faktory spolu nesouvisí) proti hypotéze alternativní (že mezi nimi souvislost existuje). Ve všech případech byla uvažována hladina významnosti  $p < 0,05$  (5 %). Při dosažení hladiny testu  $p$  menší než 5 % byla nulová statistická hypotéza zamítnuta a přijata hypotéza alternativní.

## **Etapy výzkumu a administrativa**

V dalším textu jsou popsány jednotlivé etapy výzkumu, jejich administrativa a charakteristika základního a výběrového souboru. Realizaci výzkumu lze rozdělit do tří základních etap, kterými jsou: 1. *Plánování výzkumu (přípravná fáze)*, 2. *Sběr dat v terénu* a 3. *Zpracování, analýza a interpretace získaných dat a formulace závěrů a doporučení*.

### **Etapa 1: Plánování výzkumu (přípravná fáze)**

Etapa plánování výzkumu v sobě zahrnovala realizaci přípravných aktivit a tvorbu plánu postupu. Nejdříve analýzu aktuálního stavu poznání v dané oblasti, a to jak po stránce epistemologicko-teoretické (řešerše dostupných zdrojů, studií a výzkumů), tak po stránce empirické (zkušenosti z praxe). V rámci toho byla diskutována volba metodologie a výzkumného souboru. Po vytvoření základního návrhu designu výzkumu byl podán návrh Etické komisi Pedagogické fakulty Univerzity Palackého (PdF UP) v Olomouci na posouzení a zhodnocení možnosti realizace výzkumu. Na základě schválení návrhu Etickou komisí PdF UP byla zahájena etapa konkrétních prací na výzkumu.

## **Etapa 2: Sběr dat v terénu**

Etapa sběru dat v terénu započala pracemi spojenými s řešením metodologických otázek. Nejdříve byl aplikován výzkumný nástroj do on-line prostředí a byl vygenerován odkaz pro vyplňování. Následně byl osloven výzkumný soubor a navázána spolupráce s konkrétními zařízeními.

### **Charakteristika výzkumného souboru**

V rámci realizovaného výzkumu byla prostřednictvím emailu oslovena všechna zařízení poskytující pobytové sociální služby osobám s MP v České republice. Seznam zařízení a jejich e-mailových adres byl získán prostřednictvím Registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV, 2019, [online]). Pro distribuci dotazníků bylo využito 428 e-mailových adres. Ve snaze o reprezentativnost výzkumu byla do vzorku zařazena všechna existující pobytová zařízení sociálních služeb pro osoby s MP a s kombinovaným postižením. Lze předpokládat, že lidé s MP mohou žít i v zařízeních, která poskytují své služby jiným cílovým skupinám. Vzhledem k zaměření výzkumu nebyla tato zařízení oslovena. Za pobytové sociální služby byly považovány domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení a týdenní stacionáře. Do výzkumu se však zapojili i respondenti z podpory samostatného bydlení, z odlehčovací služby a z denního stacionáře, které fungují v rámci pobytových sociálních služeb týdenního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením či chráněného bydlení. Ve výsledku se tedy jedná o pracovníky z těchto typů sociálních služeb: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, týdenní stacionář, denní stacionář a služba respitní péče. Výzkumným vzorkem se staly všechny tyto typy zařízení pro osoby s mentálním (a kombinovaným) postižením na území České republiky. Vlastní výběr respondentů probíhal záměrným vyčerpávajícím výběrem. Výzkum obsahoval zastoupení všech okruhů pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách dle § 115 odst. 1 a 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Ve výzkumném souboru figurují jako respondenti vedoucí pracovníci, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci, kteří pracují s cílovou skupinou osob s MP. Vstupními kritérii byly aktuálně realizovaný výkon přímé práce s lidmi s MP v sociálních službách a ochota zapojit se do realizovaného výzkumu.

Vylučovacími kritérii byly výkon jiné funkce (oproti vstupnímu kritériu) a neúplnost vyplněných dat v dotazníku. Celkový počet respondentů, kteří dotazník vyplnili tak, aby mohl být do výzkumu zařazen, byl 351 osob.

Distribuce dotazníku byla realizována prostřednictvím hromadné elektronické pošty vedoucímu pracovníkovi zařízení sociálních služeb s prosbou o jeho předání zaměstnancům, kteří jsou v každodenním přímém kontaktu s lidmi s MP. V e-mailu byly uvedeny informace o realizovaném výzkumu, identifikační údaje zadavatele a vymezení, pro jaké respondenty je dotazník určen. Průvodní dopis dále obsahoval odkaz na možnost on-line vyplnění na webových stránkách Vyplňto.cz (Vyplňto.cz, 2008–2020. [online]), prostřednictvím nichž byl sběr dat realizován. V příloze e-mailu byla zaslána elektronická podoba dotazníku pro respondenty, kterým by on-line vyplňování prostřednictvím odkazu nevyhovovalo. Zároveň byla nabídnuta možnost zaslání požadovaného počtu vytištěných dotazníků poštou, nevyhovovalo-li by respondentovi elektronické vyplňování obecně. Distribuce dotazníků probíhala i přímým kontaktem, kdy byl respondentovi předán požadovaný počet vytištěných dotazníků. Někteří respondenti byli natolik vstřícní, že elektronicky zaslané dotazníky vytiskli a dali je vyplnit respondentům, kteří dotazník nechtěli, neuměli nebo nemohli vyplnit elektronicky. Vyplněné dotazníky poté zaslali poštou, nebo je přinesli osobně.

Gavora (2010) uvádí, že návratnost dotazníků, zasílaných elektronicky, bývá výrazně nižší než formou osobního předání. I přesto se v rámci výzkumu podařilo oslovit poměrně velký počet respondentů ( $N = 351$ ) a ekonomicky shromáždit množství zajímavých dat. Podrobněji je charakteristice výzkumného vzorku věnována subkapitola 4.3 *Výsledky výzkumu v části Informace o zařízení, jeho pracovnících a uživatelích*.

### ***Etapu 3: Zpracování, analýza a interpretace získaných dat a formulace závěrů a doporučení***

Po uzavření sběru dat a zneprístupnění aktivního linku s možností vyplnit dotazník byla provedena první fáze kontroly a přípravy pro následné statisticko-komparační zpracování. Byl proveden první stupeň třídění a kontrola úplnosti získaných dat (eliminovány byly duplicity, fragmenty dat a data necelistvá) prostřednictvím software Microsoft Excel. Následně byly realizovány výpočty absolutních a relativních četností, včetně střed-

ních hodnot a základní míry variability. Druhý stupeň třídění byl realizován prostřednictvím statistického balíku R verze 3.6.1. Konkrétní testové metody specifikuje část textu výše: *Charakteristika metody statistického zpracování dat*.

### 4.3 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou prezentovány v rámci jednotlivých tematických oblastí dle formulovaných dílčích cílů. Vybraná data jsou detailněji interpretována a doplněna přehlednými tabulkami, případně grafy.

#### Informace o zařízení, jeho pracovnících a uživatelích

V rámci výzkumu byly nejdříve zjišťovány základní informace o zařízení, jeho pracovnících a uživatelích (dílní cíl 1). Výzkumný soubor v roce 2020 tvoří 351 (100 %) respondentů. Z **hlediska pohlaví** se jedná o 323 (92 %) žen a 28 (8 %) mužů.

**Tabulka 6** Respondenti z hlediska pohlaví (2005; 2020)

Pohlaví respondenta		Rok	
		2005	2020
Žena	Četnost	340	323
	Četnost v %	85,2 %	92,02 %
Muž	Četnost	41	28
	Četnost v %	10,3 %	7,98 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	18	0
	Četnost v %	4,5 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Z tabulky 6 je patrné, že data z let 2005 i 2020 poukazují na výraznou převahu v zastoupení žen mezi respondenty. To může do jisté míry reflektovat dlouhodobý stav převahy žen nejen mezi respondenty, ale mezi pracovníky v sociálních službách obecně. Je zřejmé, že praxe se v mnohých těchto typech zařízení dlouhodobě potýká s poměrně velkým nedostatkem pra-

covníků mužského pohlaví. Je všeobecně známým faktem, že jedním z hlavních důvodů je finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách.

Zastoupení respondentů z **hlediska věku** prezentuje tabulka 7. V realizovaném výzkumu je nejvíce zastoupena věková kategorie respondentů 46–55 let (117; 33,33 %), následně 36–45 let (113; 32,19 %). Třináct (3,7 %) respondentů se nachází ve věkové skupině do 24 let. Pouze 1 (0,28 %) respondent je ve věkové kategorii nad 65 let.

**Tabulka 7** Respondenti z hlediska věku (2005; 2020)

Věková kategorie respondenta		Rok	
		2005	2020
Do 24 let	Četnost	19	13
	Četnost v %	4,8 %	3,70 %
25–35 let	Četnost	107	67
	Četnost v %	26,8 %	19,09 %
36–45 let	Četnost	115	113
	Četnost v %	28,8 %	32,19 %
46–55 let	Četnost	115	117
	Četnost v %	28,8 %	33,33 %
56–65 let	Četnost	28	40
	Četnost v %	7 %	11,41 %
Nad 65 let	Četnost	0	1
	Četnost v %	0 %	0,28 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	15	0
	Četnost v %	3,8 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Z **hlediska rodinného stavu** je většina respondentů ve svazku manželském (vdaná/ženatý – 188; 53,56 %). Šedesát devět (19,66 %) respondentů je ve stavu svobodná/ý, 41 (11,68 %) je ve stavu rozveden/á a 6 (1,71 %) je ve stavu vdova/vdovec. Čtyřicet (11,40 %) respondentů označilo, že nechce odpovědět a 7 (1,99 %) respondentů odpověď neuvedlo.

V rámci výzkumu nás dále zajímal **typ zařízení a konkrétní sociální služba, ve které respondent v současné době pracuje**.

**Tabulka 8** Sociální služba, ve které respondent pracuje (2005; 2020)

Sociální služba, ve které respondent pracuje		Rok	
		2005	2020
Domov pro osoby se zdravotním postižením <sup>9</sup>	Četnost	302	232
	Četnost v %	36,3 %	42,26 %
Chráněné bydlení	Četnost	78	132
	Četnost v %	9,38 %	24,04 %
Podpora samostatného bydlení <sup>10</sup>	Četnost	12	48
	Četnost v %	1,44 %	8,74 %
Týdenní stacionář <sup>11</sup>	Četnost	203	49
	Četnost v %	24,4 %	8,93 %
Denní stacionář, centrum denních služeb <sup>12</sup>	Četnost	227	88
	Četnost v %	27,28 %	16,03 %
Jiná	Četnost	10	0
	Četnost v %	1,2 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	832	549
	Četnost v %	100 %*	100 %*

\* Pozn. Vzhledem k tomu, že většina zařízení poskytuje více služeb a někteří pracovníci působí současně v několika typech poskytované sociální služby, mohli respondenti označit více než jednu variantu. Celkový počet responsí (100 %) proto převyšuje celkový počet respondentů.

Z tabulky 8 lze vidět, že v roce 2020 pracuje nejvíce respondentů v domově pro osoby se zdravotním postižením (232; 42,26 %) a nejméně v podpoře samostatného bydlení (48; 8,74 %). V chráněném bydlení pracuje 132 (24,04 %) respondentů. Ve službě denní stacionář, centrum denních služeb působí 88 (16,03 %) respondentů a v týdenním stacionáři 49 (8,93 %) respondentů.

9 V dotazníku z roku 2005 byl „Domov pro osoby se zdravotním postižením“ označen jako „Ústavní zařízení s celoročním pobytem“.

10 V dotazníku z roku 2005 byla „Podpora samostatného bydlení“ označena jako „Podporované bydlení“.

11 V dotazníku z roku 2005 byl „Týdenní stacionář“ označen jako „Zařízení s týdenním pobytem“.

12 V dotazníku z roku 2005 byl „Denní stacionář, centrum denních služeb“ označen jako „Zařízení s denním pobytem“.

Dále nás zajímala **délka praxe respondenta v zařízení podobného typu**. V roce 2020 nejvíce respondentů (109; 31,05 %) uvádí, že pracuje v zařízení podobného typu 11–20 let. Detailnější údaje o délce praxe respondenta jsou součástí tabulky 9.

**Tabulka 9** Délka praxe respondenta v zařízení podobného typu (2005; 2020)

Délka praxe respondenta v zařízení podobného typu		Rok	
		2005	2020
Méně než 1 rok	Četnost	26	35
	Četnost v %	6,5 %	9,97 %
1–3 roky	Četnost	61	69
	Četnost v %	15,3 %	19,66 %
4–5 let	Četnost	58	36
	Četnost v %	14,5 %	10,26 %
6–10 let	Četnost	108	60
	Četnost v %	27,1 %	17,10 %
11–20 let	Četnost	96	109
	Četnost v %	24,1 %	31,05 %
Více než 20 let	Četnost	32	35
	Četnost v %	8,0 %	9,97 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	18	7
	Četnost v %	4,5 %	1,99 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Z hlediska **pracovního zařazení** se v roce 2020 nejvíce (236; 67,24 %) respondentů nachází v kategorii *sociální pracovník*, nejméně (4; 1,14 %) ve skupině *zdravotnický pracovník*. Oblast pracovního zařazení respondenta je v tabulce 10 uvedena pouze pro rok 2020 vzhledem k tomu, že v dotazníku z roku 2005 byly jednotlivé kategorie označeny jinak.

**Tabulka 10** Pracovní zařazení respondenta (2020)

Pracovní zařazení respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sociální pracovník (pracovník v sociálních službách, sociální pracovník)	236	67,24 %

Pracovní zařazení respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vedoucí pracovník	85	24,22 %
Pedagogický pracovník	15	4,27 %
Zdravotnický pracovník	4	1,14 %
Neuvedlo odpověď	11	3,13 %
<b>Celkem</b>	351	100 %

Z hlediska **vzdělání respondenta** převažuje v roce 2020 absolvování *kurzu pracovníka v sociálních službách* (216; 61,54 %). Tabulka 11 prezentuje data pouze z roku 2020 vzhledem k tomu, že v dotazníku z roku 2005 byly jednotlivé kategorie označeny jinak.

**Tabulka 11** Vzdělání respondenta (2020)

Vzdělání respondenta:	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kurz pracovníka v sociálních službách	216	57,6 %
VŠ speciální pedagogika (Bc., Mgr., rozšiřující studium)	45	12 %
VŠ jiná	74	19,74 %
Kurz speciální pedagogiky	20	5,33 %
Bez speciálněpedagogického vzdělání	20	5,33 %
<b>Celkem</b>	375	100 %*

\* Pozn. Respondenti mohli označit současně více možností, proto celkový počet odpovědí (100 %) převyšuje celkový počet respondentů.

V další položce nás zajímala **charakteristika zařízení z hlediska koedukovanosti**. Z tabulky 12 lze zaznamenat, že převážná většina respondentů pracuje v roce 2020 v koedukovaném zařízení (259; 73,79 %), které poskytuje své služby mužům i ženám dohromady. Stále však poměrně vysoké procento respondentů (26,21 %; 92) pracuje v zařízení, které poskytuje své služby buď pouze mužům, nebo ženám. Nekoedukované typy zařízení tedy fungují ještě i v roce 2020. Z hlediska realizovaného výzkumu považujeme za přínosné, že i pracovníci těchto typů zařízení byli ochotni se do výzkumu zapojit a obohatit jej tak svými zkušenostmi a názory.

**Tabulka 12** Zařízení z hlediska koedukovanosti (2005; 2020)

Uživatelé služeb jsou		Rok	
		2005	2020
Pouze ženy	Četnost	27	33
	Četnost v %	6,8 %	9,4 %
Pouze muži	Četnost	49	59
	Četnost v %	12,3 %	16,81 %
Ženy i muži	Četnost	321	259
	Četnost v %	80,4 %	73,79 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	2	0
	Četnost v %	0,5 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Dále nás zajímalo zastoupení respondentů z hlediska **lokality pracoviště** v rámci jednotlivých krajů České republiky.

**Tabulka 13** Zastoupení zařízení z hlediska krajů České republiky (2005; 2020)

Lokalita		Rok	
		2005	2020
Hlavní město Praha	Četnost	0	10
	Četnost v %	0 %	2,85 %
Středočeský kraj	Četnost	70	13
	Četnost v %	17,55 %	3,7 %
Jihočeský kraj	Četnost	34	19
	Četnost v %	8,52 %	5,41 %
Plzeňský kraj	Četnost	5	6
	Četnost v %	1,25 %	1,71 %
Karlovarský kraj	Četnost	12	2
	Četnost v %	3,01 %	0,57 %
Ústecký kraj	Četnost	35	10
	Četnost v %	8,77 %	2,85 %
Liberecký kraj	Četnost	13	6
	Četnost v %	3,26 %	1,71 %
Královéhradecký kraj	Četnost	29	8
	Četnost v %	7,27 %	2,28 %

Lokalita		Rok	
		2005	2020
Pardubický kraj	Četnost	19	29
	Četnost v %	4,76 %	8,26 %
Kraj Vysočina	Četnost	34	7
	Četnost v %	8,52 %	1,99 %
Jihomoravský kraj	Četnost	48	39
	Četnost v %	12,03 %	11,11 %
Olomoucký kraj	Četnost	20	67
	Četnost v %	5,01 %	19,10 %
Moravskoslezský kraj	Četnost	45	22
	Četnost v %	11,28 %	6,27 %
Zlínský kraj	Četnost	31	113
	Četnost v %	7,77 %	32,19 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	4	0
	Četnost v %	1 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

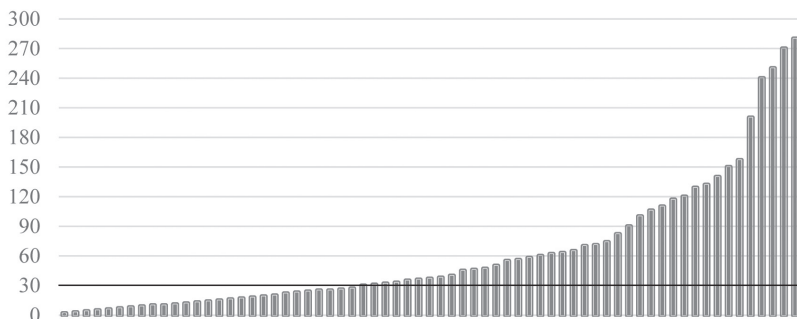
Z tabulky 13 lze vidět, že do realizovaného výzkumu se zapojila zařízení ze všech krajů České republiky, nejvíce z kraje Zlínského (113; 32,19 %), nejméně z Karlovarského (2; 0,57 %). V rámci výzkumného vzorku se tedy jedná o poměrně **rozmanitý soubor respondentů ze všech krajů České republiky s různým věkovým, pracovním a vzdělanostním rozložením**, ve kterém převažují ženy ve věku 46–55 let s kurzem pracovníka v sociálních službách a s délkou praxe 11–20 let. Z hlediska realizovaného výzkumu je takto rozmanitý vzorek zcela ideální, navíc délka praxe 11–20 let umožňuje náhled na aktuální situaci již z dlouhodobějšího horizontu.

Kromě základních sociodemografických charakteristik zkoumaného souboru nás ve vztahu k řešené problematice zajímaly i další **informace o zařízení a poskytovaných sociálních službách**, např. velikost zařízení, počet uživatelů obývajících společný pokoj, možnosti vyžití uživatelů mimo zařízení atd.

V České republice můžeme již dlouhodoběji sledovat tendence poskytovat sociální služby v rámci menších zařízení rodinného typu. Proto nás nejdříve zajímal celkový **počet obyvatel zařízení**. Z grafu 1 lze vidět, že

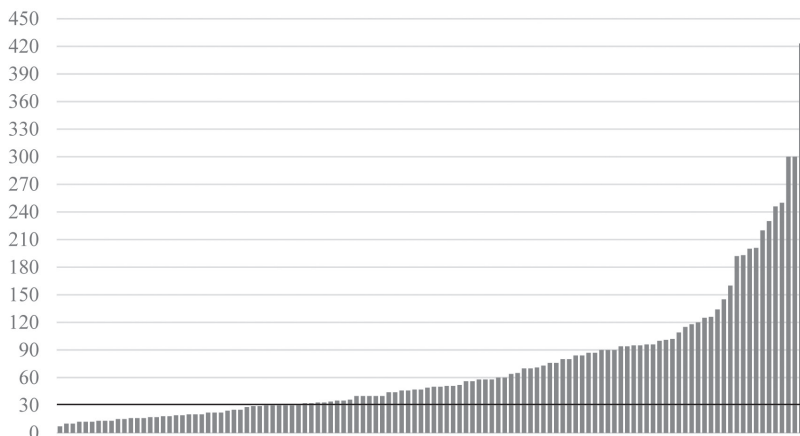
největší zařízení, které se v roce 2020 zapojilo do výzkumu, poskytuje své služby 280 uživatelům, nejmenší zařízení 2 klientům.

**Graf 1** Počet obyvatel zařízení (2020)



Z grafu 2 lze vidět, že největší zařízení, které se v roce 2005 zapojilo do výzkumu, poskytovalo své služby 423 uživatelům, nejmenší zařízení 7 klientům.

**Graf 2** Počet obyvatel zařízení (2005)



Z grafů 1 a 2 vidíme, že jak v roce 2005, tak v roce 2020 bydlí v množství zařízení více než 30 uživatelů sociální služby dohromady. Hranici třiceti

obyvatel uvádíme vzhledem k tomu, že dle názoru evropských odborníků je v instituci, která má více než 30 obyvatel, větší riziko, že v ní dojde k porušování některých ze základních lidských práv. Kromě kapacity zařízení je v tomto kontextu důležitým ukazatelem také **počet uživatelů bydlících společně na jednom pokoji**. Základní popisné charakteristiky z roku 2005 a z roku 2020 jsou přehledně seřazeny v tabulce 14.

**Tabulka 14** Počet obyvatel zařízení – základní popisné charakteristiky (2005; 2020)

Základní popisné charakteristiky	2005			2020		
	Minimum	Maximum	Průměr	Minimum	Maximum	Průměr
Počet uživatelů zařízení	7	423	71,77	2	280	62,66
Minimální počet na jednom pokoji	1	8	1,78	1	3	1,042
Maximální počet na jednom pokoji	2	18	<b>5,14</b>	1	5	<b>2,866</b>

Z hlediska počtu uživatelů obývajících společně jeden pokoj jsme zjišťovali jejich **minimální a maximální počet**. Potěšujícím zjištěním je, že převážná většina respondentů v roce 2020 uvádí jako minimum jednoho uživatele obývajícího samostatný pokoj. Na druhé straně však poměrně znepokojující informací je, že několik dotazovaných zařízení uvedlo 3 uživatele jako minimální počet osob obývajících společný pokoj. Při zjišťování maximálního počtu uživatelů obývajících jeden pokoj, jich bylo zjištěno nejvíce 5. V porovnání s výsledky z roku 2005 lze vidět poměrně velké rozdíly, které se týkají zejména maximálního počtu uživatelů obývajících jeden pokoj. V roce 2005 jsme zjistili jako minimální počet jednoho klienta bydlícího na jednom pokoji. Potěšujícím zjištěním bylo, že jednoho uživatele obývajícího samostatný pokoj jako minimum uvedlo 42 % dotázaných zařízení. Na druhé straně však poměrně znepokojující informací bylo, že jedno z dotazovaných zařízení uvedlo jako minimum 8 uživatelů obývajících společný pokoj. Alarmující fakta zazněla při zjišťování maximálního počtu klientů obývajících jeden pokoj, kde v jednom případě bylo jako maximum uvedeno 14, ve druhém dokonce 18 uživatelů obývajících jeden společný pokoj.

V rámci výzkumu nás zajímalo i to, jaké **služby a možnosti běžných aktivit** svým uživatelům zařízení nabízí. Zjišťovali jsme např. možnosti volnočasového využití a navazování vztahů mimo zařízení atp. Četnost nabídky běžných aktivit a služeb v letech 2005 a 2020 je prezentována v tabulce 15.

**Tabulka 15** Nabídka běžných aktivit a služeb pro uživatele (2005; 2020)

Nabídka běžných aktivit a služeb v dotazovaném zařízení (neomezený počet odpovědí)		Rok	
		2005	2020
Klienti se učí domácím pracem (vařit, prát...)	Četnost	285	293
	Četnost v %	72,0 %	<b>86,69 %</b>
Klienti jsou vzděláváni i přímo v běžných životních situacích (obchod...)	Četnost	253	275
	Četnost v %	63,9 %	<b>81,36 %</b>
Klienti mají možnost vytvářet přátelské vazby s vrstevníky bez postižení	Četnost	250	263
	Četnost v %	63,1 %	<b>77,81 %</b>
Klienti pravidelně navštěvují aktivity mimo zařízení (kroužky, terapie...)	Četnost	226	254
	Četnost v %	57,1 %	<b>75,15 %</b>
Klienti mají možnost přivést si do zařízení kamarády	Četnost	181	248
	Četnost v %	45,7 %	<b>73,37 %</b>
Snažíme se klienty zaměstnat i na volném trhu práce (podporované zaměstnávání...)	Četnost	128	179
	Četnost v %	32,3 %	<b>52,96 %</b>
Pravidelně využíváme práce odborníků s klienty (terapeuté, sexuologové apod.)	Četnost	148	128
	Četnost v %	37,4 %	37,87 %

Z tabulky 15 lze vidět, že největší rozdíl mezi lety 2005 a 2020 se objevil u možnosti „přivést si do zařízení kamarády“, která byla v roce 2020 uváděna mnohem častěji než v roce 2005. Naopak téměř žádné rozdíly se neobjevily v četnosti „spolupráce s odborníky (terapeuté, sexuologové apod.)“. V každé další oblasti lze zaznamenat nárůst četnosti zvolených odpovědí. Lze zaznamenat, že zařízení se stále více snaží podporovat co nejběžnější způsob života uživatelů a rozšiřovat nabídku obvyklých aktivit a služeb. Mnohem více využívají učení „v terénu“, kdy jedinec může získávat okamžitou zpětnou vazbu a být tak zároveň více motivován k dalšímu seberozvoji. Sledovat lze také odklon od neefektivního učení se v nestimulujícím a rigidním prostředí, ve kterém nelze plně uplatnit naučené. To vše lze považovat za významné posuny pozitivním směrem.

V souvislosti s nabídkou běžných aktivit a služeb nás zajímalo i to, jak často mají uživatelé **možnost účastnit se aktivit mimo zařízení** (kulturních, sportovních aj.). Četnost aktivit uživatelů mimo zařízení je zaznamenána v tabulce 16.

**Tabulka 16** Četnost aktivit uživatelů mimo zařízení (2005; 2020)

Jak často mají klienti možnost účastnit se aktivit mimo zařízení		Rok	
		2005	2020
Minimálně 1× týdně	Četnost	215	172
	Četnost v %	53,89 %	49,00 %
Minimálně 1× za 14 dnů	Četnost	60	53
	Četnost v %	15,04 %	15,10 %
Minimálně 1× měsíčně	Četnost	59	108
	Četnost v %	14,78 %	30,77 %
Minimálně 1× za půl roku	Četnost	63	14
	Četnost v %	15,79 %	3,99 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	2	4
	Četnost v %	0,5 %	1,14 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Následně nás zajímalo i to, **kolik uživatelů udržuje kontakt se svojí rodinou**. Tabulka 17 prezentuje odpovědi respondentů.

**Tabulka 17** Vzájemný kontakt uživatelů s rodinou (2005; 2020)

Kolik klientů udržuje kontakt se svojí rodinou		Rok	
		2005	2020
Méně než čtvrtina	Četnost	65	72
	Četnost v %	16,29 %	20,51 %
Asi čtvrtina	Četnost	89	127
	Četnost v %	22,30 %	36,18 %
Asi polovina	Četnost	60	51
	Četnost v %	15,04 %	14,53 %
Asi tři čtvrtiny	Četnost	78	58
	Četnost v %	19,55 %	16,53 %

Kolik klientů udržuje kontakt se svojí rodinou		Rok	
		2005	2020
Všichni	Četnost	106	41
	Četnost v %	26,57 %	11,68 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	1	2
	Četnost v %	0,25 %	0,57 %
Celkem	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Dále nás zajímala klientela zařízení **z hlediska postižení**.

**Tabulka 18** Klientela zařízení z hlediska postižení (2005; 2020)

Postižení klientů, se kterými respondent přímo pracuje, je převážně		Rok	
		2005	2020
Lehká	Četnost	168	120
	Četnost v %	19,95 %	15,73 %
Střední	Četnost	312	270
	Četnost v %	37,06 %	35,39 %
Těžká	Četnost	251	227
	Četnost v %	29,81 %	29,75 %
Velmi těžká	Četnost	111	146
	Četnost v %	13,18 %	19,13 %
<b>Celkem</b>	Četnost	842	763
	Četnost v %	100 %*	100 %*

\* Pozn. Respondenti mohli zvolit více než jednu variantu, proto celkový počet odpovědí (100 %) převyšuje celkový počet respondentů.

Z tabulky 18 je vidět, že nejčetněji je v obou letech zastoupena kategorie „střední“ postižení. Přestože zjištěné údaje nelze nijak komparovat, může i samotné procentuální rozložení poukázat na některé zajímavé souvislosti mezi lety 2005 a 2020. Zejména na vyšší zastoupení osob s „lehkým“ MP v roce 2005 na rozdíl od roku 2020 a na vyšší zastoupení osob s „velmi těžkým“ MP v roce 2020 v porovnání s rokem 2005. V dnešní době žije mnohem více lidí s lehkým mentálním postižením v běžném prostředí, ne v zařízení, jako tomu bylo dříve.

## Postoje k partnerským vztahům, intimitě, sexualitě a sexuální osvětě

V rámci druhého dílčího cíle bylo záměrem výzkumu zjistit převažující postoj dotazovaného zařízení a pracovníka k partnerským vztahům, intimitě, sexualitě a sexuální osvětě osob s MP.

Nejdříve byl zjišťován převažující **postoj zařízení**. Uvědomujeme si, že je velice obtížné dokázat zobecnit postoj zařízení jako celku. Zcela jistě jsou zařízení, kde je část zaměstnanců v různé úrovni postoje, nebo např. větší zařízení, členěná na oddělení, v rámci kterých je uplatňován různý přístup, nebo zařízení ve kterých se nachází široké spektrum uživatelů s různými individuálními potřebami atp., a je tedy velice nesnadné vyjádřit převažující postoj za celé zařízení. Přesto byly pracovně vytyčeny čtyři základní úrovně postoje: *eliminace – tolerance – přijetí – kultivace* sexuality a sexuální osvěty uživatelů.

Kategorii „**eliminace**“ sexuality a sexuální osvěty uživatelů zastupovala zvolená varianta: *Sexuální potřeby klientů se snažíme ventilovat ergoterapií, sportem, zábavou atp., v případě problémů medikamentózně*. Z výsledků výzkumu vyplývá, že tento postoj se v roce 2020 týká 1,71 % všech zařízení (v roce 2005 se týkal 10,3 %).

Kategorii „**tolerance**“ sexuality a sexuální osvěty uživatelů zastupovala označená varianta: *Tolerujeme ventilaci sexuální potřeby klientů masturbací*. Z výsledků výzkumu vyplývá, že tento postoj se týká 14,25 % zařízení (v roce 2005 se týkal 38,8 %). Postoj tolerance je chápán tak, že sexuální potřeby uživatelů si dané zařízení uvědomuje, toleruje je, ale nerealizuje v této oblasti záměrnou podporu (sexuální osvětu, poradenství atp.).

Kategorii „**přijetí**“ sexuality a sexuální osvěty uživatelů zastupovala zvolená varianta: *Přijímáme, že naši klienti mají stejné sexuální potřeby jako ostatní*. Z výsledků výzkumu vyplývá, že tento postoj převládá ve 42,45 % zařízení (v roce 2005 ve 31,3 %). Postoj přijetí znamená, že si zařízení uvědomuje, že klienti mají stejné sexuální potřeby a přijímá, že jsou stejně sexuálně aktivní jako kdokoliv jiný.

Kategorii „**kultivace**“ sexuality a sexuální osvěty uživatelů zastupovala označená varianta: *Přijímáme, že naši klienti mají stejné sexuální potřeby jako ostatní, podáváme jim otevřenou sexuální osvětu a poskytujeme potřebnou podporu v této oblasti*. Z výsledků výzkumu vyplývá, že tento

postoj se týká 35,9 % všech zařízení (v roce 2005 pouze 13,3 %). Postoj kultivace zahrnuje, že zařízení si nejen uvědomuje, že uživatelé mají stejné sexuální potřeby jako všichni ostatní a že potřebují otevřenou sexuální osvětu, podporu a poradenství, ale zároveň tuto podporu i zajišťuje.

**Vlastní odpověď** v roce 2020 uvedlo a následně konkretizovalo 20 (5,69 %) respondentů. Dva respondenti se vyjádřili, že nedokážou posoudit. Dva respondenti uvedli, že se na řešení této oblasti teprve připravují. Dva respondenti doplňují, že se v zařízení nachází u různých pracovníků různé typy postojů: *„Tolerance a přijetí jsou dva protipóly našeho pracovního obsáhlého kolektivu. Jedni tolerují z donucení soc. tlaku, druzí tolerují z nezájmu. Někteří přijímají a jen menšina se snaží podpořit.“* Dalších 7 respondentů objasňuje, že vzhledem k cílové skupině (vyšší věk, závažnější postižení atp.) není sexualita aktuálním tématem: *„vzhledem k věku klientů není toto téma aktuální“, „vzhledem k naší cílové skupině dochází pouze k autoerotickému chování, které je klientům umožněno v rámci etických pravidel (soukromí apod.)“, „Starám se o čtyři uživatelky a všechny jsou frigidní snad ani nemasturbují, ale dvě z nich mají partnerský vztah, ale dají si maximálně pusu. O sexu se se mnou otevřeně baví 3 z nich, nemají potřebu mít sex, zkoušeli to, ale nelíbilo se jim to a 4. uživatelka byla v dětství zneužívána, takže také o intimní vztah nemá zájem.“* Dále respondenti v odpovědích specifikovali, jak konkrétně k problematice přistupují: *„přijímáme, že naši klienti mají stejné sexuální potřeby jako ostatní, dle jejich individuálních potřeb klientům podáváme otevřenou sexuální osvětu a poskytujeme potřebnou podporu v této oblasti“, „jsme otevření v hovorách ohledně sexuality, odvoláváme se na nastavená pravidla“, „Všichni pracovníci vnímají, že sexuální potřeby jsou běžnou součástí života každého člověka a každý člověk, který využívá naše služby a potřebuje v této oblasti podporu, má možnost se obrátit na důvěrníka. Respektujeme intimitu, podporujeme partnerské vztahy, maximálně na úrovni intervence a osvěty.“*

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, mezi postoji zařízení v letech 2005 a 2020 existuje statisticky významná souvislost. Výzkumná hypotéza **H<sub>1</sub>** byla formulována takto: **Existuje statisticky významný rozdíl v postoji zařízení k sexualitě a sexuální osvětě mezi lety 2005 a 2020.** Následující tabulka 19 přehledně znázorňuje odpovědi respondentů v letech 2005 a 2020.

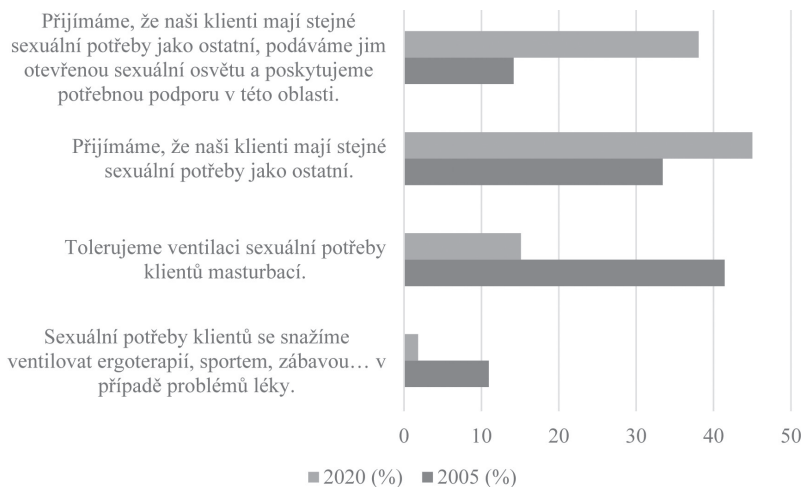
**Tabulka 19** Testování hypotézy  $H_1$  – převažující postoj zařízení k sexualitě a sexuální osvětě (2005; 2020)

Postoj k sexualitě a sexuální osvětě, který nejvýstižněji charakterizuje situaci ve vašem zařízení		Rok	
		2005	2020
Sexuální potřeby klientů se snažíme ventilovat ergoterapií, sportem, zábavou atp., v případě problémů medikamentózně	Četnost	41	6
	Četnost v %	10,3 %	1,71 %
Tolerujeme ventilaci sexuální potřeby klientů masturbací	Četnost	<b>155</b>	50
	Četnost v %	<b>38,8 %</b>	14,25 %
Přijímáme, že naši klienti mají stejné sexuální potřeby jako ostatní	Četnost	<b>125</b>	<b>149</b>
	Četnost v %	<b>31,3 %</b>	<b>42,45 %</b>
Přijímáme, že naši klienti mají stejné sexuální potřeby jako ostatní, podáváme jim otevřenou sexuální osvětu a poskytujeme potřebnou podporu v této oblasti	Četnost	53	<b>126</b>
	Četnost v %	13,3 %	<b>35,9 %</b>
Vlastní odpověď	Četnost	14	20
	Četnost v %	3,5 %	5,69 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	11	0
	Četnost v %	2,8 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Test nezávislosti (Pearson's Chi-squared test):  $p = 0,0000$

Testování bylo provedeno prostřednictvím Pearsonova chí-kvadrát testu (Pearson's Chi-squared test) na hladině významnosti 0,05 (5 %). Byla testována nulová statistická hypotéza proti hypotéze alternativní. Vzhledem k tomu, že dosažená hladina testu  $p = 0,0000$  je menší než 5 %, nulovou statistickou hypotézu zamítáme. Získaná data tedy svědčí o tom, že spolu zkoumané faktory souvisí, tzn., v rámci zkoumaného souboru **existuje statisticky významný rozdíl v postoji zařízení k sexualitě a sexuální osvětě mezi lety 2005 a 2020**. Vzájemný rozdíl přehledně znázorňuje graf 3.

**Graf 3** Převažující postoj zařízení k sexualitě a sexuální osvětě (2020; 2005)



**Závěr k hypotéze H<sub>1</sub>:** Prostřednictvím statistického testu byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v postoji zařízení k sexualitě a sexuální osvětě mezi lety 2005 a 2020. Lze říci, že se jedná se o statisticky významné změny pozitivním směrem. Posuny je možné zaznamenat již z toho, že v roce 2005 bylo nejvíce zařízení v úrovni postoje „tolerance“ (155; 38,8 %), poté nejvíce na úrovni „přijetí“ (125; 31,3 %). Zatímco již v roce 2020 bylo nejvíce zařízení na úrovni postoje „přijetí“ (149; 42,45 %) a poté na úrovni „kultivace“ (126; 35,9 %). V roce 2005 bylo v úrovni „kultivace“ pouze 13,3 % zařízení. Zároveň lze zaznamenat, že v roce 2020 je mnohem méně zařízení na úrovni „eliminace“ (1,71 %; v roce 2005 to bylo 10,3 %) a „tolerance“ (14,25 %; v roce 2005 to bylo 38,8 %). To lze přehledně vidět jak z tabulky 19, tak i z grafu 3. Uvedené posuny poukazují na otevřenější a vstřícnější postoje ve vztahu k partnerským vztahům a sexualitě osob s MP a na to, že v zařízeních sociálních služeb věnují dané oblasti stále více pozornosti.

Jedním ze stěžejních faktorů, ovlivňujících postoje a přístup zařízení jako celku, jsou jeho zaměstnanci se svými postoji a přístupem k problematice. Proto nás v rámci výzkumu zajímal převažující postoj **dotazovaného pracovníka k sexualitě**, resp. jeho **názor na realizaci sexuálního života osob s mentálním postižením** (k této oblasti se vztahuje první část hypo-

tézy H<sub>2</sub>). Zajímalo nás, zda si respondenti myslí, že by měli mít lidé s MP možnost realizovat sexuální život dle svých konkrétních potřeb a preferencí (např. masturbace, partnerské vztahy apod.). Tabulka 20 přehledně prezentuje vzájemné rozložení odpovědí respondentů.

**Tabulka 20** Názor respondenta na realizaci sexuálního života uživatelů (2005; 2020)

Realizace sexuálního života uživatelů z pohledu zaměstnance		Rok	
		2005	2020
Rozhodně ano	Četnost	109	<b>167</b>
	Četnost v %	28,16 %	<b>47,58 %</b>
Asi ano	Četnost	<b>190</b>	124
	Četnost v %	<b>49,10 %</b>	35,33 %
Asi ne	Četnost	24	8
	Četnost v %	6,20 %	2,28 %
Rozhodně ne	Četnost	8	3
	Četnost v %	2,07 %	0,85 %
Nevím, nedokážu posoudit	Četnost	56	49
	Četnost v %	14,47 %	13,96 %
<b>Celkem</b>	Četnost	387	351
	Četnost v %	100,0 %	100 %

Pracovně byly vytyčeny tři základní úrovně postoje pracovníka: pozitivní, negativní a neutrální. Za **pozitivní postoj** pracovníka k sexualitě osob s MP bylo považováno, pokud respondent označil v otázce, zda si myslí, že by měla být osobám s MP umožněna realizace sexuálního života, odpověď „rozhodně ano“ nebo „asi ano“. Pokud zvolil odpověď „asi ne“ nebo „rozhodně ne“, bylo to pokládáno za **negativní postoj**. Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ byla považována za **neutrální postoj**. Z tabulky 20 lze vidět, že převážná většina respondentů (291; 82,91 %) zastává pozitivní postoj a je příznivě nakloněna realizaci sexuálního života osob s MP. Pouze 11 (3,13 %) respondentů uvádí negativní postoj. Neutrální postoj se týká 49 (13,96 %) respondentů. Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že názory a postoje pracovníků k realizaci sexuálního života osob s MP jsou převážně pozitivní.

Dále nás zajímal **postoj pracovníka k sexuální osvětě**, resp. **názor respondenta na realizaci sexuální osvěty osob s MP** (k této oblasti se vztahuje druhá část hypotézy H<sub>2</sub>). Zajímalo nás, zda si respondenti myslí, že by měla být u osob s MP realizována sexuální osvěta. Tabulka 21 přehledně prezentuje vzájemné rozložení odpovědí respondentů.

**Tabulka 21** Názor respondenta na realizaci sexuální osvěty uživatelů (2005; 2020)

Realizace sexuální osvěty uživatelů z pohledu zaměstnance		Rok	
		2005	2020
Rozhodně ano	Četnost	140	185
	Četnost v %	36,55 %	52,71 %
Asi ano	Četnost	147	113
	Četnost v %	38,38 %	32,19 %
Asi ne	Četnost	21	8
	Četnost v %	5,48 %	2,28 %
Rozhodně ne	Četnost	4	3
	Četnost v %	1,05 %	0,85 %
Nevím, nedokážu posoudit	Četnost	71	42
	Četnost v %	18,54 %	11,97 %
<b>Celkem</b>	Četnost	383	351
	Četnost v %	100,0 %	100 %

Pracovně byly vytyčeny tři základní úrovně postoje pracovníka: pozitivní, negativní a neutrální. Za **pozitivní postoj** pracovníka k sexuální osvětě osob s MP bylo považováno, pokud respondent označil v otázce, zda je potřeba realizovat sexuální osvětu u osob s MP, odpověď „rozhodně ano“ nebo „asi ano“. Pokud zvolil odpověď „asi ne“ nebo „rozhodně ne“, bylo to pokládáno za **negativní postoj**. Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ byla považována za **neutrální postoj**. Z výsledků výzkumu vyplývá, že postoje pracovníků k sexuální osvětě osob s MP jsou převážně pozitivní. Z tabulky 21 je zřejmé, že v roce 2020 zastává převážná většina respondentů (298; 84,9 %) pozitivní postoj a je příznivě nakloněna realizaci sexuální osvěty osob s MP. Pouze 11 (3,13 %) respondentů uvádí negativní postoj. Neutrální postoj se týká 42 (11,97 %) respondentů.

Z tabulek 20 a 21 je patrné, že převážná většina respondentů je příznivě nakloněna realizaci sexuálního života i sexuální osvěty uživatel, a to jak v roce 2005, tak v roce 2020. Zajímalo nás, zda mezi názorovou hladinou obou sledovaných skupin existuje statisticky významná souvislost. Výzkumná hypotéza  $H_2$  byla formulována takto: **Existuje statistický významný rozdíl v postojích pracovníka k sexualitě a sexuální osvětě osob s mentálním postižením mezi lety 2005 a 2020.** Testování bylo provedeno prostřednictvím Mann-Whitneyova U-testu na hladině významnosti 0,05 (5 %). Verifikace této hypotézy sestává ze dvou částí. Z postoje pracovníka k sexualitě a z postoje pracovníka k sexuální osvětě.

Nejdříve se zaměříme na **postoj pracovníka k sexualitě**, resp. na názor respondenta na umožnění realizace sexuálního života uživatelů. Testování hypotézy  $H_{21}$ , vztahující se k postoji pracovníka k sexualitě, je součástí tabulky 22.

**Tabulka 22** Testování hypotézy  $H_2$  – postoj pracovníka k sexualitě (2005; 2020)

Testování hypotézy $H_2$ – 1. část	2005	2020	2005 (%)	2020 (%)
Rozhodně ano	109	167	28,16	47,58
Asi ano	190	124	49,10	35,33
Nevím, nedokážu posoudit	56	49	14,47	13,96
Asi ne	24	8	6,20	2,28
Rozhodně ne	8	3	2,07	0,85
<b>Celkem</b>	<b>387</b>	<b>351</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Test nezávislosti (Mann-Whitney U-test):  $p = 0,0000$

Druhou částí testování hypotézy je **postoj pracovníka k sexuální osvětě**, resp. názor respondenta na realizaci sexuální osvěty. Testování hypotézy  $H_{22}$ , vztahující se k postoji pracovníka k sexuální osvětě uživatel, je součástí tabulky 23.

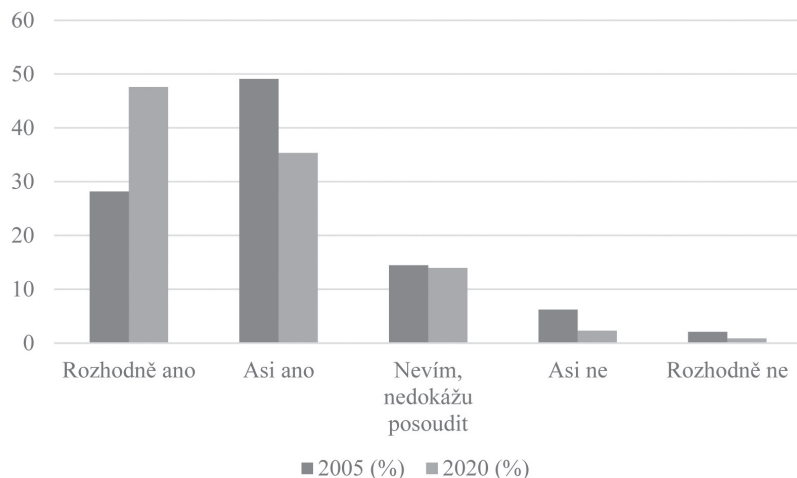
**Tabulka 23** Testování hypotézy  $H_2$  – postoj pracovníka k sexuální osvětě (2005; 2020)

Testování hypotézy $H_2$ – 2. část	2005	2020	2005 (%)	2020 (%)
Rozhodně ano	140	185	36,55	52,71
Asi ano	147	113	38,38	32,19
Nevím, nedokážu posoudit	71	42	18,54	11,97
Asi ne	21	8	5,48	2,28
Rozhodně ne	4	3	1,05	0,85
<b>Celkem</b>	<b>383</b>	<b>351</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

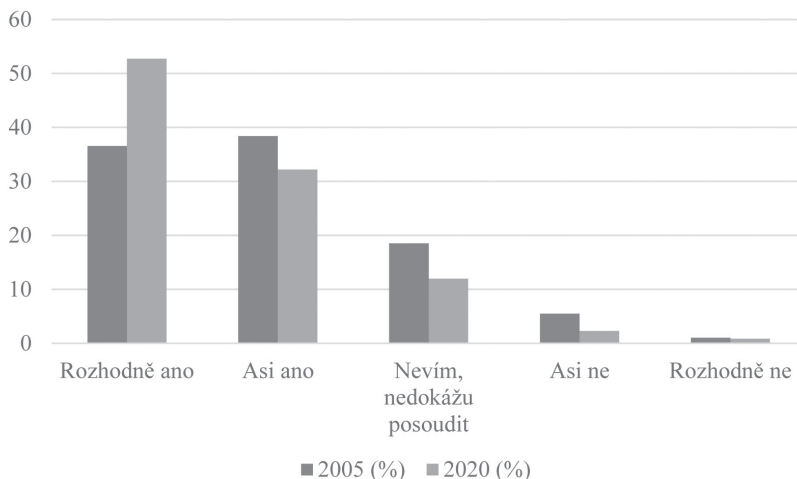
Test nezávislosti (Mann-Whitney U-test):  $p = 0,0000$

Vzhledem k tomu, že dosažená hladina obou testů je menší než 5 % ( $p = 0,0000$ ), nulovou statistickou hypotézu zamítáme. Získaná data tedy svědčí o tom, že spolu zkoumané faktory souvisí, tzn., v rámci zkoumaného souboru **existuje statisticky významný rozdíl v postojích pracovníka k sexualitě a sexuální osvětě osob s mentálním postižením mezi lety 2005 a 2020**. Vzájemný rozdíl přehledně znázorňuje graf 4 a 5.

**Graf 4** Názor respondenta na realizaci sexuálního života uživatelů (2005; 2020)



**Graf 5** Názor respondenta na realizaci sexuální osvěty uživatelů (2005; 2020)



**Závěr k hypotéze H<sub>2</sub>:** Prostřednictvím statistického testu byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v postoji pracovníka k sexualitě a sexuální osvětě osob s MP mezi lety 2005 a 2020. Lze říci, že i v rámci druhé hypotézy se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem.

V roce 2005 uvedlo nejvíce pracovníků ve vztahu k realizaci sexuálního života uživatelů odpověď „asi ano“ (190; 49,10 %), poté „rozhodně ano“ (109; 28,16 %). Stejně tak ve vztahu k realizaci sexuální osvěty volilo nejvíce pracovníků odpověď „asi ano“ (147; 38,38 %), poté „rozhodně ano“ (140; 36,55 %). Pozitivním zjištěním je, že v roce 2020 již nejvíce pracovníků označilo ve vztahu k realizaci sexuálního života uživatelů odpověď „rozhodně ano“ (167; 47,58 %) a poté „asi ano“ (124; 35,33 %). Také ve vztahu k realizaci sexuální osvěty volilo v roce 2020 nejvíce pracovníků odpověď „rozhodně ano“ (185; 52,71 %) a poté „asi ano“ (113; 32,19 %). To znamená, že v roce 2020 zastává převážná většina respondentů pozitivní postoj a je příznivě nakloněna jak realizaci sexuálního života (291; 82,91 %), tak realizaci sexuální osvěty (298; 84,9 %) osob s MP (označení odpovědi „rozhodně ano“ nebo „asi ano“). Zároveň v roce 2020 uvádí mnohem méně pracovníků negativní postoj (odpovědi „asi ne“ a „rozhodně ne“) ve vztahu k realizaci sexuálního života (11; 3,13 %) a sexuální osvěty (11; 3,13 %). Neutrální postoj k realizaci sexuálního života osob s MP zastává 49 (13,96 %) respondentů

a k realizaci sexuální osvěty 42 (11,97 %) respondentů (odpověď „nevím, nedokážu posoudit“). Zajímavá je skutečnost, že odpovědi „asi ne“ a „rozhodně ne“ volil stejný počet respondentů jak v kategorii postojů k realizaci sexuálního života, tak v kategorii postojů k sexuální osvětě. Z toho lze usuzovat, že se pravděpodobně v zařízeních nachází skupina pracovníků s vyhraněnými negativními postoji k problematice, což se může odrážet ve většině otázek dotazníku. Zajímavé by bylo se na tuto skupinu pracovníků podrobněji zaměřit a pokusit se poodhalit okolnosti a důvody daných postojů. Zároveň by bylo přínosné zjistit, zda existují některé společné prvky a aspekty této názorové skupiny respondentů. To by mohlo otevřít témata, na která by bylo vhodné se do budoucna detailněji zaměřit a hledat cesty, jak s nimi co nejadekvátněji pracovat. Obecně však z výsledků výzkumu vyplývá, že převážná většina zaměstnanců zastává pozitivní postoj a vnímá sexuální život a osvětu jako nedílnou součást života člověka s MP a jemu poskytované podpory.

## **Ošetření problematiky sexuality a sexuální osvěty v zařízení**

V rámci třetího dílčího cíle nás zajímal **způsob ošetření oblasti sexuality a sexuální osvěty v zařízení**, tzn., zda a jakým způsobem se zařízení danou oblastí zabývá.

Konkrétně jsme zjišťovali:

- zda má zařízení vyhrazeného zaměstnance pro řešení oblasti vztahů a sexuality,
- zda má zařízení zpracován Protokol partnerských vztahů, intimity a sexuality,
- zda má zařízení problematiku vztahů a sexuality ošetřenu ve Standardech kvality sociálních služeb,
- zda v zařízení probíhá vzdělávání pracovníků v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP,
- zda je v zařízení realizována sexuální osvěta a podpora uživatelů v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality,
- zda zařízení podporuje rodičovství osob s MP,

- zda zařízení spolupracuje při realizaci podpory v oblasti sexuality a sexuální osvěty s rodinou uživatele a s externími odborníky.

Nejdříve nás zajímalo, ***zda je v zařízení oblast partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty nějakým způsobem ošetřena***. Tato otázka nebyla součástí dotazníku z roku 2005, proto jsou v tabulce 24 uvedeny pouze výsledky z roku 2020.

**Tabulka 24** Ošetření problematiky vztahů a sexuality v zařízení (2020)

Ošetření oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty v zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	280	79,77 %
Ne	38	10,83 %
Nevím	14	3,99 %
Vlastní odpověď	19	5,41 %
<b>Celkem</b>	351	100 %

Pozitivním zjištěním je, že převážná většina respondentů (280; 79,77 %) uvádí, že tuto problematiku mají v zařízení ošetřenu. Ve vlastní odpovědi poté někteří respondenti (19; 5,41 %) konkretizovali, jakým způsobem: „standard + metodika“ (2 response), „metodickým pokynem“ (2 response), „všichni pracovníci přímé péče absolvovali vzdělávání na téma sexualita a vztahy lidí s postižením“ (2 response), „zařízení má zpracován Protokol o vztazích a sexualitě, zařízení má proškolené pracovníky v oblasti sexuality MP, zařízení spolupracuje s odborníky, zařízení spolupracuje s opatrovníky apod.“ (1 response), „v případě potřeby se jí zabýváme a konkrétní věci se zpracovávají do PP“ (1 response). Dva respondenti specifikovali, že ošetření problematiky „je součástí Plánu péče uživatele“. Další respondenti uvádí protokol sexuality, metodiku, vnitřní pravidla, standardy, individuální přístup a 1 respondent upřesňuje ošetření problematiky „v rámci nástrojů IP“.

Respondenti mohli v další otázce konkretizovat, ***jakým způsobem je v zařízení oblast partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty ošetřena***. Mohli zvolit jednu z nabízených možností, nebo uvést vlastními odpověď.

**Tabulka 25** Způsob ošetření problematiky vztahů a sexuality v zařízení (2005; 2020)

Způsob ošetření oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty v zařízení		Rok	
		2005	2020
Nijak se jí nezabýváme	Četnost	32	31
	Četnost v %	8,02 %	8,83 %
Jen řešíme občasné nastalé problémy	Četnost	<b>296</b>	<b>186</b>
	Četnost v %	<b>74,19 %</b>	<b>52,99 %</b>
Provádí ji člověk, který není zaměstnancem našeho zařízení	Četnost	14	10
	Četnost v %	3,51 %	2,85 %
Jeden ze zaměstnanců je na tuto oblast života klientů specializován, je koordinátorem, prohlubuje si v ní poznatky a školí klienty i ostatní zaměstnance	Četnost	18	82
	Četnost v %	4,51 %	23,36 %
Vlastní odpověď	Četnost	39	42
	Četnost v %	9,77 %	11,97 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100,0 %	100 %

Z tabulky 25 je patrné, že nejčteněji zastoupenou odpovědí je varianta: „jen řešíme občasné nastalé problémy“, a to jak v roce 2005, tak v roce 2020.

*Vlastní odpověď* v roce 2020 uvedlo 42 (11,97 %) respondentů. Z hlediska míry zabývání se problematikou sexuality a sexuální osvěty uživatelů je možné rozdělit do tří kategorií.

- Zařízení, která se problematice nevěnují a neřeší ji, nebo ji řeší minimálně:** Tito respondenti nejčastěji uvádí, že vzhledem k věku, závažnosti postižení, nebo nezájmu uživatelů o danou oblast, se problematice v zařízení nevěnují. Několik respondentů daný stav zdůvodnilo tím, že v zařízení jsou uživatelé pouze jednoho pohlaví. Dva respondenti uvádí, že se v zařízení věnují problematice minimálně: „tuto otázku u nás řešíme minimálně, jelikož naši klienti jezdívali na víkendy domů, část klientů má svého přítele v místě bydliště“, „V našem začínajícím zařízení máme zatím dva klienty – muže. Sexuální aktivita je nulová, poněvadž berou léky na potlačení sexuality.“
- Zařízení, která se na řešení problematiky připravují:** Tito respondenti uvádí, že s řešením této oblasti teprve začínají, připravují se vzděláváním

kolektivu, začínají vytvářet Protokol sexuality atp.: „prozatím není nikdo specializován, domlouváme se v týmu na postupu při poradách a supervizích, nicméně se v oblasti vzděláváme a hledáme nejvhodnější cestu“.

3. **Zařízení, která se problematice věnují a řeší ji:** Tato nejvíce zastoupená kategorie respondentů většinou konkretizovala, jakým způsobem nastalé situace řeší: „Kdykoliv má některý z klientů potřebu na tyto otázky hledat odpověď, domluvíme si schůzku a v soukromí se snažíme odpovědět na otázky, které klienta tíží. Sexualita není tabu, je to lidská potřeba a vztahy nás provázejí celý život.“ Dále specifikovali způsob ošetření dané oblasti v zařízení: „podpora pracovníků – supervize, kurzy, tématické porady“, „průběžně vzděláváme personál, aktuální problémy řešíme s odborníky“. V některých zařízeních mají proškolené celé týmy: „tým zaměstnanců je na tuto oblast života klientů specializován, je koordinátorem, prohlubuje si v ní poznatky a školí klienty i ostatní zaměstnance“. V některých zařízeních si uživatel může vybrat muže nebo ženu jako důvěrníka v oblasti sexuality: „K problematice sexuální výchovy jsou proškoleni a vedením zařízení pověřeni pracovníci, jako sexuální důvěrníci. Klient si může vybrat, zda chce svou nastalou situaci řešit s důvěrníkem mužem nebo s důvěrníkem ženou.“ V některých zařízeních dokonce poskytují podporu nejen uživatelům a ostatním pracovníkům, ale i rodině uživatele: „všichni pracovníci služby jsou proškoleni, využíváme individuální konzultace s odborníkem, osvětu nabízíme jak uživatelům, tak základní poradenství i rodinám“. Pracovníci zařízení, která se řešené problematice věnují již dlouhodobě, si uvědomují nezastupitelný význam prevence: „Nyní už jen řešíme občasné situace, problémy opravdu již nemáme. Tam kde je správná včasná osvěta (u nás začala před deseti lety vyškolením několika pracovníků a proškolením všech) se ‚problémy‘ již neberou jako problém :-)“.

Dále nás zajímalo, **zda má zařízení vyhrazeného zaměstnance pro řešení problematiky vztahů a sexuality**, který je v dané oblasti proškolen a má ji v kompetenci (např. školí ostatní pracovníky a uživatele apod.). Tabulka 26 a Graf 6 přehledně prezentují situaci přítomnosti takového pracovníka v letech 2005 a 2020. Pozitivním zjištěním je, že v roce 2020 uvádí 111 (31,62%) respondentů, že takovýmto zaměstnancem v zařízení disponují. Nicméně i v roce 2020 převážná většina dotazovaných (240; 68,38 %) uvádí, že takového pracovníka v zařízení nemají.

**Tabulka 26** Vyhrazený pracovník pro řešení problematiky sexuality (2005; 2020)

Vyhrazený zaměstnanec pro řešení problematiky sexuality v zařízení		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	<b>34</b>	<b>111</b>
	Četnost v %	<b>8,52 %</b>	<b>31,62 %</b>
Ne	Četnost	265	240
	Četnost v %	66,42 %	68,38 %
Nevím	Četnost	4	0
	Četnost v %	1 %	0 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	96	0
	Četnost v %	24,06 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

V rámci výzkumu nás zajímalo, zda existuje statisticky významná souvislost v přítomnosti vyhrazeného zaměstnance mezi lety 2005 a 2020. Výzkumná hypotéza  $H_3$  byla formulována takto: **Existuje statisticky významný rozdíl v přítomnosti vyhrazeného pracovníka pro řešení problematiky sexuality v zařízení mezi lety 2005 a 2020.** Testování bylo provedeno prostřednictvím Pearsonova chí-kvadrát testu s Yatesovou korekcí kontinuity na hladině významnosti 0,05 (5 %). Následující tabulka 27 přehledně znázorňuje odpovědi respondentů v letech 2005 a 2020.

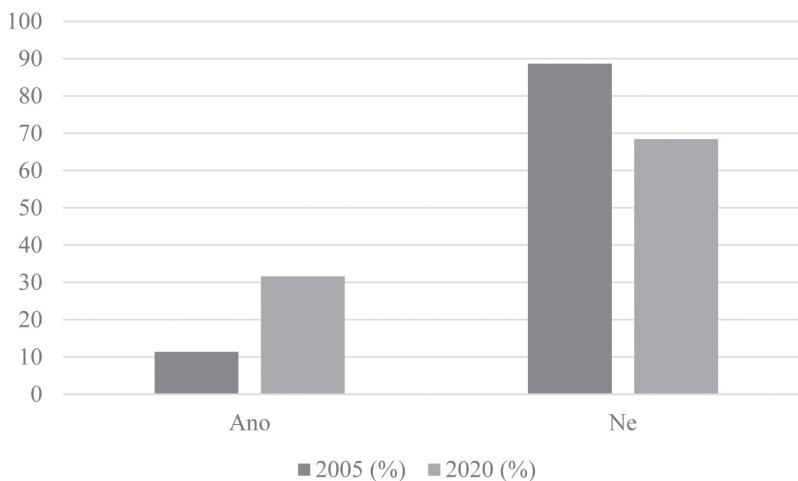
**Tabulka 27** Testování hypotézy  $H_3$  – přítomnost vyhrazeného pracovníka (2005; 2020)

Testování hypotézy $H_3$	2005	2020	2005 (%)	2020 (%)
Ano	34	111	11,37	31,62
Ne	265	240	88,63	68,38
<b>Celkem</b>	299	351	100,00	100,00

Test nezávislosti (Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction):  $p = 0,0000$

Vzhledem k tomu, že dosažená hladina testu je menší než 5 % ( $p = 0,0000$ ), nulovou statistickou hypotézu zamítáme. Získaná data tedy svědčí o tom, že v rámci zkoumaného souboru **existuje statisticky významný rozdíl v přítomnosti vyhrazeného pracovníka pro řešení problematiky sexuality v zařízení mezi lety 2005 a 2020.**

**Graf 6** Vyhrazený zaměstnanec pro řešení problematiky sexuality (2005; 2020)



**Závěr k hypotéze H<sub>3</sub>:** Prostřednictvím statistického testu byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v přítomnosti vyhrazeného pracovníka pro řešení problematiky sexuality v zařízení mezi lety 2005 a 2020. Lze konstatovat, že se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem. Zatímco v roce 2005 jen 34 (8,52 %) respondentů uvedlo, že v zařízení disponují vyhrazeným zaměstnancem pro řešení problematiky sexuality, v roce 2020 toto uvedlo již 111 (31,62 %) respondentů. To lze považovat za pozitivní a poměrně podstatný posun. Vyhrazení kompetentního zaměstnance v dané oblasti je jedním z významných aspektů komplexního řešení problematiky v zařízení – viz subkapitola 1.8 *Ošetření oblasti partnerských vztahů a sexuality v zařízení*. Obecně už jen ze samotných komentářů respondentů z roku 2020 je v dané oblasti zaznamenatelný značný posun: „V zařízení je pracovník, pověřený pomáhat klientům v intimních otázkách vztahů a sexuality. Klienti se také mohou obracet na svoje klíčové asistenty, případně jiné, ke kterým mají důvěru. Pokud se jedná o řešení situací, které přesahují možnosti a dovednosti pracovníka, asistent pomáhá s hledáním odborné pomoci mimo zařízení.“ (respondent, 2020). Nicméně převážná většina respondentů jak v roce 2005 (265; 66,42 %), tak v roce 2020 (240; 68,38 %) uvádí, že takového pracovníka v zařízení nemají.

Dalším z důležitých prvků komplexního řešení problematiky je její ošetření v některém ze závazných dokumentů zařízení. V kontextu toho nás zajímalo, ***zda má zařízení zpracován Protokol partnerských vztahů, intimity a sexuality***. Tato otázka nebyla součástí dotazníku z roku 2005, proto jsou výsledky v tabulce 28 uvedeny pouze za rok 2020.

**Tabulka 28** Protokol sexuality, intimity a vztahů v zařízení (2020)

<b>Má zařízení zpracován Protokol vztahů a sexuality?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano	232	66,1 %
Ne	119	33,9 %
<b>Celkem</b>	<b>351</b>	<b>100 %</b>

Většina respondentů (232; 66,1 %) v roce 2020 uvádí, že Protokol vztahů a sexuality v zařízení mají, 119 (33,9 %) respondentů označilo, že jej v zařízení vytvořený nemají.

V souvislosti s tím nás v další položce zajímalo, ***zda má zařízení problematiku vztahů a sexuality ošetřenu ve Standardech kvality sociálních služeb***.

**Tabulka 29** Ošetření problematiky sexuality ve Standardech kvality (2020)

<b>Ošetření problematiky vztahů a sexuality ve Standardech kvality sociálních služeb</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano	292	83,19 %
Ne	59	16,81 %
<b>Celkem</b>	<b>351</b>	<b>100 %</b>

Z tabulky 29 je patrné, že převážná většina respondentů (292; 83,19 %) uvádí, že problematiku ve Standardech kvality ošetřenu mají, 59 (16,81 %) respondentů označilo, že „ne“.

S adekvátním ošetřením problematiky souvisí i ***vzdělávání pracovníků v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP***. Zajímalo nás, zda se respondenti zúčastnili jakékoliv odborné

průpravy, která by se danou oblastí zabývala, např. kurzu, workshopu, semináře, školení, přednášky atp.

**Tabulka 30** Proškolení pracovníka v oblasti sexuality (2005; 2020)

Proškolení respondenta v oblasti sexuality a sexuální osvěty osob s mentálním postižením		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	106	241
	Četnost v %	26,6 %	68,66 %
Ne	Četnost	293	110
	Četnost v %	73,4 %	31,34 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100,0 %	100,0 %

Z tabulky 30 lze zaznamenat, že většina respondentů (241; 68,66 %) se v roce 2020 zúčastnila odborné průpravy v oblasti sexuality a sexuální osvěty osob s MP (v roce 2005 pouze 106 /26,6 %/ respondentů). Stále je však poměrně vysoké procento (31,34 %; 110) těch, kteří se žádné odborné průpravy v dané oblasti nezúčastnili, přestože je to již v porovnání s rokem 2005 (73,4 %; 293) procento nižší.

Zajímalo nás, ***jak respondenti absolvovanou odbornou přípravu hodnotí***. Pozitivním zjištěním je, že převážná většina respondentů ji v roce 2020 hodnotí jako přínosnou a důležitou. Mnoho pracovníků se shoduje v tom, že „*partnerství a sexuální výchova osob s postižením je důležitá jak pro klienty, tak pro pracovníky*“. Plně si uvědomují, že „*jakékoliv vzdělávání je bezpodmínečně nutné, minimálně z důvodu shodných pracovních postupů a přístupů k dané problematice*“. Dokonce mnozí pracovníci absolvovali již několik kurzů v dané oblasti. „*Absolvovala jsem jich několik, hodnotím je na výbornou.*“ Většina pracovníků hodnotí školení pozitivně: „*absolvovala jsem školení a myslím, že bylo velmi přínosné a inspirativní*“, „*bylo na velmi vysoké úrovni*“, „*bylo to výborné a využitelné v praxi*“, „*hodnotím velmi pozitivně, tým pracovníků si pevně v sobě ukotvil postoj, ví, jak přistupovat a řešit situace v oblasti sexuality, partnerství a vztahů*“, „*seznámení s problematikou sexuality lidí s mentálním postižením, uvědomění si různých projevů neuspokojené sexuality u klientů*“, „*školení mi pomohlo změnit pohled na sexualitu klientů a nebát se s nimi na toto téma otevřeně hovořit*“. V některých komentářích byla nepřilíši pozitivně

hodnocena vysoká finanční náročnost či neaktuálnost informací, které jsou na kurzech prezentovány: „*Velice kladně hodnotím všechny kurzy, které jsme absolvovaly s kolegyněmi cca před 8–10 lety, když jsme se touto oblastí začínaly výrazně zabývat. Od té doby mi chybí nabídka vzdělávání, které by se někam posunulo, tzn., ne stále jen teorie, vzdělávání, které pořádají teoretici, lidé bez praxe. Chybí mi nabídky dostupné pro pracovníky z našeho kraje, tedy vzdělávání, které se bude konat např. v Hradci Králové, Praha, Pardubice a které nebude stát řadu tisíc, protože to je pak nedostupné pro pracovníky v přímé péči.*“, „*Vždy bylo velice hodnotné, ale finančně náročné. A je třeba se neustále v této oblasti vzdělávat a získávat nové poznatky.*“

Zajímavou souvislostí je, že v roce 2005 hodnotilo odbornou průpravu pozitivně pouze 50 (47,2 %) respondentů. Čtrnáct (13,2 %) respondentů ji hodnotilo negativně, 6 (5,7 %) průměrně a 36 (34 %) respondentů se k hodnocení nevyjádřilo. Pozitivnější hodnocení v roce 2020 může poukazovat na vícero skutečností. Jednak na zvyšující se úroveň kvality vzdělávání v dané oblasti (což naopak některé odpovědi respondentů z roku 2020 vyvracely), nebo na to, že pracovníci začali vnímat i semináře tohoto charakteru jako důležité pro svoji praxi. To může reflektovat celkové změny a posuny v praxi či v náhledu a přístupu zaměstnanců. V době, kdy lidé s MP neměli možnost adekvátní seberealizace v oblasti partnerského a sexuálního života, „nebylo potřeba co řešit“, a to se odráželo i v motivaci ke vzdělávání. V době, kdy uživatelé tyto příležitosti a možnosti běžně mají, se samozřejmě otvírá i množství oblastí, se kterými jsou pracovníci konfrontováni, a ke kterým musí nějak přistoupit. A hodnotí tedy pozitivně, mohou-li v rámci dalšího vzdělávání získávat praktické zkušenosti a poznatky.

Kromě hodnocení proškolených zaměstnanců nás zajímaly i **důvody respondentů, kteří se žádné odborné průpravy nezúčastnili**. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentů, kteří se žádné průpravy nezúčastnili, jich 29 (26,36 %) uvádí, že „neví o žádných možnostech vzdělávání v dané oblasti“. Třináct (11,82 %) respondentů „nepocituje potřebu se vzdělávat v tomto tématu“. Čtyři (3,64 %) respondenti na to „nemají finanční prostředky“. Tři (2,73 %) respondenti označili „jiné důvody“, které dále nespecifikují. Dva (1,82 %) respondenti uvádí, že o školení projeví zájem, 9 (8,18 %) respondentů se jej v blízké době plánuje zúčastnit. Sedm (6,36 %) respondentů zatím nemělo možnost, protože bylo na jiném vzdělávání. Devět (8,18 %) respondentů uvádí, že byl na školení některý z kolegů, který při-

mo s klienty v dané oblasti pracuje, a nebyly finanční prostředky, aby se mohli zúčastnit oba. Dva (1,82 %) respondenti uvádí, že v zařízení pracují zatím krátce, a proto na žádném školení ještě nebyli. Tři (2,73 %) respondenti uvádí časové důvody, 1 (0,9 %) respondent zatím nepocituje potřebu, 2 (1,82 %) respondenti ještě neměli možnost, 1 (0,9 %) respondent měl v tomto směru předmět na VŠ a 3 (2,73 %) respondenti uvádí, že jim toto školení zaměstnavatel nenabídl. I zde je zajímavá souvislost v porovnání s výsledky v roce 2005. Z celkového počtu 75 pracovníků, kteří se v té době nezúčastnili odborné průpravy a v dotazníku označili „jiný důvod“, jich převážná většina odkazovala na vedoucího pracovníka a situaci zdůvodňovala ve smyslu: „*nebylo mi to nabídnuto*“, „*zaměstnavatel mi to nenabídl*“ apod. U mnoha zaměstnanců byla v roce 2005 z dotazníků zřejmá určitá míra „pasivity“ ve vztahu k dalšímu vzdělávání. Obecně bylo na vzdělávání pracovníků v sociálních službách nahlíženo v mnohých aspektech jinak, než jak je tomu dnes. S tím šla ruka v ruce i nižší míra iniciativy v oblasti sebevzdělávání a vyšší míra „odkázanosti“ na nadřízeného pracovníka. Už v té době jsme si kladli otázku, zda nabídka vedoucího pracovníka je v roce 2005, v době informační dostupnosti (internet, tisk atp.), jedinou možnou cestou ke vzdělávání. A zamýšleli jsme se nad tím, že není důvodu být odkázán pouze na nabídku vedoucího pracovníka, ale že je možné i sám přijít s návrhem možnosti vzdělávání. Lze samozřejmě předpokládat polemiku ve vztahu k přetíženosti zaměstnanců už samotnou prací s klienty a nechutí zabývat se ve volném čase hledáním možností vzdělávání, avšak právě další vzdělávání je jedním z účinných prostředků prevence syndromu vyhoření.

V roce 2020 vnímá převážná většina zaměstnanců sociálních služeb kontinuální vzdělávání jako běžnou a důležitou součást své profese. Zároveň lze sledovat i vyšší míru iniciativy pracovníků a vzrůstající míru „nároků“ z hlediska nabídky vzdělávání a prezentovaných informací, než tomu bylo v roce 2005, kdy bylo obecně mnohem méně možností vzdělávání i jakýchkoliv jiných odborných zdrojů a publikací. Dnes příkládají pracovníci v sociálních službách dalšímu vzdělávání důležitou roli ve své práci. Prošli již četnými kurzy a semináři, mají daleko více možností, odkud mohou informace čerpat a s tím se pojí i vzrůstající nároky a očekávání od úrovně a kvality vzdělávání.

V rámci výzkumu nás zajímalo, zda existuje statisticky významná souvislost v proškolení pracovníků mezi lety 2005 a 2020. Výzkumná hypotéza  $H_4$  byla formulována takto: **Existuje statisticky významný rozdíl v proškolení pracovníků v oblasti sexuality mezi lety 2005 a 2020.** Testování bylo provedeno prostřednictvím Pearsonova chí-kvadrát testu s Yatesovou korekcí kontinuity na hladině významnosti 0,05 (5 %). Testování hypotézy  $H_4$  je součástí tabulky 31.

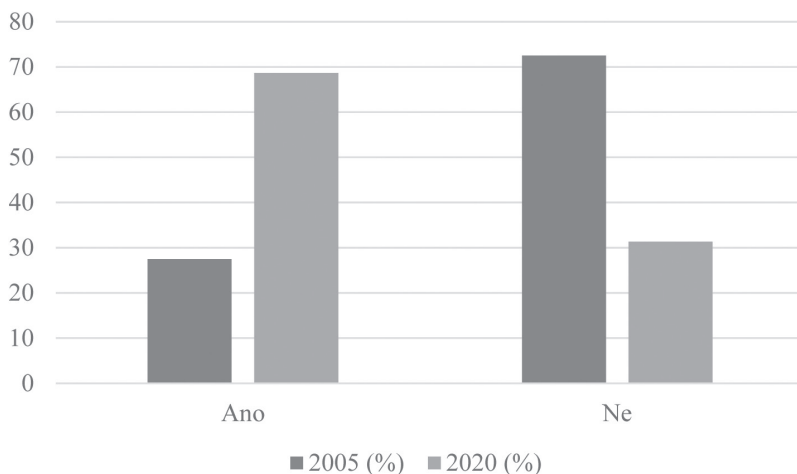
**Tabulka 31** Testování hypotézy  $H_4$  – proškolení pracovníka (2005; 2020)

Testování hypotézy $H_4$	2005	2020	2005 (%)	2020 (%)
Ano	105	241	27,49	68,66
Ne	277	110	72,51	31,34
<b>Celkem</b>	382	351	100,00	100,00

Test nezávislosti (Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction):  $p = 0,0000$

Vzhledem k tomu, že dosažená hladina testu je menší než 5 % ( $p = 0,0000$ ), nulovou statistickou hypotézu zamítáme. Získaná data tedy svědčí o tom, že v rámci zkoumaného souboru **existuje statisticky významný rozdíl v proškolení pracovníků v oblasti sexuality mezi lety 2005 a 2020.** Ten lze přehledně zaznamenat i z grafu 7.

**Graf 7** Proškolení pracovníka v oblasti sexuality (2005; 2020)



**Závěr k hypotéze H<sub>4</sub>:** Prostřednictvím statistického testu byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v proškolení pracovníků v oblasti sexuality mezi lety 2005 a 2020. I zde se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem. Vzhledem k tomu, že proškolení zaměstnanců je jedním z klíčových aspektů komplexního řešení problematiky v zařízení a základním stavebním kamenem pro práci s postojí pracovníka, s uvědomováním si vlastních hranic i celkového pohledu na řešenou problematiku, lze tento posun považovat za velmi důležitý. Zatímco v roce 2005 jen 106 (26,6 %) respondentů uvedlo, že se zúčastnilo odborné průpravy (kurz, seminář, školení) v oblasti sexuality a sexuální osvěty osob s MP, v roce 2020 toto uvádí již 241 (68,66 %) respondentů. Nicméně velká část respondentů jak v roce 2005 (293; 73,4 %), tak v roce 2020 (110; 31,34 %) uvádí, že se žádného proškolení v dané oblasti nezúčastnila. Přestože se již v roce 2020 jedná v porovnání s rokem 2005 o procento nižší, stále je poměrně vysoké.

S řešením problematiky v zařízení přímo souvisí **realizace sexuální osvěty a podpory uživatelů v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality**.

Nejdříve nás zajímalo, **zda respondent shledává stávající podobu vzdělávání lidí s mentálním postižením v oblasti sexuality dostatečnou**.

**Tabulka 32** Dostatečnost vzdělávání osob s MP v oblasti sexuality (2005; 2020)

Dostatečnost stávající podoby vzdělávání lidí s mentálním postižením v oblasti sexuality		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	38	53
	Četnost v %	9,5 %	15,1 %
Ne	Četnost	197	120
	Četnost v %	49,4 %	34,19 %
Nedokážu posoudit	Četnost	153	178
	Četnost v %	38,3 %	50,71 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	11	0
	Četnost v %	2,8 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100,0 %	100 %

Z tabulky 32 lze zaznamenat, že se od roku 2005 se zvýšilo procento (o 5,6 %) respondentů, kteří se domnívají, že podoba vzdělávání lidí s MP v oblasti

sexuality je dostatečná (z 9,5 % na 15,1 %). Dále se snížilo procento (o 15,21 %) těch, kteří si myslí, že je nedostatečná (ze 49,4 % na 34,19 %) a zvýšilo procento (o 12,41 %) těch, kteří nedokážou situaci posoudit (z 38,3 % na 50,71 %).

V kontextu toho nás zajímalo, **zda respondent sám komunikuje s uživateli o problematice sexuality**.

**Tabulka 33** Komunikace s uživateli o problematice sexuality (2005; 2020)

Komunikace pracovníka s uživateli o problematice sexuality		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	220	276
	Četnost v %	55,1 %	78,63 %
Ne	Četnost	163	75
	Četnost v %	40,9 %	21,37 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	16	0
	Četnost v %	4,0 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100,0 %	100,0 %

Z tabulky 33 je patrné, že od roku 2005 se zvýšilo procento (o 23,53 %) těch, kteří s uživateli o problematice sexuality komunikují (z 55,1 % na 78,63 %) a snížilo procento (o 19,53 %) těch, kteří nekomunikují (ze 40,9 % na 21,37 %).

Dále nás zajímalo, **zda zařízení realizuje sexuální osvětu a podporu v oblasti sexuality uživatelů**. Tabulka 34 prezentuje odpovědi respondentů z roku 2005 a z roku 2020.

**Tabulka 34** Realizace sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality (2005; 2020)

Realizace sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality v zařízení		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	106	162
	Četnost v %	29,7 %	46,15 %
Ne	Četnost	251	189
	Četnost v %	70,3 %	53,85 %
<b>Celkem</b>	Četnost	357	351
	Četnost v %	100,0 %	100,0 %

Sexuální osvětě a podpoře v oblasti sexuality se v roce 2020 věnuje 46,15 % všech oslovených zařízení (v roce 2005 jen 29,7 %). Lze tedy zaznamenat nárůst (o 16,45 %) zařízení, která realizují sexuální osvětu a podporu a snížení (o 16,45 %) těch, která ji nerealizují.

Pokud respondent zvolil variantu „ne“, zajímaly nás **důvody toho, že v zařízení nerealizují sexuální osvětu a podporu klientů v této oblasti**. Tabulka 35 kategorizuje uváděné důvody.

**Tabulka 35** Důvody absence sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality (2020)

Důvodem nerealizování sexuální osvěty je	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nezájem klientů o otázky sexuality	74	39,16 %
Nedostatek kvalifikovaných pracovníků pro její realizaci	56	29,63 %
Nízká informovanost	18	9,52 %
Nedostatek ochotných pracovníků se touto oblastí zabývat	9	4,76 %
Nedostatečný zájem personálu o řešení otázek se sexualitou klientů spojených	7	3,70 %
Neochota zaměstnanců školit se v této oblasti	2	1,06 %
Nevím	2	1,06 %
Jiné důvody	10	5,29 %
Neuvedlo odpověď	11	5,82 %
<b>Celkem</b>	<b>189</b>	<b>100 %</b>

Mezi „jinými důvody“ se objevovaly např.: „jiné starosti a jiné priority“, „sexualita je řešena v rámci pobytu v DES (vztahy, doteky, svolení k dotekům, oslovování...)“, „klienti raději o této problematice hovoří jen s asistentem, ve skupině se stydí“, „nové převzetí služby, v plánu máme realizaci“, „pracovníci reagují na jednotlivé podněty a reakce klientů“, „zatím nebyla potřeba“, „věk klientů“.

Pokud respondent zvolil variantu „ano“, zajímalo nás, **jakým způsobem se zařízení na tuto oblast zaměřuje a kdo sexuální osvětu a poradenství**

**provádí.** Respondenti nejčastěji uvádí, že ji provádí „koordinátoři, sexuální důvěrníci“. Dále konkretizují: „důvěrník, který je proškolen a v soukromí pokoje s klientem hovoří nebo mu ukazuje obrázkovou formu, popřípadě decentní video o vztahu a sexualitě mentálně postižených“, „Osvěta, individuální konzultace. Dle naléhavosti ji provádí speciálně proškolený odborný pracovník, ve spolupráci s důvěrníkem pro oblast sexuality z řad pracovníků přímé péče.“ V některých zařízeních mají více pracovníků zaměřených na oblast sexuality: „V naší organizaci je určený pracovník, který se touto problematikou zabývá a je pro tuto oblast garantem. Dále máme na každé domácnosti důvěrníka pro oblast sexuality. Důvěrníci spolupracují s garantem a v případě, kdy si nejsou jisti, osloví ho. Několikrát do roka pořádáme pro personál i klienty osvětu v této oblasti a zveme odborníky. Garant pak ještě pracuje s klienty individuálně dle jejich potřeb.“ V některých zařízeních realizují pro uživatele kurzy nebo semináře: „Po dobu dvou let jsem vedla tzv. Kurz dospělosti za pomoci Listů sexuality. Sama jsem si vytvořila metodiku pro tyto kurzy. Byly zvlášť pro kluky, zvlášť pro děvčata.“

Dotazník vyplňovali mnozí pracovníci, kteří sami pracují na pozici sexuálního důvěrníka, nebo dokonce koordinátora či garanta sexuálních důvěrníků v zařízení: „Pracuji jako důvěrník a mapuji potřeby uživatelů v zařízení. Pracuji s důvěrníky uživatelů při konzultacích, řešíme předávání informací, možnosti soukromí, potřeby ve vztahové rovině, bezpečnou masturbaci apod.“ „V každé lokalitě funguje sexuální důvěrník, který je prvním kontaktem klienta s touto oblastí. Záleží na jeho vlastním přesvědčení, co je ještě ochoten s klientem probírat a na co už si netroufá. Vždy konzultuje své kroky s pracovníkem, který je v zařízení pověřen pro oblast sexuality a je možnost vypůjčit si u něj i materiály pro edukaci klienta.“

Z hlediska odborné kvalifikace nejčastěji sexuální osvětu provádí speciální pedagog nebo psycholog: „Poučení v sexuální osvětě provádí vedoucí DMO (psycholog) nebo speciální pedagožka, tak aby uživatel sdělenému porozuměl. Předání informací probíhá pomocí obrázků, filmu, nácviku s pomůckami, hadrové panenky ženského a mužského pohlaví.“ „Provádí ji psycholog. Pracuje se speciálními materiály pro sexuální výchovu osob s postižením.“ Někdy respondenti doplňovali, že spolupracují s externisty: „externí spolupracovník, psycholog“, „Provádí ji proškolený pracovník, některé témata jsou probírána skupinově. S klienty jsou individuálně řešeny jejich potřeby. Externí pracovník dochází na přednášky. Máme protokol sexuality.“ V mnohých zařízeních mají jak proškolené pracovníky, tak zá-

roven využívají i spolupráce s externisty, často se sexuology či gynekology: „sexuální důvěrník + odborník z praxe – gynekolog, sexuolog“, „Přizváním odborníka na tuto problematiku (sexuolog), který s klienty pohovoří. Dá prostor pro diskuzi, následně pro individuální povídání.“

V rámci realizace sexuální osvěty nás zajímalo, **jaké prostředky jsou využívány a jaké s nimi má respondent zkušenosti**, tzn., co se mu nejvíce osvědčuje, nebo s čím naopak dobré zkušenosti nemá. Respondenti nejčastěji uvádí, že využívají obrázkový materiál, publikace a videa: „DVD, Listy sexuality, knihy, příručky Už vím.“, „individuální rozhovory, modelové situace, internet, literatura“, „kroužek Pánská jízda, videa, knihy“, „nejvíce využíváme obrázkový materiál, publikace“, „Pracujeme formou rozhovorů, používání obrázky s danou tematikou, využíváme CD vztahy. Moc toho ale nemáme. Spíše na klienta působíme slovně s využitím příběhů a příkladů z běžného života – modelové situace.“, „TV, YouTube, knihy. Máme dobré zkušenosti“, „Využíváme pomůcky – videa, hadrové panenky, obrázky, prezentace – klienti se na ně vždy těší, je to pro ně zábavné. Někteří se naopak (ale je jich menšina) necítí dobře a osvěta probíhá individuálně nebo ji klient odmítá úplně. U některých klientů není potřeba (většinou s hlubokým MP). U těchto stačí někdy jen zachování soukromí při masturbaci (přikrytí dekou, odvezení do jejich pokoje apod.).“, „a) Obrázkový materiál – jako příloha k Protokolu, b) Publikace – vhodné, odborné publikace; výběr závisí na individuálních potřebách konkrétního klienta, c) Videa – vhodná videa; výběr závisí na individuálních potřebách konkrétního klienta, d) Protokol o vztazích a sexualitě. Nejvíce se nám osvědčuje – vysoce individuální přístup a vysoce individuálně volené prostředky. Moc dobré zkušenosti nemáme se zaváděním plošných opatření.“ Individuální, přátelský a „lidský“ přístup postavený na vzájemné důvěře zdůrazňuje mnoho respondentů: „Lidský přístup. Důvěra a otevřenost. Každý má právo na svůj sexuální život/pud, s tím jsou však i spojeny určité povinnosti. Např. pokud mají potřebu masturbace, je jim umožněna, ale v soukromí, a ne na veřejnosti. Toto je potřeba zajistit a vštípit klientům jako základní hygienické návyky.“, „Nejvíce se nám osvědčuje přátelský rozhovor, který navodí atmosféru důvěry a pracovníci mohou pomoci klientům řešit jednotlivé problémy, které je trápí. Pak, pokud je potřeba a klient souhlasí, zprostředkujeme event. i návštěvu lékaře.“

Dále nás zajímalo, **jaká témata jsou součástí sexuální osvěty** v dotazovaném zařízení. Tabulka 36 prezentuje přehled jednotlivých témat.

**Tabulka 36** Témata sexuální osvěty v zařízení (2005; 2020)

Témata, která jsou součástí sexuální osvěty v zařízení		Rok	
		2005	2020
Masturbace	Četnost	154	185
	Četnost v %	11,82 %	10,98 %
Anatomie pohlavních orgánů (muž, žena)	Četnost	107	109
	Četnost v %	8,21 %	6,47 %
Menstruace	Četnost	155	140
	Četnost v %	11,9 %	8,31 %
Poluce	Četnost	42	51
	Četnost v %	3,22 %	3,03 %
Puberta	Četnost	76	62
	Četnost v %	5,83 %	3,68 %
Přátelství, zamilovanost	Četnost	176	190
	Četnost v %	13,51 %	11,27 %
Erotické sblížování	Četnost	61	95
	Četnost v %	4,68 %	5,64 %
Partnerské chování	Četnost	86	160
	Četnost v %	6,6 %	9,5 %
Pohlavní styk	Četnost	58	105
	Četnost v %	4,45 %	6,23 %
Užívání kondomu	Četnost	39	86
	Četnost v %	2,99 %	5,1 %
Antikoncepce	Četnost	96	131
	Četnost v %	7,37 %	7,77 %
Těhotenství	Četnost	60	80
	Četnost v %	4,61 %	4,75 %
Sexuální zneužívání	Četnost	62	106
	Četnost v %	4,76 %	6,29 %
Potrat, interrupce	Četnost	31	34
	Četnost v %	2,38 %	2,02 %
Homosexualita	Četnost	57	67
	Četnost v %	4,37 %	3,98 %
Sexuálně přenosné nemoci	Četnost	43	84
	Četnost v %	3,3 %	4,98 %
<b>Celkem</b>	Četnost	1303	1685
	Četnost v %	100 %	100 %

Z tabulky 36 je patrné, že nejčtenější zastoupení (190; 54,13 %) má téma přátelství a zamilovanosti. Nepřiliš potěšujícím zjištěním je to, že pouze 30,2 % respondentů (106 z 351) označilo, že součástí sexuální osvěty je v jejich zařízení i oblast sexuálního zneužívání. Nejméně (9,69 %) jsou uživatelé informováni o potratu a interrupci.

V komentářích respondenti jednotlivá témata a realizaci sexuální osvěty doplňovali a upřesňovali: „*Jedná se spíše o individuální rozhovory s uživateli dle potřeby. Rozhovor může být veden na jakémkoliv z výše uvedených témat.*“, „*reagujeme na momentální otázky klientů, preventivní sexuální výchovu na našem středisku nevedeme*“, „*všechna výše uvedená témata (vyjma potratu), dle úrovně schopností klienta a vyspělosti*“, „*když se situace naskytne, tak vše*“, „*většina témat je probrána na přednášce sexuologa, se sociální pracovníci individuální pohovory zejména na téma: přátelství, erotické sblížení, partnerské chování, antikoncepce*“. Jeden respondent specifikuje, že žádné z uvedených témat není součástí sexuální osvěty v jejich zařízení, jeden respondent doplňuje oblast: „*prevence nevhodného sexuálního chování*“.

Dále nás zajímalo, ***jakou formou je podpora realizována a jaký obsah informací se klientům dostává.*** Respondenti mohli svoji odpověď volně vyjádřit.

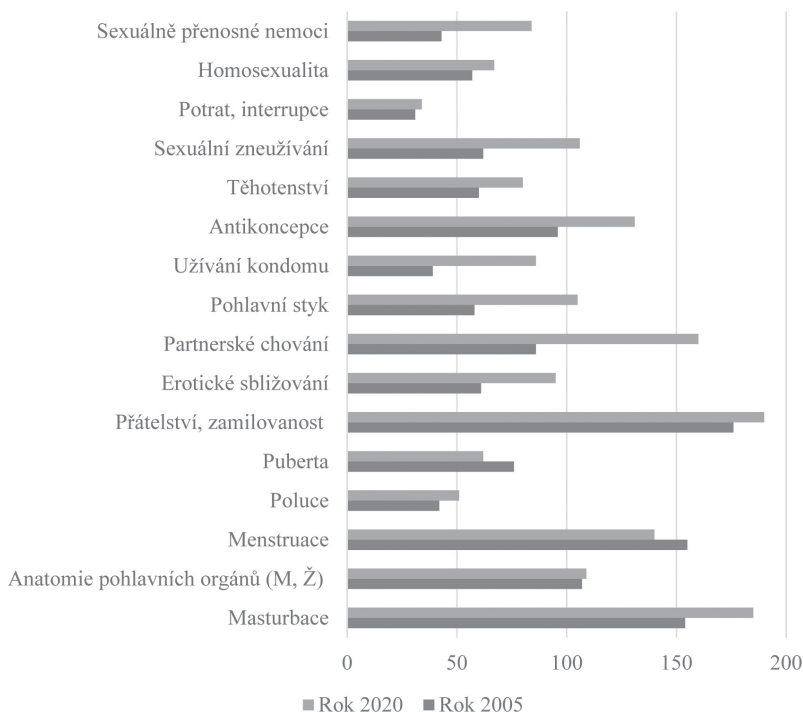
**Z hlediska formy** respondenti ponejvíce uvádí nejrůznější kombinace rozhovorů, besed, diskusí s využitím publikací, časopisů, filmů či internetu: „*individuální rozhovory s obyvateli, literatura, video, obrázky, časopisy, internet*“. Specifikují, že přímo nad obrázkem nebo u videa s klientem o tématu diskutují: „*formou rozhovoru s klientem nad obrázkem, video*“, „*využíváme obrázkový materiál, videa*“, „*vždy je tento rozhovor, videoukázka či práce s obrázky veden v soukromí*“, „*podpora je realizována formou rozhovorů, pouštěním instruktážního filmu, klienti jsou informováni o tom, že masturbovat mohou pouze na svých pokojích bez přítomnosti jiné osoby, jakýkoliv intimní styk může být pouze dobrovolný se souhlasem partnera*“, „*rozhovory, nácviky přiměřeného chování, video, obrázky, knížky, uživatelé mají své byty, používají cedulky – nerušit prosím, odpočívám*“. V odpovědích se objevuje i sledování televizních pořadů: „*rozhovor + sledování TV pořadů – Ulice, Ordinace...*“. V některých zařízeních se uživatelé účastní školení či dokonce kurzů na téma sexuality: „*Jsou vedeny rozhovory s klienty, při té příležitosti je jim pouštěno video, ukazovány obrázky. Někteří klienti se účastnili i školení na toto téma.*“ V některých zařízeních sexuální osvětu

realizuje přímo vyhrazený zaměstnanec, v některých zařízeních zvou pro spolupráci externí odborníky: „Rozhovor, obrázky, video, názorné ukázky předmětů. Vše v naší organizaci zabezpečuje garant, který s klienty jednotlivě probírá možnosti. Jak má ke klientům přistupovat personál řeší protokol o vztazích a sexualitě.“, „Dříve jsme měli přímo vyhrazeného zaměstnance, teď už ne. Proškoleni jsou ale všichni zaměstnanci.“, „Rozhovor s odborníkem, video, obrázky. Klientům se dostávají informace v co nejširším spektru, vybrané pro individualitu klienta.“

**Z hlediska obsahu informací** respondenti uvádí, že se snaží, aby byl obsah stejný jako u intaktní populace: „Veškerý obsah týkající se této problematiky jako u zdravé populace, která není nestandardně zaměřená. S ohledem na mentální úroveň klienta a jeho potřeby.“, „Jelikož v našem zařízení žijí klienti s lehkým mentálním postižením, hovoříme s nimi o jednotlivém problému otevřeně. Např., že masturbace není ničím špatným a často si takto lidé pomáhají, když cítí potřebu. Měli by mít u toho ale soukromí a klid. Proto by měli mít možnost se někde uzamknout, aby neměli obavy, že je někdo uvidí. Hledáme možnosti. Také je důležité z hygienických důvodů si event. pak za sebou i uklidit...“, „kde je a není vhodné masturbovat, hygiena při menstruaci“, „Uživatelé jsou seznámeni s tím, že masturbace je možná jen na bytě, pokud je tam sám, nebo v koupelně, vždy o samotě.“

V porovnání s výsledky z roku 2005 lze zaznamenat, že v roce 2020 je k dispozici mnohem více materiálů, pomůcek, metod a možností, které lze v praxi využít. Rovněž pracovníci jsou v dané oblasti otevřenější, kreativnější a ochotnější přistupovat ke každému uživateli naprosto individuálně: „forma i obsah informací je vysoce individuální, vždy se volí forma nejvíce odpovídající možnostem a schopnostem klienta – ve většině případů se také jedná o kombinace různých forem“. Ze získaných výsledků je taktéž zřejmé čtenější a širší zastoupení témat sexuální osvěty v roce 2020 ve srovnání s rokem 2005. To lze přehledně vidět i z grafu 8.

**Graf 8** Témata sexuální osvěty v zařízení (2020; 2005)



S realizací sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality jde „ruku v ruce“ i to, že má člověk s MP možnost naučené uplatnit v praxi, tzn., žít běžným způsobem života s možností vytvářet vztahy s lidmi obou pohlaví, naplňovat své sexuální potřeby atp. V tomto kontextu jsme nejdříve zjišťovali, **na které formy vztahů a sexuality mají uživatelé z pohledu respondentů jednoznačně právo**. Tabulka 37 prezentuje jednotlivé odpovědi.

**Tabulka 37** Formy vztahů a sexuality, na které mají uživatelé právo (2005; 2020)

Uživatelé mají, dle vašeho názoru, jednoznačně právo na			Rok	
			2005	2020
Masturbace	Ano	Četnost	333	324
		Četnost v %	84,1 %	92,31 %
	Ne	Četnost	63	27
		Četnost v %	15,9 %	7,69 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Partnerské vztahy mezi osobami opačného pohlaví	Ano	Četnost	333	308
		Četnost v %	84,1 %	87,75 %
	Ne	Četnost	89	43
		Četnost v %	22,5 %	12,25 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Partnerské vztahy mezi osobami stejného pohlaví	Ano	Četnost	/	255
		Četnost v %		72,65 %
	Ne	Četnost		96
		Četnost v %		27,35 %
	Celkem	Četnost		351
		Četnost v %		100,0 %
Sexuální vztahy	Ano	Četnost	206	246
		Četnost v %	52,0 %	70,09 %
	Ne	Četnost	190	105
		Četnost v %	48,0 %	29,91 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Spolužití	Ano	Četnost	/	232
		Četnost v %		66,1 %
	Ne	Četnost		119
		Četnost v %		33,9 %
	Celkem	Četnost		351
		Četnost v %		100,0 %

Uživatelé mají, dle vašeho názoru, jednoznačně právo na			Rok	
			2005	2020
Manželství	Ano	Četnost	/	126
		Četnost v %		35,9 %
	Ne	Četnost		225
		Četnost v %		64,1 %
	Celkem	Četnost		351
		Četnost v %		100,0 %
Rodičovství (mít a vychovávat děti)	Ano	Četnost	17	52
		Četnost v %	4,3 %	14,81 %
	Ne	Četnost	379	299
		Četnost v %	95,7 %	85,19 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %

V kontextu toho, na co mají uživatelé dle respondentů právo, nás zajímalo, jaké **formy vztahů a sexuality jsou uživatelům v daném zařízení umožněny**. Zjištěné výsledky prezentuje tabulka 38.

**Tabulka 38** Formy vztahů a sexuality, které jsou v zařízení umožněny (2005; 2020)

Formy vztahů a a sexuality, které jsou uživatelům v zařízení umožněny			Rok	
			2005	2020
Kamarádství, přátelství	Ano	Četnost	384	346
		Četnost v %	97,0 %	98,58 %
	Ne	Četnost	12	5
		Četnost v %	3,0 %	1,42 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Partnerství mezi osobami opačného pohlaví	Ano	Četnost	256	258
		Četnost v %	64,6 %	73,5 %
	Ne	Četnost	140	93
		Četnost v %	35,4 %	26,5 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %

Formy vztahů a a sexuality, které jsou uživatelům v zařízení umožněny			Rok	
			2005	2020
Partnerství mezi osobami stejného pohlaví	Ano	Četnost	105	167
		Četnost v %	26,5 %	47,58 %
	Ne	Četnost	291	184
		Četnost v %	73,5 %	52,42 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Zasnoubení	Ano	Četnost	35	85
		Četnost v %	8,8 %	24,22 %
	Ne	Četnost	361	266
		Četnost v %	91,2 %	75,78 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Spolužití	Ano	Četnost	42	132
		Četnost v %	10,6 %	37,61 %
	Ne	Četnost	354	219
		Četnost v %	89,4 %	62,39 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Manželství	Ano	Četnost	8	52
		Četnost v %	2,0 %	14,81 %
	Ne	Četnost	388	299
		Četnost v %	98,0 %	85,19 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %
Rodičovství	Ano	Četnost	0	9
		Četnost v %	0 %	2,56 %
	Ne	Četnost	396	342
		Četnost v %	95,7 %	97,44 %
	Celkem	Četnost	396	351
		Četnost v %	100,0 %	100,0 %

Z tabulky 38 lze zaznamenat, že situace se od roku 2005 poměrně výrazně posunula a rozšířily se poskytované možnosti podpory. Na druhou stranu, přestože 73,5 % respondentů v roce 2020 uvádí, že jejich uživatelé mají

možnost vytvářet partnerské svazky, pouze v 37,61 % zařízení mají dvojice možnost vzájemného spolužití. To může být limitující z hlediska soukromí a možnosti dalšího posouvání partnerského vztahu. Je také otázkou, nakolik lze např. hovořit o partnerském vztahu v případech, kdy se dvojice střetává příležitostně, několikrát do roka, protože každý žije v jiném zařízení a setkává se např. jen při hromadné akci v dopředu vymezeném času a místě spolu s ostatními uživateli. Proto nás v další položce zajímalo, ***jak často mají partnerské dvojice možnost vzájemného kontaktu***. Četnost vzájemného kontaktu specifikuje tabulka 39.

**Tabulka 39** Možnost společného kontaktu partnerských dvojic (2005; 2020)

Možnost vzájemného kontaktu partnerských dvojic		Rok	
		2005	2020
Nevytváří partnerské dvojice, nemají možnost společného kontaktu.	Četnost	45	22
	Četnost v %	10,25 %	6,27 %
Každý žije v jiném zařízení, takže pouze příležitostně na společných akcích apod.	Četnost	146	67
	Četnost v %	33,26 %	19,09 %
Každý den, neboť bydlí ve stejném zařízení (žijí odděleně, ale jsou spolu v průběhu dne)	Četnost	170	126
	Četnost v %	38,73 %	35,9 %
Neustále, neboť bydlí spolu (žijí společně v jednom pokoji, bytové jednotce, garsonce...)	Četnost	44	72
	Četnost v %	10,02 %	20,51 %
Vlastní odpověď	Četnost	34	64
	Četnost v %	7,74 %	18,23 %
<b>Celkem</b>	Četnost	439 *	351
	Četnost v %	100,0 %	100,0 %

\* Pozn. Respondenti mohli v roce 2005 označit libovolný počet odpovědí, proto počet responsí převyšuje celkový počet respondentů.

Z tabulky 39 lze ve srovnání s rokem 2005 zaznamenat navýšení (o 10,49 %) varianty: „*Neustále, neboť bydlí spolu (žijí společně v jednom pokoji, bytové jednotce, garsonce...)*“ a snížení (o 14,17 %) varianty: „*Každý žije v jiném zařízení, takže pouze příležitostně na společných akcích apod.*“ To lze považovat za pozitivní posun směrem k vyšší míře podpory vytváření vztahů osob s MP.

*Vlastní odpověď* v roce 2020 uvedlo 64 (18,23 %) respondentů. Dvacet devět respondentů konkretizovalo, že přestože klienti mají možnost nava-

zovat vztahy, tak v zařízení nemají partnerské dvojice. Pět respondentů uvádí, že mají v zařízení pouze ženy, nebo pouze muže. Další 2 respondenti přibližují, že uživatelé mají vztahy mimo službu, tzn., dvojice není složena z klientů zařízení. Jeden respondent uvádí, že klienti nejeví zájem o partnerství. Jeden respondent přibližuje, že „*jeden pár žil společně, jiní udržují kontakt během dne, ale asi se nedají označit za pár*“. Jeden respondent vysvětluje, že „*každý bydlí zvlášť, protože si to tak přejí, ale navštěvují se tak často jak sami uznají za vhodné*“. Sedm respondentů se přiklání k tomu, že je to individuální: „*Je to individuální, některé partnerské dvojice spolu žijí společně v jednom pokoji, jiné bydlí odděleně, ale pravidelně se navštěvují, někteří mají přátele v jiném zařízení a setkávají se příležitostně na společných akcích.*“, „*Záleží, co si klient přeje a čeho je schopný, někteří žijí společně v jednom pokoji, někteří se navštěvují dle jejich přání a někteří mají své spíše kamarády (je to platonický vztah) v jiném zařízení, telefonují si, píší si a setkávají se na různých akcích.*“ Čtyři respondenti uvádí, že „jsou spolu v denním centru či stacionáři“.

Z uvedených komentářů lze shrnout, že situace je u každého člověka s MP a u každé partnerské dvojice zcela individuální. Některí lidé s MP, přestože mají příležitosti pro vzájemné vztahy a spolužití, je nechtějí, nebo nedospějí do stádia potřeby sexuálního kontaktu, partnerského vztahu či spolužití atp. U každého člověka s MP je zapotřebí zcela individuálního přístupu a adekvátní podpory tak, aby nebyl limitován vnějšími faktory, ale měl příležitost se v oblasti partnerských vztahů a sexuality sám svobodně rozhodovat a rozvíjet.

Dále nás zajímalo, **zda zařízení podporuje rodičovství osob s mentálním postižením**. Odpovědi respondentů jsou uvedeny v tabulce 40.

**Tabulka 40** Podpora rodičovství v zařízení (2005; 2020)

Podpora rodičovství osob s MP v zařízení		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	10	22
	Četnost v %	2,5 %	6,27 %
Ne	Četnost	339	329
	Četnost v %	85,0 %	93,73 %

Podpora rodičovství osob s MP v zařízení		Rok	
		2005	2020
Neuvedlo odpověď	Četnost	50	0
	Četnost v %	12,5 %	0 %
Celkem	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Respondenti mohli následně **zdůvodnit svoji volbu ohledně (ne)podporování rodičovství osob s mentálním postižením**. Jednotlivé odpovědi lze prezentovat v rámci několika tematických kategorií, které řadíme sestupně z hlediska četnosti odpovědí.

- **Neschopnost postarat se o dítě** (25 responsí) – „klienti nejsou schopni se o děti postarat adekvátním způsobem, vzhledem k jejich postižení by to byl velký stres a zátěž jak pro ně a případně dítě, tak i pro personál“, „Zásadně nesouhlasím s rodičovstvím u MP osob, nezvládají se postarat sami o sebe, natož se umět postarat o dítě. Dítě by pak skončilo v nějaké NRV. Považuji to za velmi nezodpovědné...“, „Tyto osoby nejsou schopny se o dítě řádně a plnohodnotně starat. Již zde byla tato zkušenost, klientka porodila dítě. To je momentálně v kojeneckém ústavu, klientka není schopna se starat a to ani s potřebnou podporou. Po porodu se psychický stav klientky velmi zhoršil. Dítě chce, ale pouze jako hračku, není schopna soustavné péče.“ Jeden respondent v tomto kontextu upozorňuje na riziko nezvládání emocí klientů: „Klienti, ač jsou schopni se o dítě postarat, nejsou schopni vždy správně zvládat své emoce. Při návalu vzteku či frustrace bývají agresivní. Výchova dítěte je psychicky náročná a v horším případě by následky pro dítě mohly být fatální.“
- **Zařízení není uzpůsobené péči o děti klientů s mentálním postižením** (24 responsí): „Naše zařízení nemá kapacitu, zkušenosti. Máme jednu uživatelku, která je maminkou, ale dítě nemá ve své péči. Je podporována v návštěvách a kontaktu s dítětem.“ „Rodičovství by znamenalo ukončení pobytu v naší službě, protože poskytujeme službu osobám starším 26 let. Každopádně v situaci, kdy uživatelé promýšleli o rodičovství, tak celá situace byla s nimi probírána.“
- **Nemožnost rodičovství vzhledem k věku klienta** (18 responsí) – Šestnáct respondentů uvádí vysoký věk uživatele: „jedná se o starší uživatele, kteří mít děti už nemohou“, „nemáme dvojice v produktivním věku“. Dva

respondenti uvádí naopak nízký věk klientů pro rodičovství: „větší část uživatelů je ve věku cca 16 let, o rodičovství zatím nepřemýšlí“.

- **Nemáme v zařízení partnerské dvojice** (16 odpovědí) – „v současné době nemáme v zařízení žádný partnerský vztah“, „nemáme dvojice, žádná se mezi našimi klienty nevytvořila – klienti s těžkým kombinovaným postižením“, „nemáme v zařízení partnerské dvojice, tento problém jsme nemuseli doposud řešit“.
- **Nemožnost rodičovství vzhledem ke stupni postižení** (14 odpovědí) – „jelikož je v našem zařízení převážná většina klientů s těžkou MR, nejsou jejich rozumové schopnosti a míra odpovědnosti dostačující k takovému zásadnímu kroku“, „osoby mají tak těžké postižení, že rodičovství nepřipadá v úvahu“.
- **Jedná se o jednopohlavní zařízení** (11 odpovědí) – „máme v zařízení jen samé muže“, „máme v zařízení jen ženy“.
- **Nepodporujeme rodičovství** (10 odpovědí) – „nejsem pro podporování rodičovství u OMP, zastávám kamarádství, přátelství, partnerství u OMP“, „Nepodporování. Myslím, že by měly osoby s mentálním postižením být vedeny k zodpovědnému partnerství a to hlavně z praktických důvodů. Z mých zkušeností se opravdu s velkým úsilím snaží zvládnout péči o sebe samotné.“
- **Nezájem o rodičovství ze strany klientů** (8 odpovědí) – „ze strany klientů není zájem o rodičovství“, „nedošlo to nikdy tak daleko“.
- **Řešíme to individuálně, rozhodnutí necháváme na nich** (8 odpovědí) – „S uživateli služeb je rozebíráný vztah a důsledky rodičovství. Volba je na nich.“, „O této problematice hovoříme s jedním párem, mají nyní nadefinováno, že nechtějí děti, mají strach z rodičovství, zodpovědnosti, finančního zabezpečení. Nyní spolu nežijí a v zařízeních, kde bydlí (oba v CHB, ale v jiných), nejsou zaregistrovány tak, aby v něm mohly žít i malé děti.“
- **Lidé s mentálním postižením mají právo na rodičovství** (7 odpovědí) – „mají na to právo, pokud chtějí“, „mají právo na rodičovství, ale měla by být předem velmi důkladná výchova“, „mají stejný nárok na založení rodiny jako my“.
- **Nemožnost rodičovství ze zdravotních důvodů** (5 odpovědí) – „v současné době v našem CHB nežijí lidé, kteří by chtěli či plánovali rodičovství, jejich zdravotní stav jim toto nedovoluje, význam rodičovství si neuvědomují“, „ne, dvojice je problematická i ze zdravotního hlediska...“.

- **Snažíme se podpořit rodičovství** (3 response) – „dokážeme si rodičovství, když už by na něj došlo, představit s tím, že bychom se pokusili páru v očekávání nalézt co nejvhodnější podporu (jiná služba, odborníci...), anebo bychom zkusili podporovat celou novou vznikající rodinu v rámci stávající služby“.
- **Omezená svéprávnost** (3 response) – „klienti mají opatrovníky, většinou jsou zbaveni či omezeni ZPÚ“, „klienti mají ve většině případů omezenou způsobilost k právním úkonům“.
- **Nemožnost mít potomka vzhledem ke sterilizaci** (3 response) – „klientka má podvázané vaječníky“, „klientka, které se to týká, prošla sterilizací“.
- **Riziko zplození potomka s mentálním postižením** (2 response) – „je zde velké riziko, že děti budou mít také mentální postižení“, „Myslím si, dítě těchto rodičů by bylo v naší společnosti terčem posměchu a velice by tím trpělo. Dále hrozí přenášení vad atd.“
- **Klientky berou antikoncepci** (2 response) – „všechny dívky berou antikoncepci“.
- Dva respondenti se **pozdrželi komentáře** – „pozdržím se komentáře“. Jeden respondent uvádí, že **nedokáže posoudit**.
- **Podporujeme vztahy klientů, kteří jsou již rodiči, formou návštěv** (1 response) – „někteří naši klienti jsou již rodiči a my nyní podporujeme jejich vztahy formou návštěv, jelikož spolu nežijí, jedná se o dospělé osoby“.
- **Rodiče jsou proti rodičovství svých potomků** (1 response) – „rodiče o tom odmítají diskutovat, bojí se, nedovolili by to“.
- **Klienti nejsou vedeni k rodičovství** (1 response) – „nevím o žádném vedení k rodičovství“.
- **Klienti si neuvědomují všechny důsledky rodičovství** (1 response) – „neuvědomování si všech důsledků“.

Dále nás zajímalo, **zda zařízení spolupracuje při realizaci podpory v oblasti sexuality a sexuální osvěty s rodinou uživatele**. Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v tabulce 41.

**Tabulka 41** Spolupráce zařízení s rodinou uživatele (2005; 2020)

Spolupráce s rodinou uživatele při realizaci podpory a sexuální osvěty		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	61	120
	Četnost v %	15,3 %	34,19 %
Ne	Četnost	278	231
	Četnost v %	69,7 %	65,81 %
Jiná odpověď	Četnost	60	0
	Četnost v %	15,0 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

V případech, že respondent označil v otázce spolupráce s rodinou uživatele odpověď „ano“ (120 respondentů), zajímalo nás, **jakým způsobem spolupráce probíhá a jaké jsou s ní zkušenosti**. Respondenti ve svých odpovědích uvádí nejrozličnější způsoby realizace spolupráce s rodinou uživatele a zkušenosti s ní. Rodině nejčastěji nabízí možnosti konzultací a poradenství, podporu při zvládání změn v souvislosti s dospělostí jejich potomka atp.: „Ano – je-li to možné a má-li rodina či konkrétní rodinný příslušník o spolupráci zájem = zverme je ke spolupráci, nabízíme poradenskou a konzultační činnost, nabízíme pomoc odborníků apod. Zkušenosti se spoluprací – to je velmi individuální = od té nejlepší, po tu nejhorší.“, „Bohužel většinou špatnou. Rodiče si nechtějí přiznat, že by jejich dítě mělo sexuální potřeby. Setkala jsem se s názorem, že je naším úkolem dítě (dospělého samozřejmě) ohlídat, aby nic špatného nedělal.“ Mnohá zařízení organizují semináře o sexualitě i pro rodiče uživatel: „jsou pro ně pořádány přednášky s odborníky, soukromé rozhovory a konzultace se sex. důvěrníky.... jde to pomalu, není jim příjemné se o tom bavit a nechtějí se tím moc zabývat“. Mnozí respondenti uvádí, že je často problematické u rodičů dokázat plně přijmout dospělost svého potomka: „Osvěta rodin. Většina považuje své dospělé členy za děti a nechtějí připustit, že mají o tuto oblast zájem. Snažíme se rodinám zprostředkovávat školení a informace.“, „S rodinou klienta spolupracujeme tam, kde klient pravidelně k rodině dojíždí a bylo by potřeba záležitostí řešit s lékaři (např. gynekologické vyšetření, předepsání antikoncepce) nebo pokud by bylo vhodné zakoupit nějakou erotickou pomůcku. I když je pro rodi-

nu těžké připustit si, že jejich dítě je dospělé a má své potřeby, prozatím jsme měli spolupráci dobrou – s rodičem jsme situaci probrali a došli k řešení.“

V případě, že respondent označil v otázce spolupráce s rodinou uživatele odpověď „ne“ (231 respondentů), zajímaly nás **důvody nespolupráce**. Ty přehledně prezentuje tabulka 42.

**Tabulka 42** Důvody nespolupráce zařízení s rodinou uživatele (2020)

Důvod nespolupráce zařízení s rodinou uživatele	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Většina rodin neudrhuje s klienty žádný kontakt	111	48,05 %
Rodina nemá zájem na spolupráci	35	15,15 %
Rodina udržuje s klienty kontakt, ale nemá zájem o spolupráci	22	9,52 %
Rodina si nepřeje sexuální osvětu klientů	22	9,52 %
Nevím, nedokážu posoudit	2	0,87 %
Vlastní odpověď	20	8,66 %
Neuvedlo odpověď	19	8,23 %
<b>Celkem</b>	<b>231*</b>	<b>100 %*</b>

\* Pozn. 100 % v této položce tvoří 231 respondentů, kteří v otázce spolupráce s rodinou uživatele uvedli odpověď „ne“.

*Vlastní odpověď* specifikovalo 20 (8,66 %) respondentů. Většinou uvádí jako důvod „*věk klientů*“, nebo že se na spolupráci s rodinou připravují po proškolení pracovníků: „*Nevíme si rady, potřebujeme proškolit v této oblasti. Poté budeme postupovat spoluprací s rodinou.*“ Někteří respondenti zdůvodňují nespolupráci tím, že „*zatím nenastaly takové problémy, které by bylo potřeba řešit s rodinou*“, nebo že „*rodina se domnívá, že sexuální život se jejich dětí netýká*“.

## Eventuální problematické aspekty sexuality a připravenost pracovníků na jejich řešení

V rámci čtvrtého dílčího cíle nás zajímaly eventuální **problematické aspekty v oblasti sexuality a připravenost pracovníků na jejich řešení**. Z hlediska specifikace míry připravenosti mohl respondent označit variantu ze stupnice na škále: *výborně připraven – připraven vcelku dobře – často jsem bezradný – spíše nepřípraven – zcela nepřípraven*.

**Tabulka 43** Testování hypotézy  $H_5$  – připravenost pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality (2005; 2020)

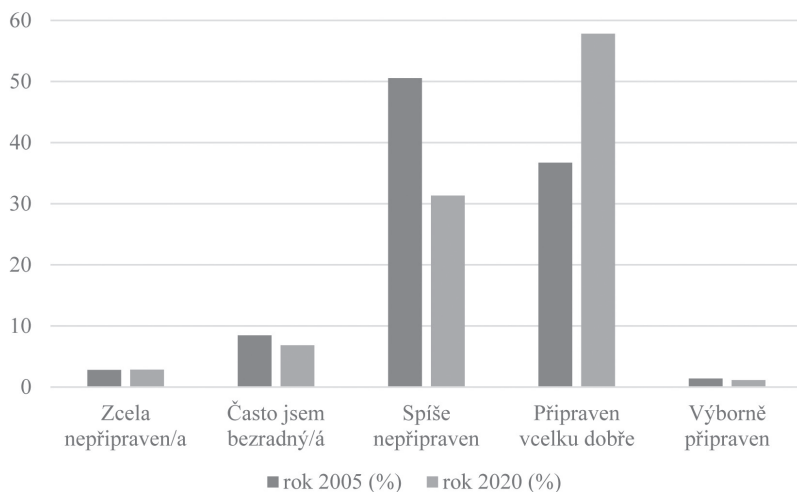
Připravenost pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality		Rok	
		2005	2020
Zcela nepřípraven/a	Četnost	10	10
	Četnost v %	2,82 %	2,85 %
Často jsem bezradný/á	Četnost	30	24
	Četnost v %	8,47 %	6,84 %
Spíše nepřípraven	Četnost	179	110
	Četnost v %	50,56 %	31,34 %
Připraven vcelku dobře	Četnost	130	203
	Četnost v %	36,72 %	57,83 %
Výborně připraven	Četnost	5	4
	Četnost v %	1,41 %	1,14 %
<b>Celkem</b>	Četnost	354	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Test nezávislosti (Mann-Whitney U-test):  $p = 0,0000$

Z tabulky 43 je zřejmé, že převážná většina respondentů (203; 57,83 %) se v roce 2020 cítí *připravených vcelku dobře*. Následně 110 (31,34 %) respondentů uvádí, že se cítí *spíše nepřípravených*. V roce 2005 se nejvíce respondentů cítilo *spíše nepřípravených* (179; 50,56 %), hned poté *připravených vcelku dobře* (130; 36,72 %). Zajímalo nás, zda mezi hodnocením připravenosti pracovníka v letech 2005 a 2020 existuje statisticky významná souvislost. Naše výzkumná hypotéza  $H_5$  byla formulována takto: **Existuje statisticky významný rozdíl v pocíťované připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality klientů mezi lety 2005 a 2020.**

Testování bylo provedeno prostřednictvím Mann-Whitneyova U-testu na hladině významnosti 0,05 (5 %). Vzhledem k tomu, že dosažená hladina testu je menší než 5 % ( $p = 0,0000$ ), nulovou statistickou hypotézu zamítáme. Získaná data tedy svědčí o tom, že spolu sledované faktory souvisí, tzn., v rámci zkoumaného souboru **existuje statisticky významný rozdíl v pocíťované připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality klientů mezi lety 2005 a 2020**. To lze velice přehledně vidět i z grafu 9.

**Graf 9** Připravenost pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality (2020; 2005)



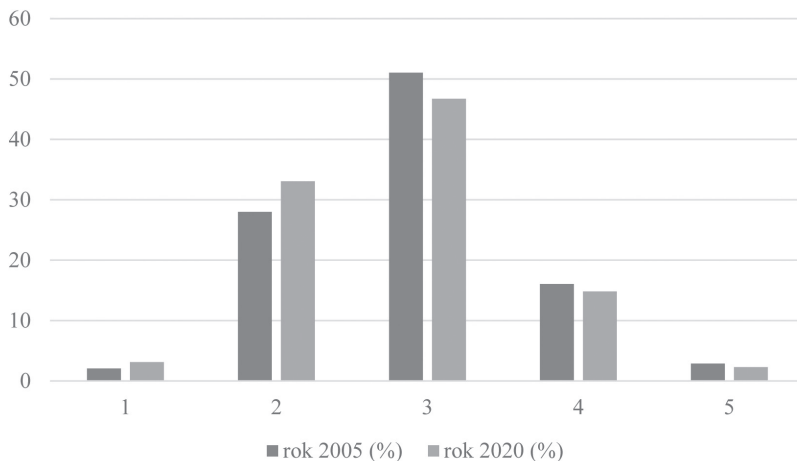
**Závěr k hypotéze  $H_5$ :** Prostřednictvím statistického testu byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v pocíťované připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality klientů mezi lety 2005 a 2020. Lze říci, že se opět jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem. Zatímco v roce 2005 volila většina respondentů (219; 61,85 %) kategorie *spíše nepřipraven – často jsem bezradný – zcela nepřipraven*, roce 2020 vybírala většina respondentů (207; 58,97 %) kategorie *připraven vcelku dobře – výborně připraven*.

Pracovníci měli současně svoji připravenost oznámkovat na stupnici od 1 do 5, tak jako ve škole. Jednotlivé odpovědi respondentů zaznamenává tabulka 44 a graf 10.

**Tabulka 44** Oznámkování připravenosti pracovníka (2005; 2020)

Oznámkování svojí připravenosti pro řešení případných problémů v oblasti sexuality		Rok	
		2005	2020
1	Četnost	5	11
	Četnost v %	2,06 %	3,13 %
2	Četnost	68	116
	Četnost v %	27,98 %	33,05 %
3	Četnost	124	164
	Četnost v %	51,03 %	46,72 %
4	Četnost	39	52
	Četnost v %	16,05 %	14,82 %
5	Četnost	7	8
	Četnost v %	2,88 %	2,28 %
Celkem	Četnost	243	351
	Četnost v %	100 %	100 %

**Graf 10** Oznámkování připravenosti pracovníka (2020; 2005)



Tabulka 45 prezentuje základní popisné charakteristiky oznámkování připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality za rok 2020. Průměrná známka v roce 2020 je 2,8, v roce 2005 byla 2,9.

V roce 2005 oznámkoval svoji připravenost poměrně nízký počet respondentů (243 z 399), proto základní popisné charakteristiky z roku 2005 v tabulce 45 neuvádíme.

**Tabulka 45** Oznámkování připravenosti – základní popisné charakteristiky (2020)

Statistická poloha	Hodnota
Průměr	2,79
Minimum	2
Maximum	4
Variační rozpětí	2
Rozptyl	0,44
Směrodatná odchylka	0,66
Medián	3
Modus	3

V návaznosti na připravenost pracovníka pro řešení případných problémů v oblasti sexuality uživatelů nás zajímalo, zda se respondenti ve své praxi s některými z nich skutečně střetávají. A pokud ano, tak jak často a s jakými.

Nejdříve jsme zjišťovali **frekvenci výskytu problémů souvisejících se sexualitou uživatelů** – viz tabulka 46.

**Tabulka 46** Frekvence problémů souvisejících se sexualitou uživatelů (2005; 2020)

Ve své praxi se s problémy souvisejícími se sexualitou uživatelů		Rok	
		2005	2020
Nesetkal/a	Četnost	38	58
	Četnost v %	9,5 %	16,52 %
Setkávám ojediněle	Četnost	69	89
	Četnost v %	17,3 %	25,36 %
Setkávám občas	Četnost	156	142
	Četnost v %	39,1 %	40,46 %
Setkávám poměrně často	Četnost	100	52
	Četnost v %	25,1 %	14,81 %

Ve své praxi se s problémy souvisejícími se sexualitou uživatelů		Rok	
		2005	2020
Setkává neustále	Četnost	26	10
	Četnost v %	6,5 %	2,85 %
Neuvedl odpověď	Četnost	10	0
	Četnost v %	2,5	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Je zajímavé, že v roce 2020 lze zaznamenat **snížení** počtu respondentů, kteří se s problémy v oblasti sexuality *setkávají poměrně často* (z 25,1 % v roce 2005 na 14,81 % v roce 2020) nebo *neustále* (z 6,5 % v roce 2005 na 2,85 % v roce 2020) a **zvýšení** počtu respondentů, kteří se s problémy v oblasti sexuality *nesetkali* (z 9,5 % v roce 2005 na 16,52 % v roce 2020) nebo *setkávají ojediněle* (z 17,3 % v roce 2005 na 25,36 % v roce 2020). Toto pozitivní zjištění může poukazovat na mnohé faktory. Např. na posuny v oblasti řešení problematiky, kdy se již mnohé problémy podařilo vyřešit, a proto již s nimi pracovníci nejsou konfrontováni. Mnohá zařízení již v dnešní době přistupují k problematice preventivně, tzn. problémy, které by bez tohoto přístupu nastaly, již nenastávají. Vliv mohou mít i změny v náhledu respondentů, kdy např. mnohé z toho, co vnímali v roce 2005 jako problém, již v roce 2020 jako problém nevnímají atp.

Respondenti mohli v další položce specifikovat **nejčastější problémy, se kterými se v praxi setkávají** – viz tabulka 47.

**Tabulka 47** Nejčastější problémy související se sexualitou uživatelů (2005; 2020)

Nejčastější problémy se sexualitou uživatelů, se kterými se respondenti v praxi setkávají		Rok	
		2005	2020
Masturbace klientů na veřejnosti	Četnost	171	73
	Četnost v %	33,86 %	27,65 %
Obtěžování ostatních klientů	Četnost	198	80
	Četnost v %	39,20 %	30,30 %
Obtěžování personálu	Četnost	58	10
	Četnost v %	11,49 %	3,79 %

Nejčastější problémy se sexualitou uživatelů, se kterými se respondenti v praxi setkávají		Rok	
		2005	2020
Obtěžování ostatních klientů i personálu	Četnost	0	10
	Četnost v %	0 %	3,79 %
Masturbace klientů na veřejnosti, obtěžování ostatních klientů	Četnost	0	2
	Četnost v %	0 %	0,76 %
Masturbace klientů ve společných nebo veřejných prostorách	Četnost	0	7
	Četnost v %	0 %	2,65 %
Nesetkal/a	Četnost	0	3
	Četnost v %	0 %	1,14 %
Jiná odpověď	Četnost	78	79
	Četnost v %	15,45 %	29,92 %
<b>Celkem</b>	Četnost	505	264
	Četnost v %	100 % *	100 % *

\* Pozn. Respondenti mohli uvést libovolný počet odpovědí. Proto 100 % odpovídá celkovému počtu responsí, ne celkovému počtu respondentů.

Jak v roce 2005, tak v roce 2020 jsou nejčastěji zastoupenými problémy „*obtěžování ostatních klientů*“ a „*masturbace klientů na veřejnosti*“, ve společných prostorách zařízení nebo za přítomnosti ostatních osob: „*masturbace ve společné místnosti za přítomnosti ostatních klientů*“, „*obnažování a masturbace na veřejnosti, agresivní vyústění frustrace*“. Poměrně velké množství respondentů uvádí „jinou odpověď“ (79; 29,92 %) a v rámci ní specifikuje poměrně široké spektrum problémového chování, se kterým se v praxi setkává: „*obtěžování ‚slabších‘ klientů ‚silnějšími‘ klienty; předsudky veřejnosti – především nedostatek pochopení pro přirozenou sexualitu našich klientů, obtěžování klientů veřejností, nedostatek možností pro postižené nalézt vhodného partnera, nepochopení veřejnosti – zaměňování projevů náklonnosti za potenciální sexuální útok...‘*“, „*zneužívání klientů mezi sebou, sex za úplaty (káva, plyšáci apod.)*“, „*obtěžování ostatních klientů*“. Někdy respondenti zmiňují i problémové chování klientů mimo zařízení: „*obtěžování cizích lidí*“, „*promiskuita mimo zařízení (přes seznamky na internetu)*“. V některých odpovědích se jako problém objevovala i „*citová nestálost*“, nebo to, že „*bývá fyzické uspokojení nadřazováno nad city*“. Zajímavým zjištěním bylo, že ještě i v roce 2020 uvádí někteří respondenti

jako problematické chování např. „masturbaci klienta na svém vlastním pokoji, nebo v koupelně“.

**Příčiny problémového chování** respondenti většinou spatřují v nena-  
plněné touze po partnerovi, nebo v neuspokojení sexuální potřeby: „agre-  
se vyvolaná neuspokojením sexuálních potřeb“, „agresivita vyvolaná  
neuspokojením potřeb, pozorování ostatních klientů např. na toaletě, při  
převlékání“, „nemožnost sexuálního vybití – napětí a agresivita“, „problé-  
mové chování vycházející ze sexuální frustrace“, „různé sexuální praktiky,  
vyhledávání pornografie, oslovení na sociálních sítích“, „otázka sexuální  
asistence, ‚papiňák‘ – dlouhodobé neřešení transsexualit u klienta, otázka  
deviantních projevů – pedofilie – ano či ne?“.

Dále nás v rámci výzkumu zajímalo, **zda respondent vidí obecně  
v oblasti sexuality osob s mentálním postižením nějaké problematické  
oblasti, které by bylo vhodné řešit**. Respondent mohl vepsat odpověď  
vlastními slovy. Některé z nich zde uvádíme: „Vyskytly se minulosti spíše  
etické problémy – jak zajistit plné soukromí (i bez vědomí asistentů), ne-  
dělení se klientů veřejně o prožitky, přenos informací domů, otázky, zda  
prožívaná sexualita je chtěná oběma partnery.“, „společnost není obecně  
připravená na to, že lidé s postižením mají tyto potřeby – lidé s postižením  
nemají dostatek podpory – od rodiny, od veřejnosti, od poskytovatelů slu-  
žeb – za lidi s postižením (zvláště v případech, že jsou omezeni ve svých prá-  
vech) často rozhoduje jejich opatrovník, rodinný příslušník... – který o jejich  
reálném životě ani mnoho neví – lidé s postižením si nejsou plně vědomi  
svých přirozených práv, nedokážou se sami hájit, jsou vysoce zranitelní  
a zneužitelní – neexistují vhodné vzdělávací programy pro lidi s různým  
druhem postižení – problematická otázka sexuální asistence – jestliže již  
existuje (zčásti) pro muže, je problematické toto řešit z hlediska ženy...“, „Ano.  
Nemáme zřízenou místnost na případné návštěvy, pokoje jsou většinou  
dvoulůžkové. Komunikace s rodiči (opatrovníky) ohledně sexualit klientů  
bývá také obtížná. Většinou si nechtějí připustit, že by jejich postižené dítě  
mělo žít sexuálním životem. Samotnou realizaci převážně u osob s hlub-  
ším a kombinovaným postižením také vnímám jako problematickou. Byla  
by potřeba pomoc profesionála – sexuální asistentky/asistenta.“, „Možná  
ve větší osvětě a větší možnosti výběru pomůcek k realizaci této osvěty. Mys-  
lím tím názorné časopisy, filmy, které by pracovníkům pomohly pracovat  
s pohledem klientů na partnerství a teprve pak s ním spojená sexualita.  
Určitě i prostory jsou problémem, protože naši klienti bydlí vždy po 2 v jed-

nom větším pokoji a nemají tedy potřebné soukromí.“ „nechtěné těhotenství, nezvládnutí pudu – projevy agrese“, „Podle mého názoru to klade vyšší nároky na práci pracovníků s klienty a na jejich osvětu a vzdělávání v oblasti sexuality. Pracovníci nemusí být vždy připraveni o tomto tématu s uživateli a dalšími kolegy otevřeně hovořit, případně mohou mít sami nějaké nevyřešené trauma v této oblasti.“ „Seznamky na internetu. Klientka své sexuální partnery vyhledává na internetu. Schází se s různými muži 1×, 2× týdně. Nepoužívají žádnou ochranu.“ „Zajištění skutečného soukromí (pro personál to může být ‚senzace‘, o které mluví dál – posunout sexualitu v mentalitě personálu jako něco, co je naprosto běžné a není potřeba o tom zvýšeně mluvit). Nedostatek externích odborníků.“

Poté jsme se respondentů dotazovali, zda existují **situace, při kterých pociťují nejistotu, jak jednat**. Respondenti uvádí množství situací, které jsme pro přehlednost kategorizovali do několika tematických oblastí.

- **Chování klientů na veřejnosti a k veřejnosti** – „když potkáme starší paní nebo pána a ona umožní klientovi, aby ji objal, postupně si zvyšují své hranice a pro klienta je to nebezpečné“, „při veřejném obtěžování cizích lidí“, „projevy přitulnosti a doteky mezi uživateli na veřejnosti“.
- **Reakce okolí** – „nepřiměřená reakce ‚veřejnosti‘ na nějaký (někdy i jen předpokládaný) projev našich klientů“.
- **Reakce rodičů:**
  - **Odmítání přijetí sexuality svého potomka** – „Asi reakce rodičů klientů, kteří odmítají přijmout, že jejich dospívající a dospělé děti mají sexuální potřeby. Berou je stále jako malé děti.“
  - **Tendence rozhodovat za svého potomka v oblasti vztahů a sexuality** – „Rodiče dvou klientů se dohodli, že jejich děti spolu budou ‚chodit‘, ti jsou ale očividně nespokojení, ale nemohou/bojí se ‚chodit‘ s někým jiným, protože by to rodiče neschválili. Jeden z těchto ‚děti‘ projevuje náklonnost jinému a máme tu tzv. milostný trojúhelník s tím, že jeden z nich z toho má pravděpodobně vážné zdravotní problémy. Rodiče nejsou změnám přístupní.“
- **Rozdílný přístup personálu a rodičů v oblasti vztahů a sexuality** – „přístup k problematice vztahových záležitostí – náhled (postoj) rodičů – opatrovníků klienta je rozdílný od přístupu personálu k těmto záležitostem“.

- **Komunikace o sexualitě s rodinou klienta** – „komunikace o sexualitě spíše s rodinou uživatele (problematická)“.
- **Spolupráce s veřejnými opatrovníky v oblasti sexuality** – „ne, spíše metodika pro veřejné opatrovníky, jak spolupracovat se zařízeními a jak pracovat v této oblasti“.
- **Nalezení vhodného partnera** – „hledání vhodného sexuálního partnera pro uživatele s kombinovaným postižením“.
- **Neschopnost naplnění sexuálních potřeb** – „Snad jen situace, kdy klient nedokáže dosáhnout vrcholu – pocit uspokojení a masturbací tudíž tráví velkou část dne. Nejsem v žádném případě pro asistenci, ale spíše přemýšlím nad vhodným řešením.“, „když chtějí sehnat partnera na sex“.
- **Soukromí pro sexuální projevy mezi klienty** – „Když se ve společenské místnosti vzájemné dotýkání klientů začíná projevovat více sexuálně – nemáme místnost, kde by mohli být sami.“
- **Sdílení sexuálních zážitků klientů veřejně s ostatními** – „Rodina klienta, jednou za čas, platí sexuální asistentku. Klient v zařízení se chce neustále bavit o zážitcích, které prožil se sexuální asistentkou. Ostatním klientům a personálu je to nepříjemné. Dohodnuto s klientem, že bude své zážitky řešit pouze s jednou zaměstnankyní v soukromí kanceláře. Klient vyžaduje, aby si určité zaměstnankyně udělaly kurz sexuální asistentky, aby pak mohl využít jejich služeb.“
- **Problémové a agresivní sexuální chování klienta** – „jistě ano, obzvláště pokud se projevy sexuality objevují ve formě agresivního či problémového chování apod. a nelze přesně specifikovat“, „kdy je obtěžování jiného klienta zralé na zavolání PČR“, „přetlak emocí – výkřiky, hrození“.
- **Zvýšený sexuální pud uživatelů.**
- **Fabulace klientů** – „Někteří klienti fabulují, často se nedaří zjistit, kde je pravda. Je třeba pokládat otázky z více úhlů pohledu. Nejistota se občas objevuje při jednání s klientem s duševní poruchou. Člověk neví, jak bude reagovat, aby se neprojevila fyzická agresivita.“, „stalo se mi, že klientka nahlásila sexuální obtěžování od jiného klienta a pak se ukázalo, že si to vymyslela, protože se jí jen líbil a ona nevěděla, jak ho má upoutat“.
- **Riziko zneužitelnosti, využívání** – „když vidíme my, pracovníci, že partner klientky je pro ni nevhodný, využívá ji, nechá ji „spálit se“, když je nepoučitelná“, „Pokud dva klienti spolu udržují intimní kontakt a každý

je výrazně na jiné mentální úrovni. Hrozí tam manipulace a možnost zneužívání jednoho z nich.“

- **Výrazně rozdílná úroveň intelektu partnerů** – „při výrazně rozdílném intelektu uživatelů, při rozdílném očekávání od rodičů se vztahu“, „pokud jsou sexuální partneři na výrazně rozdílné mentální úrovni, je otázka, zda jeden z partnerů není ve vztahu manipulován“.
- **Riziko zneužívání, obtěžování** – „obvinění klienta klientkou (klientem) ze sexuálního nátlaku, zneužívání...“.
- **Zvýšený zájem ve vztahu k pracovníkům, narušení intimní zóny pracovníků** – „když vnímám náklonnost některého klienta k mé osobě, nicméně ji nevysloví, pouze vyhledává každou možnost být v mé přítomnosti“, „při sexuálních narážkách ze stran klientů vůči pracovníkům“.
- **Stanovení hranic mezi pracovníkem a uživatelem v rámci sexuálního poradenství** – „nejistota nastává ve chvíli, kdy je třeba vydefinovat, zdali nejsem pro uživatele objekt jeho sexuální touhy nebo aby nedošlo k nepochopení hranic (otázka – profesionality – poradce, důvěrník, ne partner)“.
- **Poskytování podpory v oblasti sexuality páru uživatelů** – „Ano, máme klienta a klientku, kteří tvoří pár. Prozatím nevíme, jak si s otázkou sexuality poradit, jak s nimi o této problematice mluvit.“
- **Komunikace s klientem o sexuálních aktivitách** – „klienti chtějí mít pohlavní styk a nevědí, jak na to“, „téma sexuálního života klientů“.
- **Zastížení klienta při sexuální aktivitě** – „načapání klientů při aktu“.
- **Sexuální edukace klientů se závažnějšími stupni postižení** – „nedáří se vysvětlit klientovi s těžkým stupněm postižení a problematickým chováním, aby své sex. aktivity vykonával pouze v soukromí /naopak pokud není uspokojen, je agresivní/“.
- **Používání ochranných pomůcek a prostředků u párů stejného pohlaví** – „pokud jde o homosexuální partnerství, zda a jak správně používat ochranné pomůcky a prostředky“.
- **Promiskuita klientů** – „občas cítím nejistotu, když se mi klient svěří, že má intimní vztah s více partnerkami, protože si uvědomuji případná zdravotní rizika pro všechny zúčastněné“, „střídání sexuálních partnerů“.
- **„Narážky“ klientů na sexualitu ostatních uživatelů** – „Určitě v případech, kdy klient nezvládá své chování a reaguje tak na provokace spolubydlíciho, které se týkají jeho partnerství a třeba jeho sexuálních projevů.“

*Je potřeba nejdřív zklidnit situaci a nikdy nevím, jak se dál bude tato vyvíjet. Často to je pro klienta bolestné.“*

- **Nemožnost posunout vztah klientů „dál“** – „Vadí mi, že soudy rozhodují tak, že neumožní uzavřít partnerství klientů s mentálním postižením – jednalo se o LMP až středně těžké MP, tak jsme se rozhodli uskutečnit jako svatbu se všemi náležitostmi, ale svazek je neplatný. Klienti to vědí.“
- **Množství sporných oblastí** – „napadá mě jich spousta, původním povoláním jsem právník“, „nejistotu pociťuji vždy, protože proti profesionálnímu a racionálnímu hodnocení stojí vždy přirozené instinkty konkrétního člověka, jeho právo na špatná rozhodnutí, právo nést následky, jedná se o velmi intimní prostor někoho jiného, každý krok může mít fatální důsledky i pro nově narozeného člověka atd.“, „Vždy pociťuji nejistotu, protože neexistuje jediná jistá cesta. Je nutno hledat různé formy, metody, cesty práce s klientem.“
- **Nevím o takové oblasti** – „žádná situace mne nyní nenapadá“, „zatím jsem neřešila“.
- **Sporné situace řešíme s odborníky, se sexuálním důvěrníkem** – „sporné situace máme ojediněle, tyto řešíme se sexuálním důvěrníkem – speciálně vyškolený pracovník přímo na pracovišti nebo s garantem pro tuto oblast“, „vše konzultujeme s nezávislými odborníky“.

V některých odpovědích se objevoval i **sexuální pud uživatelů**. Na tuto oblast byla zaměřena samostatná položka dotazníku. Respondent mohl vyjádřit svůj pohled na intenzitu sexuálního pudu uživatelů výběrem z nabídky: snížený – zvýšený – stejný jako ostatní. Zastoupení jednotlivých odpovědí předkládá tabulka 48.

**Tabulka 48** Sexuální pud uživatelů pohledem respondenta (2005; 2020)

Sexuální pud uživatelů pohledem respondenta		Rok	
		2005	2020
Snížený	Četnost	59	92
	Četnost v %	14,8 %	26,21 %
Zvýšený	Četnost	96	22
	Četnost v %	24,1 %	6,27 %
Stejný jako ostatní	Četnost	214	237
	Četnost v %	53,6 %	67,52 %

Sexuální pud uživatelů pohledem respondenta		Rok	
		2005	2020
Nedokážu posoudit	Četnost	17	0
	Četnost v %	4,25 %	0 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	13	0
	Četnost v %	3,25 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Z tabulky 48 je patrné, že nejvíce respondentů jak v roce 2005 (214; 53,6 %), tak v roce 2020 (237; 67,52 %) se domnívá, že uživatelé mají *stejný sexuální pud jako ostatní*. Zajímavé je, že od roku 2005 se téměř o 18 % snížil počet respondentů, kteří se domnívají, že osoby s MP mají *sexuální pud zvýšený* (6,27 %) a o téměř o 12 % se zvýšil počet respondentů (26,21 %), kteří se domnívají, že uživatelé mají *sexuální pud snížený*. Lze se zamýšlet, zda existují faktory, se kterými by mohla tato situace souviset. Nabízí se jich hned několik. První z nich může být to, že od roku 2005 se výrazně zvýšily možnosti soukromí klientů – viz *Tabulka 14 Počet obyvatel zařízení – základní popisné charakteristiky (2005; 2020)*. Proto mnohé ze sexuálních aktivit již nejsou zaznamenávány ve srovnání s tím, jak tomu bylo dříve, kdy klienti bydleli na pokojích např. po pěti a byli tak většinou pod čtyřiašestihodinovou „kontrolou“ někoho z okolí. Může to souviset i s tím, že jsou již důsledněji ošetřena pravidla týkající se např. soukromí při masturbaci a zaměstnanci již sexuální aktivity nezaznamenávají tak jako v době, kdy pravidla ošetřena nebyla. Nebo to může souviset i s tím, že klienti jsou již o 15 let starší a v důsledku toho se mohla snížit i priorita sexuálních potřeb atd.

Často se v dotaznících objevovaly i **obavy z otěhotnění**. V samostatné položce jsme proto zjišťovali, **jakým způsobem je v zařízení ošetřena problematika možného otěhotnění**.

**Tabulka 49** Antikoncepce uživatelů v zařízení (2005; 2020)

Antikoncepce uživatelů v zařízení		Rok	
		2005	2020
Ano	Četnost	208	271
	Četnost v %	52,1 %	77,21 %
Ne	Četnost	90	66
	Četnost v %	22,6 %	18,80 %
Nevím	Četnost	0	4
	Četnost v %	0 %	1,14 %
Jiná odpověď	Četnost	0	10
	Četnost v %	0 %	2,85 %
Neuvedlo odpověď	Četnost	101	0
	Četnost v %	25,3 %	0 %
<b>Celkem</b>	Četnost	399	351
	Četnost v %	100 %	100 %

Z tabulky 49 je patrné, že nejvíce respondentů jak v roce 2005 (208; 52,1 %), tak v roce 2020 (271; 77,21 %) označilo odpověď **„ano“**, tedy že mají v zařízení problematiku možného otěhotnění ošetřenu. Následně 88 (25,07 %) z nich (v roce 2020) specifikovalo, že *„všechny dívky, které mají partnerský vztah, užívají antikoncepci“*. Stejný počet respondentů (88; 25,07 %) uvádí *„injekce“*, 56 (15,96 %) respondentů *„orální antikoncepci“*, 22 (6,27 %) respondentů *„kondom“* a 17 (4,84 %) respondentů uvádí, že *„všechny dívky v zařízení berou antikoncepci“*. Odpověď **„ne“** zvolilo 66 (18,80 %) respondentů. Čtyři (1,14 %) respondenti označili odpověď **„nevím“** a 10 respondentů uvedlo **„jinou odpověď“**.

Mnoho respondentů svoji odpověď doplnilo vysvětlujícím komentářem.

Pokud odpověděli „ne“, tedy že danou oblast v zařízení neřeší, tak dále specifikovali, z jakého důvodu. Většinou uvádí, že nemají žádné dvojice, nebo že jsou nekoedukovaným zařízením, nebo mají klienty vyššího věku či se závažnějším postižením.

Pokud odpověděli „ano“, tedy že danou oblast v zařízení řeší, tak zdůrazňovali, že se jedná o individuální záležitost odvíjející se od rozhodnutí konkrétního klienta a dále upřesňovali, o jakou antikoncepci se konkrétně jedná: *„volba je na straně klientů, zda antikoncepce, kondom nebo něco“*.

jiného". Doplnili: „pomáháme klientům přistupovat k sexu zodpovědně a pokud nechťejí děti, tak jim pomůžeme s vhodnou antikoncepcí“, „v případě klientek s omezenou svéprávností je toto plně v kompetenci opatrovníků, v případě plné svéprávnosti klientek je toto čistě na nich – zasahujeme pouze v případě, kdy se na nás klientka obrátí s žádostí o radu či pomoc“, „Snažíme se otevírat otázky rodičovství a upozorňujeme na nemožnost využívat nadále naše CHB. Někteří rodiče/opatrovníci však automaticky v našem zařízení volili antikoncepci, jen pro případ“. Někteří respondenti dále upřesňovali, že uživatelky mají antikoncepci i ze zdravotních důvodů: „antikoncepci nebo injekce mají některé klientky předepsanou i z jiných důvodů než předcházení těhotenství“. Mnozí respondenti při volbě antikoncepce zdůrazňovali vzájemnou spolupráci klienta, opatrovníka, rodiny a lékaře: „pracujeme vždy zásadně individuálně, po dohodě s klientem, za podpory odborníků, opatrovníka, po zvážení zdravotního stavu konkrétního klienta apod.“, „O způsobech antikoncepce individuálně hovoříme s klienty, kteří sexuálně žijí. O vhodnosti antikoncepce rozhodují jejich rodiče, popř. opatrovníci. Bohužel se setkáváme, kdy se klientka nechrání vůbec a její střídání sexuálních partnerů může ohrozit zdraví nejen její, ale klientů zařízení a budoucích sexuálních partnerů.“, „doporučíme antikoncepci – konzultace klient s lékařem“, „řeší se individuálně s rodinou, opatrovníkem“.

V rámci výzkumu nás dále zajímalo, **zda se respondent setkal při řešení problematiky vztahů a sexuality s nějakými chybami, mylnými postupy (ať už u sebe, svých kolegů či v jiných zařízeních)**. Jednalo se o nepovinnou otázku s možností volné odpovědi. Jednotlivé response byly pracovně rozděleny do tří kategorií: ano – ne – nevím, nedokážu posoudit. Nejvíce, 73 responsí, je zařazeno v kategorii „**ne**“, tedy že se respondent s chybami či mylnými postupy ve své praxi nesetkal: „za dobu své praxe jsem se nesetkala s chybným postupem při řešení sexuality“, „zatím jsem se nesetkala“. Nejméně, 20 responsí, je zařazeno v kategorii „**nevím, nedokážu posoudit**“: „nevím, nemůžu posoudit“, „po dobu mé praxe jsem se s řešením otázek sexuality u klientů setkala jen okrajově, nebyla jsem doposud proškolená“, „zatím jsem neměla v praxi moc příležitostí se touto problematikou zabývat“. Sedmdesát responsí je zařazeno v kategorii „**ano**“, tedy že se respondent s chybami či mylnými postupy v oblasti sexuality uživatelů ve své praxi setkal. Respondenti (70 responsí) uváděli nejrůznější příklady, které lze kategorizovat do následujících tematických oblastí.

- **Tabuizace problematiky** – „tabuizace a popírání sexuality, odsuzování klientů za nevhodné sexuální chování – setkala jsem se v jiných zařízeních“.
- **Předsudky pracovníků** – „většinou s předsudky svých kolegů“.
- **Přesvědčení o asexualitě člověka s MP** – „zatím jsem se setkala s podle mě mylným přesvědčením, že někteří uživatelé jsou zcela asexuální – že nemají vůbec žádné sexuální potřeby, ani potřebu blízkého kontaktu a také s názorem, že většina z nich vůbec nebere své vztahy vážně a že jde spíše o kamarádství, což podle mého názoru nemusí být vždy pravda“.
- **Tlumení sexuality klientů** – „ano – v jiném zařízení, studené sprchy, fyzicky náročné aktivity ve snaze unavit klienta, aby tzv. neměl roupy“, „ano, právě v minulosti (cca 13 let zpět) – zakazování masturbace jako něčeho špatného“.
- **Potlačování projevů sexuality** – „křičení na klienty místo vysvětlování“, „někdy potlačování projevů sexuality klientů personálem“.
- **Zakazování sexuálních projevů osob s MP** – „zakazování sexuálních projevů, medikace“.
- **Přehlížení problematiky sexuality** – „některá zařízení s touto problematikou doposud nepracují aktivně, tváří se, jako by se jich tato oblast netýkala“.
- **Nerespektování potřeb klientů** – „netolerance partnerských vztahů“, „nevhodný způsob práce s klientem, ignorace, přehlížení“, „postižení nemají právo na partnerství a sexualitu“, „setkala jsem se s ignorováním sexuálních potřeb klientů“, „nerespektování klienta jako svéprávné osoby v oblasti sexuality, omezování sexuálních projevů u klientů, nekomunikace“.
- **Nevzdělanost v této oblasti, zastaralé pohledy na řešení problematiky** – „nevzdělanost v této oblasti a zastaralé pohledy na tuto oblast“, „Odmítání řešit tento problém – nejčastěji ze strany rodiče. Někteří zaměstnanci mohou mít zábrany problém řešit a není dobré je do toho nutit, je však nutno je učit respektovat.“, „Personál si myslel, že klienti s postižením nemají sexuální touhy. Takže změna myšlení určité části personálu. Kárání klientů za masturbaci. Vstupování klientům do pokoje při masturbaci, či pohlavním styku. Zakazování klientům si zamknout pokoj. Zakazování klientům si pozvat návštěvu – vše se řeší osvětou personálu.“, „snaha o přerušení sebeukájení, která vedla k agresi klienta pro nedokončení uspokojení“.

- **Dřívější přístup k sexualitě osob s MP** – „V dřívějších dobách se většina pracovníků neztotožňovala s tím, že i MP postižení lidé mají své sexuální potřeby a dost nevhodně je za to potírali, to vedlo k jejich agresivitě. Nikdy se mi to nelíbilo, proto jsem klientům umožňovala své potřeby vykonat. Doporučovala jsem jim, aby šli na WC, nebo jsem je zamkla v pokoji, aby jim tam nechodili ostatní klienti. V minulosti totiž neexistovalo, že by měl klient klíč od svého pokoje. Neměli žádné soukromí.“, „někteří z klientů k nám chodí s historií zákazu sexuálního projevu a hrozeb (budeš mít chlupaté ruce, pokud budeš masturbovat)“.
- **Ostych s klienty o sexualitě hovořit** – „stud o těchto věcech s klienty hovořit“, „špatně vyložená agresivita zaměřená na jednu konkrétní pracovníci, spíše se jednalo o zájem, který neuměl klient vyjádřit jinak než agresí“, „spíše, že pro některé kolegy je nepříjemné o této oblasti mluvit“.
- **Nedostatek vzdělaných zaměstnanců na řešení otázek sexuality** – „pracovat s tímto tématem by měl odborník vyškolený“, „sexuální výchova není dostatečná – chybí erudovaný pracovník“.
- **Tlak na pracovníky akceptovat sexualitu člověka s MP** – „všichni se snaží vše akceptovat, i když jim to není úplně podle jejich chuti“.
- **Zasahování do rozhodování o sexuálním životu uživatelů** – „Uživatelé by nejraději zakázali masturbaci a sexuální styk kvůli zašpiněné podlaze, což se následně po rozhovoru vyřešilo. Občas se objevují tendence zasahovat do rozhodnutí uživatelů pokračovat v partnerství i při nevěře.“
- **Podporování klamných iluzí** – „podporování klamných iluzí“.
- **Nestanovení hranic v oblasti sexuality** – „Ano setkala. Např. když pracovníce dovoluji intimnější dotyky klientům s postižením a nereaguji adekvátním způsobem. Zakazování masturbace apod.“
- **Tolerování sexuality za každých okolností** – „určitě ano, a to formou tolerance“, „sexuální témata před ostatními klienty, kteří nemají zájem o sexualitu zájem či je jim to nepříjemné“, „masturbace kdekoliv je ok“.
- **Některé způsoby řešení problematiky sexuality** – „nelíbí se mi samotná místnost pro sexuální chvíle, jsem pro sdílení pokoje obou partnerů“.
- **Široké spektrum chyb a mylných postupů v oblasti sexuality uživatelů** – „ano, od ignorace a přehlížení až po zcela nevhodně volený postup práce s klientem“.

Vidíme, že se i v roce 2020 stále objevuje množství témat, které je zapotřebí nadále řešit. Obecně však lze konstatovat, že v dotaznících z roku 2020 se problematické oblasti sexuality osob s MP objevovaly méně často než v dotaznících z roku 2005. V roce 2005 hovořili respondenti mnohem častěji o nejrůznějších problémech v souvislosti se sexualitou uživatel, nestálostí ve vztazích, deviantními projevy, exhibicionismem, se sexuálními aktivitami na veřejnosti, se sexuální agresí apod. V dotaznících z roku 2020 se tyto problematické aspekty objevují méně často. To je zajímavé zjištění, které může poukazovat na mnohé aspekty. Jednak na to, že se této problematice již praxe dlouhodoběji věnuje a v důsledku vhodně poskytované podpory se mohla snížit četnost problémů v souvislosti se sexualitou osob s MP. Na druhou stranu svoji roli zde může hrát také to, že se celkově změnil přístup a životní podmínky osob s MP. Většina z dříve popisovaných problémů v souvislosti se sexualitou osob s MP souvisela, často více než s mentálním postižením, s prostředím, ve kterých tito lidé žili a s nestandardními životními podmínkami a zkušenostmi získanými v průběhu života. Jedinec s MP nejednou vyrůstal v prostředí, ve kterém chyběly běžné sociální vzorce, příležitosti k navazování a vytváření partnerských vztahů apod. Častokrát tedy šlo více o „problém“ institucionálního prostředí, než o „problém“ související se sexualitou osob s MP. V současné době již respondenti tyto faktory rozlišují a nepojí nejrůznější specifika prioritně s mentálním postižením, nebo se sexuálními deviacemi. Rozlišují situace, které jsou opravdu problematické od těch, které se dají, při vhodné podpoře a případném odstranění problematických faktorů, bez problémů zvládnout. Ve většině zařízení je také již mnohem důsledněji daná problematika ošetřena a jsou jasněji specifikována pravidla řešení konkrétních situací. Zaměstnanci mají možnost jednotlivé sporné oblasti konzultovat nejen v rámci pracovních týmů v zařízení, ale i s dalšími odborníky. To všechno lze považovat za pozitivní posuny, které mohou mít vliv na zaznamatelné snížení výskytu problematických aspektů v oblasti sexuality osob s MP v praxi.

## Změny v řešené problematice za posledních 15 let

V rámci pátého dílčího cíle nás zajímaly **proběhlé změny v oblasti přístupu k problematice sexuality klientů v zařízení za posledních 15 let**. Zjišťovali jsme, zda se respondenti domnívají, že nějaké změny v dané oblasti nastaly.

**Tabulka 50** Změny v oblasti partnerství a sexuality osob s MP před 15 lety a dnes (2020)

<b>Změny v oblasti partnerství a sexuality osob s mentálním postižením před 15 lety a dnes</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano	238	67,81 %
Asi ano	13	3,70 %
Asi ne	3	0,85 %
Ne	22	6,27 %
Nevím, nedokážu posoudit	52	14,82 %
Jiná odpověď	23	6,55 %
<b>Celkem</b>	<b>351</b>	<b>100,0 %</b>

Z tabulky 50 je patrné, že převážná většina (238; 67,81 %) respondentů označila odpověď „ano“, tzn., že zaznamenává změny v oblasti partnerství a sexuality osob s postižením před 15 lety a dnes. Třináct (3,70 %) respondentů uvádí, že „asi ano“, 3 (0,85 %) respondenti se domnívají, že „asi ne“, 22 (6,27 %) respondentů se domnívá, že „ne“. Padesát dva (14,82 %) respondentů uvádí, že situaci není schopno posoudit a 23 (6,55 %) respondentů uvádí „vlastní odpověď“.

Respondenti mohli dále svoji odpověď odůvodnit. Některé z jejich výpovědí jsou uvedeny v dalším textu a dokreslují tak výstižně reálnou situaci v oblasti změn v řešené problematice. V případě, že se určité výroky vyskytují častěji nebo je bylo možné považovat za podobné, jsou prezentovány skupinově s uvedením počtu respondentů, kteří se takto shodují.

K odpovědi „**ano**“, tedy že změny nastaly, se přiklonila převážná většina respondentů (238; 67,81 %): „ano“ (118 responsí), „určitě ano“ (3 response), „rozhodně ano“ (2 response), „určitě“ (2 response), „ano – stále se tato oblast rozvíjí“, „určitě ano a rozhodně k lepšímu“, „ano, proběhly“, „ano, rozhodně

proběhly“, „ano, velké“, „jo“, „určitě proběhly, ale nedokážu přesně popsat, nejsem zaměstnancem tak dlouho“, „rozhodně ano, rozšíření tématu“.

Respondenti uvádí změny v nejrůznějších oblastech. Pro přehlednost jsme jednotlivé oblasti kategorizovali dle nejvíce akcentovaného prvku změny.

### **Dříve tabu, dnes se o problematice hovoří a řeší se:**

- „Ano, dříve se o sexualitě nemluvalo“, „ano, dříve se sexualita neřešila“, „ano, dříve to bylo tabu“, „ano, o sexualitě se otevřeně hovoří a pracuje se s ní“, „ano, dříve se tak moc se sexualitou nepracovalo, v současné době je této problematice věnována větší pozornost“, „ano, otevřené řešení problémů, plné přiznání práva uživatelů na vlastní sexualitu“, „ano, otevřené řešení problémů“, „ano, pokrok vpřed“, „ano, posun je, více se o tom hovoří, můžou spolu bydlet“, „ano, téma je odtabuizováno, zejména u mladších kolegů a rodičů je možné hovořit otevřeně“, „ano, velké více se o tom hovoří s klienty i personálem“, „ano, více se o ní mluví, řeší se“, „ano, dříve byla sexualita tabu“, „ano, partnerství, sexualita u osob s postižením se vyvíjí, více se o ní mluví než dříve“, „Ano, sexualita byla u osob s mentálním postižením zavrhována. Posun vnímám velmi.“, „Ano, změnil. Dříve byla tabuizována i masturbace, bylo to téma, o kterém se nemluvalo.“, „dříve se tato sexuální výchova neškolila, ani se o ní mnoho nemluvalo“, „Sexualita byla dříve chápána jako tabu, o kterém se nemluví a snad ani neexistuje. Nyní ji bereme jako samozřejmost a snažíme se s ní pracovat mluvením, osvětou...“

### **Osvěta, více informací:**

- „Ano, velká osvěta.“, „ano, větší osvěta uživatelů“, „ano, větší informovanost klientů i personálu“, „ano, je k dispozici více informací“, „dnes je větší osvěta“, „určitě proběhly, zvýšila se osvěta v tomto směru“.

### **Supervize, školení, kurzy a vzdělávání jak pro pracovníky, tak klienty:**

- „Ano, školení pracovníků“ (5 responsi), „proběhlo školení“ (2 response), „proběhlo školení zaměstnanců a odborný výklad o sexualitě pro klienty“, „ano – školení“, „ano, kurzy v oblasti sexuality“, „ano, proběhlo několik školení“, „ano, větší vzdělanost personálu v této problematice“, „ano, více školení, vzdělávání pro zaměstnance, volnější atmosféra“, „ano, zaměstnanci se pravidelně v této oblasti vzdělávají“, „ano, proběhly díky

proškolení v této oblasti“, „ano, proškolení pracovníků, osvěta uživatelů“, „ano, sexualitou se zabýváme podrobněji, na vzdělávání v této oblasti je kladen větší důraz“, „Ano. Většina pracovníků absolvovala kurz sexualita a vztahy lidí s postižením. Někteří i návazný kurz.“, „Ano, sexualita se řeší otevřeně a zaměstnanci jsou proškolení, což dříve nebylo. Dříve se řešily následky sex. jednání, dnes jednáme spíše preventivně, snažíme se o osvětu a informovanost uživatelů, pracujeme s riziky.“, „Školení zaměstnanců, ze strany klientů ne“, „proškolení, víkendové kurzy, Protokol sexuality“, „určitě – především vzdělávání pracovníků v sociálních službách“, „určitě, více seminářů a více se o této problematice mluví“, „Určitě, klienti dospěli a sexuální potřeby se začaly projevovat. Případy, kdy si nevíme úplně rady, konzultujeme se specialistou.“, „Více se o tématu sexuality klientů mluví mezi personálem na poradách, supervizích. Kolegyně se zajímají o kurzy z oblasti sexuality lidí s postižením. Více otevřeně o sexualitě mluvíme s klienty (avšak stále ne v rámci pravidelné osvěty, ale pokud to situace vyžaduje).“, „více znalostí, zkušeností“, „rozhodně ano, školení zaměstnanců, už několik let máme protokol sexuality“.

### **Změny v postojích pracovníků:**

- „Ano, větší otevřenost k tématu, školení, rovněž generační obměna personálu udělala své“, „větší otevřenost personálu, podpora rodiny, konzultace s odborníky, vedení uživatelů k intimitě“, „Asi nejvýznamnější změnou v této problematice i jiných situacích je to, že klienti i se svými potřebami zestárlí o 15 let. A jako u ostatních i zde je naprosto přirozené, že určité míra, schopnost či dispozice s věkem se mírní či není tak intenzivní. Další změna je v přístupu zaměstnanců i celkového mínění okolí, vše se vyvíjí a snad v možnostech a duchu vyspělosti a humanity.“, „ano, dříve jsme pracovali především s dětmi, nyní máme mladé dospělé a musíme se otázkou sexuality zabývat“, „individuálnější přístup“, „je v této oblasti vyškolených mnohem víc zaměstnanců, přijímání sexuality je už pro nás zažitým principem, nemusíme se do tohoto postoje nutit :-“), „náhled pracovníků, rodičů/opatrovníků na sexualitu lidí s postižením se mění; větší osvěta, semináře, literatura, filmy... je to mnohem lepší“, „postupné otevření tématu sexuality u klientů a zaměstnanců, školení zaměstnanců, otevřenost a partnerský přístup namísto tabuizace a direktivního přístupu“, „problematiku jsme začali vnímat jako důležitou“,

„před 10 lety jsme nepracovali nijak cíleně v této oblasti s klienty služeb; nyní je tomu naopak“, „zcela odlišný přístup zaměstnanců, ale stále není fáze změn myšlení zaměstnanců ideální“, „změny jsou kontinuální, postupně se vzděláváme a zavádíme nové poznatky do praxe“, „určitě ano, zejména v přístupu pracovníků v této oblasti a to k lepšímu“, „ano, stále víc je organizace otevřená řešit tuto otázku“.

### **Koedukovanost zařízení, slučování zařízení, transformace, standardy:**

- „Ano, pokrok ve slučování, ženy a muži na oddělení, možnost partnerství, spolubydlení.“, „ano – koedukovalo se zařízení, vytvořily se podmínky pro partnerské vztahy“, „Ano, od roku 2016 jsme zařízení koedukované, v jedné domácnosti žijí ženy a muž dohromady. Celkově se dbá na posílení ženské a mužské role (oblečení, účes, péče o sebe). Možnost využít sexuálního důvěrníka. Využili jsme i externí nabídky osvěty pro uživatele v této oblasti.“, „Určitě ano. Rozvoj partnerských vztahů opačného pohlaví. Před 15 lety byla většina vztahů mezi stejným pohlavím.“, „transformace.“, „domovní řád“, „standardy“.

### **Umožnění soukromí klientů:**

- „Ano, umožnění zařízení partnerského pokoje.“, „Ano. Partnerské páry spolu bydlí. Mohou se svobodně navštěvovat za účelem sexuálního styku. Masturbace přestal být tabu. Personál i klienti se intenzivněji proškolují v této oblasti. V organizaci vzniklo sdružení Kamarád, které zprostředkovává seznámení klientů i z jiných zařízení.“, „ano, podporujeme samostatné bydlení párů ve svých domácnostech, větší práce s veřejností“, „nejsou omezováni, mají možnost se navštěvovat, možnost soukromí“, „školení zaměstnanců, párové soužití“, „více se o této problematice mluví, pracovníci potřeby klientů respektují, klientům vytváříme podmínky k uspokojování svých potřeb“.

### **Protokol vztahů a sexuality:**

- „Ano přijali jsme oficiálně protokol sexuality, který nabídl situace, ve kterých se řeší a pojmenovává tato oblast, která je součástí každého klienta.“, „Ano. Byl vydán Protokol o vztazích a sexualitě, manuál na sexuální obtěžování, pořídilo se video na masturbaci, obrázkové podklady. Na toto téma probíhají školení zaměstnanců nebo semináře. Větší informovanost pracovníků a uživatelů.“, „ano, tato služba byla

zahájena 1. 1. 2007, v té době začínaly standardy, neměly /jsme jen ženy) ponětí o existenci protokolu sexuality“, „byl vytvořen protokol o vztazích a sexualitě, probíhají školení pro pracovníky v této oblasti“.

### **Více materiálů a literatury pro práci se sexualitou klientů:**

- „Ano. Jsou dostupné různé materiály – videa, obrázková forma. Mají větší prostor pro navazování vztahů, mohou spolu bydlet.“, „Ano – průběžné školení a supervize, zpracování metodiky, protokolu, rozhovory s obyvateli, studium literatury, pomůcky, filmy pro obyvatele, změna přístupu pracovníků, intenzivní podpora, možnost využívat pouze jednolůžkové pokoje – zajištění intimity.“

### **Funkce důvěrníka na oblast sexuality:**

- „Vznikla funkce odborníka na sexualitu a zároveň důvěrníků pro oblast sexuality – proběhlo proškolení na toto téma externí organizací – téma již není tabuizováno, ale stále více se touto problematikou organizace zabývá.“, „Ano, podařilo se nám prosadit svobodu v rozhodování klientů, zda budou sexuálně žít. Máme sexuálního důvěrníka. Školí se více pracovníků.“, „Ano, v dřívějších letech se tato problematika moc neřešila. Nyní jsou důvěrníci pro sexualitu, probíhají školení, pověřený pracovník s klienty i pracovníky úzce spolupracuje.“, „Ano, pracujeme se sexualitou, každý nový pracovník projde školením týkající se oblasti sexuality. Máme sexuální důvěrníky.“, „ano, vznikl PS, jeden pracovník se odborně vzdělává“, „jedna z pracovníků se třemi kurzy se specializuje na otázku sexuality osob s postižením“.

### **Ošetření pravidel služby v této oblasti, vytvoření metodiky:**

- „Ano, zpracování pravidel služby v této oblasti, spolupráce s odborníky, opatrovníky, supervize“, „vytváření vnitřních pravidel služby, vzdělávání zaměstnanců ustanovení podpůrné skupiny, spolupráce s odborníky, supervize, osvěta klientů“.

K odpovědi „**asi ano**“ se přiklonilo 13 (3,70 %) respondentů, kteří svůj postoj odůvodňují následovně: „asi ano“, „pravděpodobně ano“, „asi ano, neumím říct, jaké nejsem tak dlouho v organizaci“, „15 let tu nejsem. Avšak je zde Protokol sexuality a komunikace na téma sexualita uživatelů je v celku otevřená.“, „mírně“, „mírně, školení či vzdělávání“, „myslím, že zařízení vždy

respektovalo sexualitu klientů, změna nastala asi jen v možnosti proškolení personálu“, „naše zařízení již 10 let pracuje s protokolem sexuality, a i dříve se snažilo klientům vycházet vstříc (masturbace v soukromí pokoje)“.

K odpovědi „**nevím, nedokážu posoudit**“ se přiklonilo celkem 52 (14,82 %) respondentů. „Nevím, nedokážu posoudit.“ (20 responses), „nevím“ (18 responses), „nemohu posoudit“ (4 response), „nedokážu posoudit“, „nedokážu posoudit z vlastní zkušenosti, z rozhovorů s ostatními si však myslím, že ano“, „v zařízení pracuji 8 let, změnu jsem nezaregistrovala“, „Vždy jsme se snažili být v této oblasti ke klientům otevření. V minulosti, po dohodě s rodiči, zařízení proběhla přednáška se sexuologem. Většina rodičů (opatrovníků) klientů jejich sexuální pudy nepřímá a v této oblasti musíme být opatrní, neboť se tu schází střed zájmů rodič x klient.“, „Nevím. Na změny se nyní chystáme.“

Respondent tuto odpověď většinou odůvodnil tím, že v zařízení pracuje kratší dobu, nebo že zařízení funguje kratší dobu.

- Zařízení funguje kratší dobu: „jsme začínajícím zařízením“, „naše zařízení funguje teprve od roku 2014“, „nemůžu posoudit, naše zařízení funguje 3 roky“.
- Pracovník pracuje v zařízení kratší dobu: „nedokážu posoudit – jsem v zařízení zaměstnána krátce“, „nedokážu posoudit – zaměstnána krátkodobě“, „nedokážu posoudit pracuji tam krátce“, „nedokážu posoudit, jsem zde krátce“, „nedokážu posoudit, nejsem dlouho v zařízení“, „nedokážu posoudit, nejsem zde tak dlouho, ale zřejmě ne“, „nedokážu posoudit, nepracovala jsem dříve v sociálních službách“, „nedokážu posoudit, nepracuji zde tak dlouho“, „nemohu posoudit, jsem v zařízení pouze 1 rok“, „nemůžu posoudit – pracuji tu příliš krátce“, „nemůžu posoudit pracuji v soc. službách 4 roky“, „nevím – v přímé péči pracuji zatím dva roky pouze“, „nevím jistě, tak dlouho zde nepracuji, ale předpokládám, že určitě ano“, „nevím svou profesi vykonávám pouze 1 rok a půl“, „v tomto konkrétním zařízení pracuji méně než 1 rok, proto nedokážu posoudit“.

Odpověď „**asi ne**“ zvolili 3 (0,85 %) respondenti s tímto odůvodněním: „spíš ne“, „tuto problematiku máme ošetřenou ve standartu“, „vytvořil se protokol o sexualitě, jinak nic“.

Odpověď „**ne**“ zvolilo 22 (6,27 %) respondentů. Uváděné důvody byly podobné jako u odpovědi „spíše ne“: „ne“ (19 responsí), „ne, Domov funguje 2 roky“, „ne, tak dlouhou naše zařízení nefunguje“, „nikoli, zařízení existuje 4 roky – vybudované mnou bez dotací a grantů – to je asi důležitější než sexualita...“.

„**Jinou odpověď**“ uvedlo a následně specifikovalo 23 (6,55 %) respondentů: „pracuji zde krátce (3 roky) – kurz sexuality pro klienty“, „existujeme 4 roky a stále se vyvíjíme a snažíme se jít kupředu a naproti tématu/oblasti“, „předpokládám, že ano, nebyla jsem v tomto zařízení“, „změny v blízké budoucnosti budou, chystáme se na ně“.

Mnoho posunů nastalo zejména ve velkokapacitních nekoedukovaných zařízeních (dříve ústavy sociální péče), která obzvláště čelila kritice z hlediska kvality poskytovaných služeb. Výrazné změny však reflektují jak respondenti z těchto typů zařízení, tak i respondenti z ostatních sociálních služeb. V mnohých zařízeních došlo k transformaci poskytovaných služeb i celkového přístupu k uživateli, některá nekoedukovaná zařízení se stala koedukovanými, proběhla četná školení, zavedly se postupy ošetření dané oblasti, zvýšilo se povědomí o řešené problematice atp. Lze shrnout, že aktuální situace i proběhlé změny jsou v každém zařízení naprosto individuální a nelze je jakkoliv zobecnit.

#### 4.4 Diskuse, doporučení pro praxi

Na základě realizovaného výzkumu lze konstatovat, že mezi jednotlivými zařízeními existují rozdíly, a to jak z hlediska přístupu k partnerským vztahům, intimitě a sexualitě, tak i z hlediska poskytovaných služeb. Zaměřme-li se v obecné rovině např. na ukazatele, jako jsou velikost zařízení, počet uživatelů obývajících společný pokoj, počet personálu, příležitosti pro rozvoj, seberealizaci a samostatný život klientů atp., vidíme určité rozdíly jak mezi jednotlivými zařízeními, tak i mezi lety 2005 a 2020. Např. v roce 2005 jsme zaznamenali alarmující fakta z hlediska maximálního počtu klientů obývajících jeden pokoj, kdy bylo zjištěno jako maximum dokonce 18 osob sdílících jeden společný pokoj. V roce 2020 bylo jako maximum zjištěno 5 uživatelů obývajících společný pokoj. V mnohých zařízeních došlo v průběhu sledovaného období k transformaci poskytovaných služeb, cel-

kového přístupu k uživateli i k partnerským vztahům, intimitě a sexualitě, některá zařízení se začala více zabývat podporou mužské a ženské identity uživatel, z některých nekoedukovaných zařízení se stala koedukovaná atd. Lze shrnout, že v současné době (2020) Česká republika na jedné straně disponuje vysoce moderními zařízeními, ve kterých uživatelé bydlí samostatně na pokoji a jsou v maximální možné míře podporováni v realizaci co nejběžnějšího způsobu života, na druhé straně stále existují velkokapacitní zařízení, někdy i nekoedukovaná, ve kterých uživatelé bydlí i v pětici na jednom pokoji a nemají takovou nabídku možností realizace běžného způsobu života a seberealizace mimo zařízení. Je proto žádoucí, aby se poskytované sociální služby nadále transformovaly a přizpůsobovaly se co možná nejvíce běžnému způsobu života a potřebám uživatelů.

Zaměříme-li se již konkrétně na uchopení a ošetření problematiky partnerských vztahů, intimity a sexuality, vidíme i zde rozdíly jak mezi jednotlivými zařízeními, tak i mezi lety 2005 a 2020. Ve srovnání s rokem 2005 existuje v dnešní době (2020) mnohem více možností, jak lze v zařízení problematiku ošetřit na nejrůznějších úrovních (standarty kvality, protokol sexuality, metodická podpora, vzdělávání, sexuální důvěrníci, sexuální asistenti, metodické materiály, pomůcky apod.). V roce 2005 měla zařízení jen výjimečně zpracován **Protokol sexuality a vztahů**, v roce 2020 jím disponuje nadpoloviční většina zařízení (66,1 %). **Standarty kvality sociálních služeb** nebyly v roce 2005 právně závazné a oblast sexuality uživatelů v nich nebyla většinou zakomponována. Dnes má převážná většina zařízení (83,19 %) oblast sexuality ošetřenu i ve standardech. V roce 2005 bylo jedním z nástrojů ošetření problematiky sexuality zejména **proškolení pracovníků**. Mnoho pracovníků ale v té době nepovažovalo dané téma za natolik důležité pro svoji praxi. Nejen v oblasti sexuality uživatel, ale obecně ve vztahu k dalšímu vzdělávání byla patrná vyšší míra „pasivity“, než je tomu dnes. V současné době (2020) vnímá většina zaměstnanců sociálních služeb kontinuální vzdělávání jako přirozenou součást svojí práce. Zároveň jsou pracovníci „náročnější“ z hlediska nabídky dalšího vzdělávání, než tomu bylo v roce 2005, kdy bylo méně možností vzdělávání i obecně přístupu k jakýmkoliv jiným odborným zdrojům a publikacím. Dnes kladou pracovníci v sociálních službách vzdělávání na důležité místo ve své práci. Absolvovali již mnohé kurzy a semináře, disponují četnými možnostmi, odkud mohou informace čerpat a s tím se pojí i vyšší nároky a očekávání od úrovně a kvality vzdělávání.

Kromě nabídky dalšího vzdělávání se obecně zvýšila i **podpora pracovníků** při řešení problematiky sexuality osob s MP. Obtížnější a kontroverzní situace, sporné otázky či dilemata mohou pracovníci řešit v rámci **supervizí a konzultací s nejrůznějšími odborníky**. To je taktéž významný posun pozitivním směrem: „*případy, kdy si nevíme úplně rady, konzultujeme se specialistou*“.

V roce 2005 nebylo v České republice k dispozici příliš mnoho **metodických materiálů pro realizaci podpory v oblasti sexuality**. V dnešní době existuje daleko **širší spektrum pomůcek, metodických materiálů, odborných publikací, videí, filmů** atp., které lze využít při práci s lidmi s MP: „*Je větší osvěta, semináře, literatura, filmy... je to mnohem lepší*“. V mnohých zařízeních se problematika sexuality začíná řešit již na preventivní rovině: „*Ano, sexualita se řeší otevřeně a zaměstnanci jsou proškolení, což dříve nebylo. Dříve se řešily následky sexuálního jednání, dnes jednáme spíše preventivně, snažíme se o osvětu a informovanost uživatelů, pracujeme s riziky*“.

V mnohých zařízeních byla zavedena pozice **sexuálního důvěrníka**, na kterého se mohou v případech potřeby obracet jak lidé s MP, tak i pracovníci. Někde se jedná o interního zaměstnance zařízení, někde spolupracují s externími pracovníky: „*využili jsme i externí nabídky osvěty pro uživatele v této oblasti*“. V některých zařízeních mají i více sexuálních důvěrníků, vč. jejich koordinátora, garanta.

Z analýzy současného stavu vyplývá i posun v konkrétních **řešených oblastech a tématech**. V současné době (2020) většina zařízení řeší zejména možnosti podpory vztahů a vzájemného soužití osob s MP a konkrétní zakázky vyplývající z individuálních potřeb uživatele. Mezi jednotlivými zařízeními však existují značné rozdíly. Na jedné straně existují zařízení, která hledají cesty, jak např. podpořit partnery, kteří spolu žijí a chtějí mít potomka, na druhé straně jsou zařízení, která řeší „problémy“ s masturbací uživatelů. Je překvapující, když se ještě v dotazníku z roku 2020 objeví jako problematická oblast sexuality: „*masturbace klientů v soukromí*“ (3 response), nebo když se v otázce problematických aspektů sexuality objeví u „*obtěžování ostatních uživatelů*“ řešení, že pracovník „*přejde situaci bez povšimnutí*“ (1 response).

Už samotný způsob vyplňování dotazníků napovídá mnohé o tom, nakolik respondent a zařízení, ve kterém pracuje, považuje danou oblast za důležitou. Zajímavá je také skutečnost, že respondenti, kteří se v dotaz-

níku k jednotlivým odpovědím více rozepisují, a je zřejmé, že se nad danými otázkami již dlouhodobě zamýšlí a v praxi je řeší, většinou hodnotí sebe i své zařízení „kritičtěji“. Stejně tak je to u zaměstnanců, kteří podporu uživatelů v této oblasti realizují nebo nerealizují. Ti, kteří realizují, se již většinou nad problematikou zamýšlí v mnohem širším kontextu, rozvažují nad jednotlivými situacemi mnohem dál a hlouběji než ti, kteří podporu uživatelů v této oblasti nerealizují. Ze získaných výsledků je také zřejmá různá délka a úroveň zabývání se danou oblastí v jednotlivých zařízeních. Některá zařízení jsou na začátku řešení problematiky, některá ji již mají zcela komplexně a dlouhodobě ošetřenu, některá zařízení nepovažují za důležité se danou oblastí zabývat. Existují však i zařízení, která přestože disponují jak „otevřenými“ vedoucími pracovníky, tak proškoleným personálem, ošetřenou problematikou atp., uvádí, že v praxi naráží na neustálé problémy a nespolupráci v této oblasti. Příčiny mohou být různé. Často respondenti uvádí, že rizikový v tomto kontextu může být např. kolektiv pracovníků v sociálních službách s celoročním pobytem, který v zařízení pracuje již dlouhodobě nebo od počátku fungování zařízení a zná uživatele od jejich nejútlejšího věku a nyní pro ně může být obtížnější přijmout jeho dospělost a respektovat potřeby v oblasti sexuality. Rizikové mohou být také zaběhlé stereotypy či vlastní předsudky, zábrany a postoje. Proto je důležité, aby poskytovaná podpora byla směřována i k zaměstnancům. A také aby i sexuální důvěrníci měli možnost problematické situace konzultovat se svými koordinátory jak v rámci pracoviště, tak i v rámci setkávání sexuálních důvěrníků, nebo v rámci supervizi s ostatními odborníky a specialisty.

V dotaznících byla často zmiňována také **potřeba osvěty nejširší veřejnosti**: „*sice se situace oproti minulosti zlepšila, ale je potřeba další osvěty i v laické společnosti, která sexualitu osob s MP vnímá jako něco nepřipustného*“. Postoje se postupně mění a obecně je dané téma spojováno **s mnohem větší otevřeností**: „*před cca 10–15 lety se o tom moc nemluvilo, zakazovalo se to, bylo to velice intimní, v dnešní době jsme tomu otevření, učíme klienty, aby se o nějakém sexuálním problému nebáli mluvit, aby se nestyděli*“. „*Rozhovory o masturbaci a problémovém chování jsou běžnější. Je zde otevřenější komunikace o sexualitě.*“, „*více se o sexualitě hovoří, dříve byl předsudek, že klienti s mentálním postižením nemají pudy jako ostatní*“. Partnerství, intimita a sexualita osob s postižením jsou tématem, o kterém se stále více hovoří a řeší se na nejrůznějších úrovních: „*Více se o ní*

mluví, jsou dokumenty, knihy, literatura. Dříve se o této oblasti nemluvalo, neškolilo.“, „toto téma již není tabu, je rozvinutá debata, školení, poznatky se praktikují v práci s klienty, s klienty je v tomto směru odborně pracováno“. Současný přístup také mnohem více podporuje **rozvíjení partnerských vztahů na základě svobodné volby člověka s MP**. Jak uvádí respondenti: „před 15 lety byla většina vztahů mezi stejným pohlavím“. Dříve bylo také spíše výjimečnou záležitostí, když mohly partnerské dvojice spolu i bydlet. V současné době mohou vztahy nejen navazovat, ale také je i dále rozvíjet: „dnes mají možnost se realizovat, mají možnost vztahu, partnerství, společného bydlení...“, „dnes můžou žít sexuálním životem“, „mají větší prostor pro navazování vztahů, mohou spolu bydlet“.

I v dnešní době však existují témata, kterým by bylo vhodné věnovat do budoucna ještě více pozornosti. Jedním z takových témat je např. to, jak efektivně a prakticky **zajistit sexuální potřeby lidí s MP** (Gammino, Faccio, Cipolleta, 2016). S tím souvisí řešení mravních, etických a praktických otázek toho, jak by měla poskytovaná podpora vypadat. Dalším z témat je např. sexuální asistence jako forma podpory, která se dle výzkumu Grammino, Faccio, Cipolleta (2016) jeví jako efektivní a praktický způsob zajištění sexuálních potřeb osob s MP. Nebo např. otázky rodičovství a péče o dítě a mnohá další témata, na které by bylo vhodné do budoucna ještě více a komplexněji zaměřit. Pro každého člověka je naplnění v oblasti sexuality, ať už ve formě reprodukční, nebo ve formě uspokojivého partnerského spoluzití důležitým faktorem kvalitního, plnohodnotného a spokojeného života.

## 4.5 Etické aspekty a limity výzkumu

Nedílnou součástí každého výzkumu, zahrnujícího lidské účastníky, je jeho etický rozměr (Švaříček, Šedová et al., 2014). Výzkumník musí pečlivě zvážit všechny etické zásady a aspekty, posoudit následky výzkumu (uveřejnění, veřejné publikování) a vyřešit etické otázky (Švaříček, Šedová et al., 2014). Punch (2008) uvádí, že etické požadavky se při plánování a provádění výzkumu soustředí na přístup, souhlas a ochranu účastníka. Do etické odpovědnosti výzkumníka Punch (tamtéž) zahrnuje zejména poctivost a respekt ke všem účastníkům výzkumu.

Téma partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP je oblastí, která je sama o sobě poměrně citlivá a eticky závažná. Proto byl před zahájením realizace výzkumu podán návrh Etické komisi Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci na posouzení etických otázek navrhované výzkumné činnosti. Etická komise PdF UP zhodnotila předložený projekt a neshledala žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnicemi pro výzkum zahrnující lidské účastníky a vydala stanovisko se závěrečným vyjádřením, že „*řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise PdF UP*“. Po schválení Etickou komisí PdF UP pod jednacím číslem 1/2019 byla zahájena realizace výzkumu.

Při samotné realizaci výzkumu byly respektovány základní etické principy a hlediska. Na některé z nich se zaměříme v rámci jednotlivých kategorií tak, jak je uvádí Punch (2008).

1. **Přístup** – z hlediska etického přístupu byla ve vztahu k respondentovi zachovávána a udržována adekvátní hranice úcty, důvěrnosti a slušného chování. Respondent nebyl nijak nucen zapojit se do výzkumu a odpovídat na položené otázky. Na tomto principu byla postavena důvěra mezi tazatelem a respondentem. V procesu vlastního výzkumu bylo pracováno pouze s osobami zletilými.
2. **Souhlas** – každý, kdo se na výzkumu podílí, musí dostat pravdivé informace a s účastí ve výzkumu dobrovolně souhlasit. „*Písemný souhlas s výzkumem není vždy požadován, vyžadován je však vždy souhlas.*“ (Švaříček, Šedřová et al., 2014, s. 46). Hendl (2012) v tomto kontextu hovoří o pasivním souhlasu, který nevyžaduje podpis žádného dokumentu. Vedoucí pracovníci zařízení byli informováni o realizovaném výzkumu, a pokud s realizací výzkumu **souhlasili**, distribuovali dotazník svým zaměstnancům. Všem participantům výzkumu byl sdělen cíl výzkumu v průvodním dopisu. Svobodným rozhodnutím vyplnit dotazník poskytl souhlas s účastí ve výzkumu. Osoby tedy vstupovaly do vlastního výzkumu **dobrovolně**, taktéž byla respektována **svoboda odmítnutí**. Respondent nebyl tazatelem nijak nucen odpovídat, mohl kdykoliv v průběhu vyplňování svobodně a bez udání důvodu ukončit a z účasti na výzkumu kdykoliv odstoupit.
3. **Ochrana účastníka** – z hlediska ochrany účastníka bývá klíčovou oblastí **anonymizace dat**. V rámci výzkumu byla anonymita respondentů

garantována v procesu sběru i analýzy dat. Jedná se o kvantitativní techniku sběru dat od velkého množství respondentů, která při vlastním výzkumu slouží k ochraně identifikačních (personálních) údajů. Z důvodu zachování anonymity byla z citovaných odpovědí odstraněna konkrétní jména, která se v některých responsích objevila. Nezbytný etický požadavek, který garantuje, že identita účastníka výzkumu nesmí být odhalena, tak byl dodržen.

Respondent by měl mít možnost k následnému **zpřístupnění práce**, aby si mohl ověřit, že nebylo použito nic, co by tazateli nesdělil. Respondentům byla v dotazníku nabídnuta možnost zaslání výsledků výzkumu a doporučeno, aby si vlastní odpovědi uložili a mohli je poté srovnat s odpověďmi ostatních pracovníků v celostátním měřítku. Na zanechané emailové adresy byly zaslány výsledky výzkumu. Ostatní respondenti se s výsledky mohou seznámit prostřednictvím této publikace. Z hlediska zpřístupnění výsledků a ochrany respondenta bylo dbáno na výše zmíněnou anonymizaci, tzn., aby v práci nebyla uvedena data, prostřednictvím kterých by čtenář odhalil identitu osob podílejících se na výzkumu. Z tohoto důvodu nebyla v celém výzkumu uváděna jména účastníků ani názvy nebo identifikační údaje konkrétních zařízení. Výsledky jsou prezentovány tak, aby nebylo možné identifikovat, z jaké organizace takto respondenti vypovídali. Z důvodu ochrany osobních údajů nejsou také v práci uváděna žádná jména, která v odpovědích respondentů zazněla.

Etické aspekty a principy byly respektovány nejen směrem výzkumníka k respondentovi, ale i naopak. Všichni respondenti zachovávali principy slušného chování a vstřícné komunikace. Mnozí z nich byli natolik ochotní, že z vlastní iniciativy vytiskli dotazník zaměstnancům, kterým nevyhovovala online podoba vyplnění.

## **Limity výzkumu**

Při realizaci každého výzkumu existuje mnoho potenciálních faktorů, které by mohly být shledány jako limitující. A to v rámci všech jeho etap, tzn., jak ve fázi sběru dat, tak při jejich zpracování, vyhodnocování, analýze, interpretaci a formulaci závěrů či doporučení. Upozornění na ně může být

přínosem pro uvědomění si těchto rizik a výzvou pro hledání vhodných strategií, prostřednictvím kterých by bylo možné tyto limity minimalizovat. V následující části textu uvedeme jistá omezení či možné limity, které by mohly získaná data, jejich analýzu, interpretaci a závěry nějakým způsobem ovlivnit. Uvědomujeme si, že limity se mohou vyskytnout na straně:

1. výzkumníka,
2. výzkumného souboru,
3. použité výzkumné metody,
4. realizovaného výzkumu (celkově).

Na potencionální limity se v dalším textu podrobněji zaměříme a přiblížíme, jakým způsobem s nimi bylo pracováno.

### **Limity na straně výzkumníka**

Odborná erudice výzkumníka a jeho dispozice hrají v realizaci kvalitního výzkumu klíčovou roli. Důležité jsou osobnostní předpoklady, motivace, zájem, úroveň a hloubka znalosti dané problematiky, praktické zkušenosti a status výzkumníka. Roli zde mohou hrát i faktory jakými jsou věk, pohlaví, vzdělání, životní zkušenosti, ale například i celkové aktuální naladění. Nejčastějším problémem bývá nedostatek kvalifikace a odborné erudice výzkumníka. Z toho důvodu byl výzkum pravidelně konzultován s odborníky na metodologii a statistiku. Odborná erudice výzkumníka byla pro potřeby tohoto výzkumu saturována:

- *studiem* (vzdělání v oblasti speciálněpedagogické a sociální, postgraduální akreditovaný výcvik v kognitivně-behaviorální terapii aj.);
- *pracovní zkušenosti* (praxe s lidmi s MP, praxe v sociální oblasti, výuka na VŠ, lektorství v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP aj.);
- *vědecko-výzkumnými a publikačními aktivitami* (publikační a projektové aktivity zaměřené na partnerské vztahy, intimitu, sexualitu a sexuální osvětu osob s MP aj.).

Autorka si dále uvědomuje možné riziko snížení objektivity při vlastní interpretaci a prezentaci získaných dat subjektivním zdůrazněním některé oblasti či komentáře, nebo naopak nedostatečným rozvinutím některého z důležitých aspektů.

## **Limity na straně výzkumného souboru**

Získaná data mohla být ovlivněna na straně výzkumného souboru různými faktory. Z hlediska účastníků výzkumu mohly hrát svoji roli jak vlivy vnitřní (náladu, únava, motivace, naplnění fyzických potřeb atp.), tak i vlivy vnější (téma, prostor, počasí, délka dotazníku atp.). Zároveň je otázkou, nakolik lze zkoumaný vzorek považovat za skutečně reprezentativní. A to přesto, že na distribuovaný dotazník reagovali respondenti ze všech krajů České republiky a v zastoupení širokého spektra zařízení sociálních služeb. Uvědomujeme si, že návratnost dotazníku nebývá otázkou náhody, ale podílí se na ní různé vlivy. Vzorek respondentů, kteří dotazník vyplnili, by tak mohl být tvořen převážně lidmi s vyšší mírou zodpovědnosti, nebo s kladným postojem ke zkoumané problematice. S velkou pravděpodobností lze předpokládat, že dotazník nevyplňovali právě pracovníci, kteří nepovažují danou problematiku za důležitou. Potvrdil-li by se tento předpoklad, mohla by být **zjištěná situace pozitivnější než realita**. Je také možné, že byl v zařízení dotazník distribuován na vyplnění zaměstnancům, kteří se na tuto oblast ponejvíce zaměřují (sexuální důvěrníci), s uživateli v této oblasti pracují, pravidelně se účastní vzdělávání a orientují se v tématu na kvalitní úrovni. I tato skutečnost by mohla ovlivňovat výsledky, ke kterým výzkum dospěl.

## **Limity na straně použité výzkumné metody**

Autorka si je vědoma rizika zejména na straně použité výzkumné metody, kterou je dotazník. Riziko ještě zvyšuje množství otázek v dotazníku. Z tohoto důvodu bylo využito triangulace, tedy kombinace postupů, které podloží validitu výzkumu. V tomto případě šlo o triangulaci metod, kdy kromě dotazníku byla aplikována i metoda rozhovoru. Data získaná prostřednictvím rozhovorů tak velice vhodně doplňují kvantitativní data získaná prostřednictvím dotazníku.

Limitujícím faktorem dotazníku je také skutečnost, že musí většinou postihnout situaci v obecné rovině. To je velice obtížné právě v tématech vyžadujících individuální přístup, kdy každý uživatel má jiné potřeby a to, co platí u jednoho, nemusí platit u druhého. Je potom velice obtížné situaci do dotazníku nějakým způsobem zobecnit. U metody dotazníku bývá další riziko v tom, že respondenti mohou situaci hodnotit subjektivně, nadhod-

nocovat ji nebo naopak podhodnocovat (záměrně i nevědomě), případně odpovídat tak, jak si myslí, že by bylo žádoucí odpovědět. Některé oblasti mohou respondenti subjektivně vidět jinak, než jaká je realita. Negativněji a kritičtěji mohou situaci v zařízení hodnotit např. respondenti, kteří sledují nejmodernější trendy, praxi v zahraničí či na jiných pracovištích, pozitivněji naopak respondenti, kteří se danou oblastí nezabývají a subjektivně mohou považovat poskytované služby za vysoce kvalitní, přestože objektivně tomu tak nemusí být.

Dalším rizikem dotazníku je to, že otázky, které respondent považuje za „nejpalčivější“, může při vyplňování ponechat bez odpovědi, nebo si promyslet její „kulantní znění“. Ačkoli byla většina položek koncipována tak, aby se promítnutí výše uvedených faktorů minimalizovalo, nelze předpokládat jejich úplnou eliminaci. Velice si vážíme odpovědi respondentů, kteří nevynechávali položky, u nichž věděli, že jejich současná situace v dané oblasti neodpovídá nejmodernějším trendům a také že byli ochotni se do výzkumu zapojit i zaměstnanci nekoedukovaných typů zařízení.

### **Limity na straně realizovaného výzkumu**

Limitem na straně realizovaného výzkumu může být už samotné téma, které může být respondenty vnímáno jako příliš intimní. Stejně tak i rozsáhlost dotazníku může snižovat míru ochoty zapojit se do výzkumu. Ochota vyplnit dotazník mohla být podpořena tím, že byla respondentům nabídnuta možnost seznámit se s výsledky, což je mohlo více motivovat k zapojení se do výzkumu. Míru ochoty mohla zvýšit i možnost online vyplnění ve vizuálně komfortním prostředí vyplnto.cz. Na druhou stranu pro někoho může být naopak online podoba nevyhovující. Proto byla ponechána možnost výběru, jakou podobu dotazníku chce respondent vyplnit. Limity a rizika se mohou objevit také v souvislosti s vyhodnocováním a interpretací získaných dat. Tato rizika byla minimalizována spoluprací s odborníky na statistiku.

Přestože bylo zmíněno množství potenciálních limitů a rizik, lze předpokládat, že existují ještě i další, která zde uvedena nebyla, avšak reálně existují a mohla výzkum ovlivnit.

## 4.6 Závěry výzkumu

Výzkum, který je v rámci kapitoly prezentován, měl za cíl zjistit aktuální situaci v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v zařízeních sociálních služeb v České republice. Záměrem bylo zjištěnou situaci deskribovat, analyzovat, interpretovat a následně identifikovat, zda a jak se problematika a postoje k ní změnily za posledních 15 let. V rámci výzkumu byl aplikován kvantitativní design s využitím kvantitativních technik sběru a statistického zpracování dat. Hlavní metodou sběru dat byl nestandardizovaný anonymní dotazník vlastní konstrukce, jenž byl distribuován mezi pracovníky sociálních služeb, kteří jsou s lidmi s MP v každodenním kontaktu. Statistické analýzy byly provedeny prostřednictvím vybraných statistických testů ve statistickém balíku R verze 3.6.1 (R Core Team, 2019).

V rámci výzkumu byly nejdříve zjišťovány základní informace o zařízení, jeho pracovnících a uživateli (**dílčí cíl 1**). Výzkumný soubor v roce 2020 tvoří 351 (100 %) pracovníků (323 /92 %/ žen a 28 /8 %/ mužů). Nejvíce respondentů pracuje v koedukovaném zařízení, ve kterém jsou muži i ženy dohromady (259; 73,79 %) a z hlediska typu v domově pro osoby se zdravotním postižením (232; 42,26 %). V rámci výzkumného vzorku se jedná o poměrně rozmanitý soubor respondentů ze všech krajů České republiky s různým věkovým, pracovním a vzdělanostním rozložením, ve kterém převažují ženy ve věku 46–55 let s kurzem pracovníka v sociálních službách a s délkou praxe 11–20 let. Z hlediska realizovaného výzkumu je takto rozmanitý vzorek zcela ideální, navíc délka praxe respondenta v rozmezí 11–20 let umožňuje náhled na aktuální situaci a nastalé změny již z dlouhodobějšího horizontu.

Následně byl zjišťován převažující postoj dotazovaného zařízení a pracovníka k partnerským vztahům, intimitě, sexualitě a sexuální osvětě osob s MP (**dílčí cíl 2**). Pracovně byly vytyčeny čtyři základní úrovně **postoje zařízení** jako celku: *eliminace – tolerance – přijetí – kultivace* sexuality a sexuální osvěty uživatelů. „Eliminace“ sexuality a sexuální osvěty uživatelů v roce 2020 převažuje v 1,71 % všech zařízení (v roce 2005 v 10,3 %), postoj „tolerance“ ve 14,25 % zařízení (v roce 2005 ve 38,8 %). Pojstoj „přijetí“ sexuality a sexuální osvěty uživatelů převažuje ve 42,45 % zařízení (v roce 2005 ve 31,3 %), postoj „kultivace“ v 35,9 % zařízení (v roce 2005 v 13,3 %). Vlastní odpověď v roce 2020 uvedlo a následně konkretizovalo 20 (5,69 %) respon-

dentů. Zajímalo nás, zda mezi zjištěnými údaji v letech 2005 a 2020 existuje statisticky významný rozdíl. Výzkumná hypotéza  $H_1$  byla formulována takto: Existuje statisticky významný rozdíl v postoji zařízení k sexualitě a sexuální osvětě mezi lety 2005 a 2020. Prostřednictvím statistického testu (Pearson's Chi-squared testu;  $p = 0,0000$ ) **byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v postoji zařízení k sexualitě a sexuální osvětě mezi lety 2005 a 2020**. Výsledky výzkumu zároveň poukazují na vzrůstající míru pozornosti, vstřícnosti a otevřenosti zařízení sociálních služeb v oblasti partnerských vztahů a sexuality. Posuny v přístupu jsou zřejmě již z toho, že v roce 2005 bylo nejvíce zařízení v úrovni postoje „tolerance“ (155; 38,8 %), poté „přijetí“ (125; 31,3 %). Zatímco v roce 2020 je již nejvíce zařízení na úrovni postoje „přijetí“ (149; 42,45 %) a poté na úrovni „kultivace“ (126; 35,9 %). V roce 2005 bylo na úrovni „kultivace“ pouze 13,3 % zařízení. Zároveň lze zaznamenat, že v roce 2020 je mnohem méně zařízení na úrovni „eliminace“ (1,71 %; v roce 2005 to bylo 10,3 %) a „tolerance“ (14,25 %; v roce 2005 to bylo 38,8 %). Uvědomujeme si však, že je poměrně obtížné dokázat zobecnit postoj zařízení jako celku, neboť lze předpokládat, že existují zařízení, kde jsou různí zaměstnanci v různé úrovni postoje. Proto jsme se dále zaměřili na postoje samotných respondentů. Nejdříve jsme zjišťovali převažující **postoj pracovníka k sexualitě**, resp. jeho názor na realizaci sexuálního života osob s MP. Realizaci sexuálního života bylo myšleno umožnění formy sexuálního vyžití dle konkrétních potřeb a preferencí uživatele (např. masturbace, partnerské vztahy apod.). V rámci toho nás zajímal i postoj pracovníka k **sexuální osvětě**, resp. jeho názor na realizaci sexuální osvěty osob s MP. Z výsledků výzkumu vyplývá, že jak v roce 2005, tak v roce 2020, je převážná většina respondentů příznivě nakloněna realizaci sexuálního života i sexuální osvětě. Zajímalo nás, zda v postojích pracovníků mezi lety 2005 a 2020 existuje statisticky významný rozdíl. Verifikace hypotézy ( $H_2$ ) sestávala ze dvou částí, z postoje pracovníka k sexualitě a z postoje pracovníka k sexuální osvětě. Prostřednictvím statistického testu (Mann-Whitneyova U-testu;  $p = 0,0000$ ) **byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v postoji pracovníka k sexualitě a sexuální osvětě osob s mentálním postižením mezi lety 2005 a 2020**. U obou oblastí (postoj k sexualitě, postoj k sexuální osvětě) se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem. Ty jsou patrné již z toho, že v roce 2005 uvedlo nejvíce pracovníků ve vztahu k realizaci sexuálního života uživatelů odpověď „asi ano“ (190; 49,10 %), poté „rozhodně

ano“ (109; 28,16 %). Stejně tak ve vztahu k realizaci sexuální osvěty volilo nejvíce pracovníků odpověď „asi ano“ (147; 38,38 %), poté „rozhodně ano“ (140; 36,55 %). Posunem je, že v roce 2020 již nejvíce pracovníků označilo ve vztahu k realizaci sexuálního života uživatelů odpověď „rozhodně ano“ (167; 47,58 %), poté „asi ano“ (124; 35,33 %). Také ve vztahu k realizaci sexuální osvěty volilo v roce 2020 nejvíce pracovníků odpověď „rozhodně ano“ (185; 52,71 %), poté „asi ano“ (113; 32,19 %). Lze tedy shrnout, že převážná většina respondentů zastává v roce 2020 pozitivní postoj (označení odpovědi „rozhodně ano“ nebo „asi ano“) a je příznivě nakloněna jak realizaci sexuálního života (291; 82,91 %), tak realizaci sexuální osvěty (298; 84,9 %). Zároveň v roce 2020 uvádí mnohem méně pracovníků negativní postoj (odpovědi „asi ne“ nebo „rozhodně ne“) ve vztahu k realizaci sexuálního života (11; 3,13 %) a sexuální osvěty (11; 3,13 %). Neutrální postoj (odpověď „nevím, nedokážu posoudit“) k realizaci sexuálního života osob s MP zastává 49 (13,96 %) respondentů a k realizaci sexuální osvěty 42 (11,97 %) respondentů. Zajímavou souvislostí je, že odpovědi „asi ne“ a „rozhodně ne“ volil stejný počet respondentů jak v kategorii postojů k realizaci sexuálního života, tak k realizaci sexuální osvěty. Z toho lze usuzovat, že se pravděpodobně v zařízeních nachází skupina pracovníků s vyhraněnými negativními postoji k problematice, což se může odrážet ve většině otázek dotazníku. Zajímavé by bylo se na danou skupinu pracovníků zaměřit podrobněji a pokusit se detailněji poodhalit okolnosti a pohnutky těchto postojů. Přínosem by také bylo zjistit, zda existují některé společné prvky a aspekty dané názorové skupiny respondentů. To by mohlo otevřít další témata, kterými by bylo vhodné do budoucna více zabývat a hledat cesty, jak s nimi co nejadekvátněji pracovat. Obecně však z výsledků výzkumu vyplývá, že převážná většina zaměstnanců zastává pozitivní postoj a vnímá sexuální život a osvětu jako nedílnou součást života člověka s MP a jemu poskytované podpory.

V rámci výzkumu nás dále zajímal **způsob ošetření oblasti sexuality a sexuální osvěty v zařízení (dílčí cíl 3)**, konkrétně:

- zda má zařízení vyhrazeného zaměstnance pro řešení oblasti vztahů a sexuality,
- zda má zařízení zpracován Protokol partnerských vztahů, intimity a sexuality,

- zda má zařízení problematiku vztahů a sexuality ošetřenu ve Standardech kvality sociálních služeb,
- zda v zařízení probíhá vzdělávání pracovníků v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP,
- zda je v zařízení realizována sexuální osvěta a podpora uživatelů v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality,
- zda zařízení podporuje rodičovství osob s MP,
- zda zařízení spolupracuje při realizaci podpory v oblasti sexuality a sexuální osvěty s rodinou uživatele a s externími odborníky.

V dalším textu se zaměříme pouze na vybrané výsledky výzkumu. I z těch lze zaznamenat poměrně výrazné posuny. Zatímco např. v roce 2005 uvedlo jen 34 (8,52 %) respondentů, že v zařízení disponují **vyhrazeným zaměstnancem pro řešení problematiky** vztahů a sexuality, v roce 2020 to uvedlo již 111 (31,62 %) respondentů. Nicméně převážná většina dotazovaných jak v roce 2005 (265; 66,42 %), tak v roce 2020 (240; 68,38 %) uvádí, že takového pracovníka v zařízení nemají. Zajímalo nás, zda v přítomnosti vyhrazeného zaměstnance existuje statisticky významný rozdíl mezi lety 2005 a 2020 ( $H_3$ ). Prostřednictvím statistického testu (Pearsonova chí-kvadrát testu s Yatesovou korekcí kontinuity;  $p = 0,0000$ ) **byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v přítomnosti vyhrazeného pracovníka pro řešení problematiky sexuality v zařízení mezi lety 2005 a 2020**. Ze získaných výsledků vyplývá, že se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem. Za pozitivní posun lze považovat i to, že většina zařízení má v roce 2020 zpracován **Protokol partnerských vztahů, intimity a sexuality** (232; 66,1 %). Menší část respondentů (119; 33,9 %) uvádí, že jej v zařízení vytvořený nemají. Většina zařízení má také oblast sexuality ošetřenu ve **Standardech kvality sociálních služeb** (292; 83,19 %). Pouze 59 (16,81 %) respondentů uvádí, že danou oblast ve Standardech zakomponovanu nemají. Významnou součástí adekvátního ošetření problematiky v zařízení je také **vzdělávání pracovníků** v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty. Výsledky z roku 2020 ukazují, že většína respondentů (241; 68,66 %) se zúčastnila odborné průpravy, např. kurzu, workshopu, semináře, školení, přednášky atp. Stále však poměrně vysoké procento (31,34 %; 110) respondentů uvádí, že se žádné průpravy nezúčastnilo. V roce 2005 se zúčastnilo proškolení pouze 106 (26,6 %) respondentů, 293 (73,4 %) dotazovaných uvádí, že se žádné odborné průpravy nezúčast-

nilo. Zajímalo nás, zda existuje v proškolení pracovníků v oblasti sexuality a sexuální osvěty osob s MP statisticky významný rozdíl mezi lety 2005 a 2020 ( $H_0$ ). Prostřednictvím statistického testu (Pearsonova chí-kvadrát testu s Yatesovou korekcí kontinuity;  $p = 0,0000$ ) **byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v proškolení pracovníků v oblasti sexuality mezi lety 2005 a 2020**. Přestože se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem, existuje i v roce 2020 stále poměrně vysoké procento respondentů (31,34 %; 110), kteří se žádného proškolení v dané oblasti nezúčastnili. I když je to v porovnání s rokem 2005 (73,4 %; 293) již procento nižší, stále je poměrně vysoké.

V rámci výzkumu nás dále zajímaly eventuelní **problematické aspekty v oblasti sexuality a připravenost pracovníků na jejich řešení (dílčí cíl 4)**. Z hlediska specifikace míry připravenosti mohl respondent volit z nabídky: *výborně připraven – připraven vcelku dobře – často jsem bezradný – spíše nepřípraven – zcela nepřípraven*. V roce 2020 uvádí převážná většina respondentů (203; 57,83 %), že se cítí *přípravených vcelku dobře*, následně 110 (31,34 %) se cítí *spíše nepřípravených*. V roce 2005 se nejvíce respondentů (179; 50,56 %) cítilo *spíše nepřípravených*, hned poté 130 (36,72 %) *přípravených vcelku dobře*. Zajímalo nás, zda existuje statisticky významný rozdíl v pocíťované připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality uživatelů mezi lety 2005 a 2020 ( $H_0$ ). Prostřednictvím statistického testu (Mann-Whitneyova U-testu;  $p = 0,0000$ ) **byla potvrzena existence statisticky významného rozdílu v pocíťované připravenosti pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality klientů mezi pracovníky v letech 2005 a 2020**. Lze říci, že se jedná o statisticky významné změny pozitivním směrem. Zatímco v roce 2005 volila většina respondentů (219; 61,85 %) kategorie *spíše nepřípraven – často jsem bezradný – zcela nepřípraven*, v roce 2020 vybírala většina respondentů (207; 58,97 %) kategorie *přípraven vcelku dobře – výborně připraven*.

V závěru výzkumu měl pracovník zhodnotit, zda **za posledních 15 let proběhly v zařízení změny v oblasti přístupu k problematice sexuality klientů (dílčí cíl 5)**. Z jednotlivých odpovědí vyplývá, že převážná většina respondentů (238; 67,81 %) se domnívá, že změny v oblasti přístupu k problematice partnerských vztahů a sexuality osob s MP v zařízení *nastaly* (odpověď „ano“). Třináct (3,70 %) respondentů uvádí, že „asi ano“, že *asi ke změnám došlo*. Padesát dva (14,82 %) respondentů *nedokáže situaci posoudit*; většinou buď z důvodu toho, že zaměstnanec pracuje v zařízení

kratší dobu, anebo zařízení kratší dobu funguje. Tři (0,85 %) respondenti se domnívají, že „asi ne“, že ke změnám asi nedošlo, 22 (6,27 %) respondentů uvádí, že „ne“, že *k žádným změnám nedošlo* a 23 (6,55 %) respondentů doplňuje „vlastní odpověď“.

Závěrem lze shrnout, že získané výsledky přinesly množství zajímavých poznatků z oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP. Přestože výzkum poukazuje na řadu pozitivních změn a posunů, nelze jednoznačně konstatovat, že by se plošně týkaly všech zařízení v České republice. Mezi jednotlivými organizacemi existují rozdíly v přístupu i v celkovém vnímání a ošetření problematiky, v personálním zajištění, v nabízených službách i v poskytované podpoře. Na jedné straně jsou zařízení, která mají s řešenou oblastí bohaté praktické zkušenosti, na druhé straně jsou zařízení, která s poskytovanou podporou teprve začínají, nebo se na ni připravují. V některých zařízeních došlo k celkové transformaci poskytovaných služeb i přístupu k uživateli, některá nekoedukovaná zařízení se stala koedukovanými atp. V mnohých zařízeních se zvýšilo povědomí o dané problematice, proběhlo množství vzdělávacích a dalších iniciativ a postavily se základy funkčního ošetření problematiky (vymezení přístupu, postojů a kompetencí, standardy, protokol vztahů a sexuality, metodiky, pozice sexuálního důvěrníka atp.). Na jedné straně jsou zařízení, ve kterých je problematika řešena, ošetřena a všichni tzv. „táhnou za jeden provaz“, na druhou stranu jsou taková, ve kterých i uvnitř organizace panuje názorová neshoda a nejednotnost. Jsou také zařízení, pro která již není daná oblast natolik aktuální (např. z důvodu věku uživatel), na druhou stranu jsou zařízení, pro která by problematika aktuální byla, avšak se jí zabývat nechtějí. Situace je v praxi poměrně rozmanitá, v každém zařízení zcela individuální a nelze ji jakkoliv plošně generalizovat. I přesto lze obecně konstatovat, že výsledky výzkumu vypovídají o četných změnách, posunech a počinech směřujících k individuálnějšímu, vstřícnějšímu, otevřenějšímu a komplexnějšímu způsobu uchopení problematiky partnerských vztahů a sexuality osob s MP.

# Závěr

**Zdeňka Kozáková**

Hlavním záměrem monografie bylo přinést aktuální vhled do oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP a prezentovat vybrané výsledky realizovaného výzkumu. Teoreticko-deskriptivní rámec řešené problematiky je součástí první kapitoly, která je rozdělena do devíti subkapitol. Ty byly zpracovány na základě empirie a aktuálních poznatků odborné literatury, výzkumů a studií v národním i mezinárodním měřítku. Na teoretická východiska navazuje prezentace výsledků výzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjistit, popisovat, analyzovat a následně interpretovat současnou situaci v oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP v prostředí základních škol a zařízení sociálních služeb pro osoby s MP v České republice. Byl využit smíšený design výzkumu. Kvalitativní část výzkumu probíhala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s žáky, s pedagogickými pracovníky, s uživateli a s pracovníky v sociálních službách. Kvantitativní část probíhala prostřednictvím dotazníků mezi pracovníky zařízení sociálních služeb.

Výsledky výzkumu poukazují na to, že v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP nastalo mnoho změn a posunů, které směřují k individuálnějšímu, otevřenějšímu, vstřícnějšímu a komplexnějšímu způsobu uchopení problematiky. A to jak v prostředí zařízení sociálních služeb, tak ve školách pro žáky s mentálním a kombinovaným postižením.

Přestože je situace v každém zařízení zcela individuální a nelze ji jakkoliv zobecnit, pokusíme se v dalším textu shrnout nejčastěji zaznamenané změny a posuny:

- Dříve byla problematika partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP povětšinou tabu, dnes se o ní otevřeně hovoří a řeší se.
- Objevují se změny v postojích pracovníků, rodičů, opatrovníků i samotných osob s MP. Přístup je otevřenější a vstřícnější.
- V současné době je v dané oblasti větší osvěta a informovanost. Existují rozmanité možnosti vzdělávání, školení, kurzů, workshopů, supervize apod. A to jak pro pracovníky, tak i pro osoby s MP, jejich rodiče a opatrovníky.
- V mnohých zařízeních došlo k transformaci poskytovaných služeb i celkového přístupu k uživateli. Z některých nekoedukovaných zařízení se stala zařízení koedukovaná. Zvýšilo se povědomí o dané problematice, proběhlo množství vzdělávacích a dalších iniciativ, postavily se základy funkčního ošetření problematiky v zařízení (vymezení přístupu, postojů a kompetencí, standardy, protokol vztahů a sexuality, metodiky, pozice sexuálního důvěrníka atp.).
- Informace z oblasti sexuality se k člověku s MP dostávají již mnohem dříve a v daleko komplexnějším rozsahu a názornějším podání, než tomu bylo dříve. Existuje více materiálů, pomůcek, metodik a publikací pro práci se vztahy a sexualitou osob s MP. Dříve se většinou řešily až následky, dnes se pracuje již na preventivní rovině s potenciálními riziky, probíhá sexuální osvěta apod.
- Oblasti, které byly ještě před několika lety vnímány jako problematické, kontroverzní a někdy i nemožné, jsou dnes již považovány za zcela samozřejmé, např. partnerský a intimní život lidí s MP, vzájemné soužití partnerů s MP, poskytování poradenství v jednotlivých oblastech podpory co nejběžnějšího způsobu života, vztahů a sexuality atd.

Závěrem lze shrnout, že v mnohých zařízeních pro osoby s MP nastaly poměrně výrazné změny, a to jak v úrovni poskytované podpory, tak i v rovině celkového přístupu k dané problematice. Pracovníci si stále více uvědomují význam partnerských vztahů a sexuality v životě jedince s MP a v tomto kontextu i potřebu adekvátně poskytované podpory. Respektují, že i pro člověka s MP je naplnění v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality důležitou součástí životní spokojenosti a plnohodnotného kvalitního

života. Snaží se již nezaměřovat na rozdílnosti, zvláštnosti či problémy, ale naopak přijímat člověka s MP jako individualitu, která je schopna mít, vnímat a naplňovat své potřeby i v oblasti mezilidských a sociálních vztahů, intimity a sexuality. Nestává se již, že by byl člověk s MP vyčleněn z běžného každodenního života, nebo ze vzdělávání a informace z oblasti sexuality se k němu dostávaly až v období dospělosti. V současné době již získává adekvátní informace mnohem dříve, názorněji a komplexněji, většinou v rámci školního vzdělávání a návazně i v dalších institucích. I přesto, že již dospělý člověk s MP disponuje základními vědomostmi, dovednostmi a návyky ze školy, rodiny a z dalších institucí, lze předpokládat, že i v období dospělosti bude nadále potřebovat určitou míru podpory. Ne již v rovině vytváření vědomostní, dovednostní a návykové základny, ale spíše v rovině aplikační při řešení konkrétních situací a zakázek.

Výsledky výzkumu také ukazují, že poskytování podpory lidem s MP ve vztahu k sexualitě nemusí být vždy snadným úkolem. V oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP se může vyskytnout množství rizikových či problematických aspektů. Ty mohou souviset s mnoha faktory. Například s prostředím, ve kterém se jedinec s MP pohybuje a žije, nebo s postoji pracovníků, rodičů, opatrovníků či nejširší veřejnosti. Je proto důležité poskytovat podporu nejen člověku s MP, ale i jeho blízkému okolí. Jak pracovníci, tak i rodiče a opatrovníci osob s MP by měli disponovat otevřeným a chápajícím přístupem a ochotou spolupracovat se zařízením či s dalšími odborníky, vyvstane-li potřeba participovat na řešení konkrétních situací v oblasti sexuality.

Nedílnou součástí řešené problematiky jsou také postoje široké veřejnosti. To zaznělo i v mnohých responsích: „*je potřeba další osvěty i v laické společnosti, která sexualitu osob s MP vnímá jako něco nepřijatelného*“. Přestože se postoje veřejnosti postupně mění, existují i v dnešní době oblasti, které se setkávají s rozpaky či s rozporuplnými postoji okolí, anebo dokonce s kritikou. Jednou z nich může být např. rodičovství, otázky sexuální asistence, nebo to, jak efektivně a prakticky zajistit sexuální potřeby lidí s MP atp. Na takovéto oblasti by bylo vhodné se do budoucna ještě více a komplexněji zaměřit a hledat odpovědi na mravní, etické a praktické otázky konkrétní podoby poskytované podpory.

Naplnění v oblasti vztahových a sexuálních potřeb je jednou z důležitých komponent plnohodnotného, kvalitního a spokojeného života. To by měla reflektovat i adekvátně poskytovaná podpora a nabídka služeb. Je

proto důležitou výzvou se i nadále oblastí partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP zabývat a řešit další vyvstávající otázky a témata. Věříme, že i naše publikace je jedním z důležitých kamínků v mozaice poznání této bohaté a mnohorozměrné oblasti.

# Shrnutí

**Zdeňka Kozáková**

Publikace prezentuje výsledky výzkumu, který byl realizován v rámci projektu IGA/ IGA\_PdF\_2020\_038: „Výzkum v oblasti partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením“.

Hlavním záměrem monografie je přinést systematický přehled současného stavu poznání problematiky a prezentovat vybrané výsledky výzkumu, který se snažil postihnout oblast partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s mentálním postižením (MP) v prostředí základních škol a zařízení sociálních služeb v České republice.

Publikace je rozdělena do **čtyř základních celků**. Jsou jimi:

1. Základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s mentálním postižením.
2. Kvalitativní výzkum v prostředí základní školy.
3. Kvalitativní výzkum v prostředí zařízení sociálních služeb.
4. Kvantitativní výzkum v zařízeních sociálních služeb v České republice.

První část publikace přibližuje základní východiska v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP. Teoreticko-deskriptivní rámec řešené problematiky je zpracován na základě empirie a aktuálních poznatků z odborné literatury, výzkumů a studií v národním i mezinárodním měřítku. Prezentován je v rámci první kapitoly, která je rozdělena do devíti subkapitol. První podkapitola předkládá terminologické aspekty v oblasti mentálního postižení a také přibližuje charakteristiku osobnosti jedince s MP v kontextu prostředí jejího rozvoje. Druhá subkapitola vymezuje

právo jedince s MP na vlastní prožití sexuality. Třetí podkapitola se zabývá předsudky v oblasti sexuality osob s MP. Čtvrtá podkapitola je věnována sexualitě, intimitě a psychosexuálnímu vývoji jedince s MP. Pátá subkapitola se zaměřuje na partnerské, manželské a rodičovské vztahy člověka s MP. Šestá podkapitola se zabývá problematikou sexuálního zneužívání. Sedmá subkapitola se zaměřuje na sexuální výchovu a osvětu jedince s MP. Osmá subkapitola přibližuje možnosti ošetření problematiky sexuality v zařízení, devátá se zaměřuje na praktické aspekty realizace podpory v oblasti partnerských vztahů a sexuality.

Na teoretická východiska navazuje prezentace výsledků kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, deskribovat, analyzovat a následně interpretovat současnou situaci v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality osob s MP v prostředí základních škol a zařízení sociálních služeb pro osoby s MP v České republice. Metodika smíšeného designu výzkumu je prezentována ve třech rovinách a ve třech základních celcích. Jsou jimi zaprvé kvalitativní výzkum v základní škole, za druhé kvalitativní výzkum v zařízení sociálních služeb a zatřetí kvantitativní výzkum v zařízeních sociálních služeb v rámci celé České republiky. Kvalitativní část výzkumu probíhala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pedagogickými pracovníky, s žáky s MP, s pracovníky v sociálních službách a s uživateli s MP. Kvantitativní část výzkumu byla realizována prostřednictvím dotazníků. Po kvalitativní interpretaci rozhovorů tak následuje kvantitativní analýza dotazníků, jež velice vhodně doplňuje mozaiku získaných informací a některá data zdůrazňuje svou statistickou průkazností. Byl tak využit jedinečný smíšený design výzkumu, kdy byl nejdříve aktuální stav problematiky v praxi zjišťován kvalitativními metodami a následně byly získané skutečnosti statisticky ověřovány mezi pracovníky zařízení sociálních služeb v rámci celé České republiky.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že v oblasti přístupu k partnerským vztahům a sexualitě osob s MP nastalo mnoho změn a posunů, a to jak v prostředí základních škol, tak sociálních služeb. V obecné rovině lze změny shrnout následovně:

- Dříve byla problematika sexuality osob s MP povětšinou tabu, dnes se o ní otevřeně hovoří a řeší se.

- Dnes je větší osvěta a informovanost, existují možnosti supervize, školení, kurzů a vzdělávání jak pro pracovníky, tak pro osoby s MP, případně i pro jejich rodiče a opatrovníky.
- Objevují se změny v postojích a přístupu pracovníků, rodičů, opatrovníků, samotných osob s MP i veřejnosti.
- Mnoho zařízení sociálních služeb prošlo transformací, změnilo se z nekoedukovaných na koedukované, ošetřilo v zařízení i problematiku partnerských vztahů, intimity a sexuality (metodiky, protokol vztahů a sexuality, standardy atp.).
- Dnes existuje více materiálů a literatury pro práci se sexualitou osob s MP.
- V mnohých zařízeních pro osoby s MP byla zavedena funkce sexuálního důvěrníka.
- Dříve se většinou řešily spíše následky sexuality, dnes se problematika začíná řešit již na preventivní rovině, pracuje se s riziky, hledají se adekvátní možnosti podpory v oblasti vztahů a vzájemného soužití osob s MP atp.

Závěrem lze shrnout, že v oblasti přístupu k partnerským vztahům a sexualitě osob s MP nastalo mnoho změn a posunů směrem ke komplexnějšímu způsobu uchopení a řešení problematiky. A to jak v prostředí zařízení sociálních služeb, tak ve školách pro žáky s mentálním a kombinovaným postižením. Všichni lidé s MP v současné době získávají základní orientaci v oblasti sexuality již v rámci vzdělávání ve škole a další instituce na to mohou následně navázat.

Výsledky výzkumu jsou však zároveň důkazem toho, že poskytování podpory lidem s MP ve vztahu k jejich sexualitě není vždy zcela snadným úkolem. V oblasti partnerských vztahů, intimity, sexuality a sexuální osvěty osob s MP se může vyskytnout řada rizikových či problematických aspektů. Ty mohou souviset s mnoha faktory. Například s prostředím, ve kterém se jedinec s MP pohybuje a žije, nebo s postoji pracovníků, rodičů, opatrovníků či nejširší veřejnosti. Ještě i dnes existují oblasti, které se v souvislosti se sexualitou osob s MP setkávají s rozpaky, nebo i s kritikou. Jednou z takových je např. oblast rodičovství, nebo to, jak efektivně a prakticky zajistit sexuální potřeby lidí s MP. Jedná se o oblasti, na které by bylo vhodné se ještě více zaměřit a řešit problematiku mravních, etických

a praktických otázek v kontextu konkrétní podoby poskytované podpory. Jako žádoucí se jeví také spolupráce s rodiči, či opatrovníky osob s MP a jejich edukace v oblasti sexuality. Je důležité, aby i jejich přístup byl otevřený a chápající a byli ochotni v případě potřeby řešení konkrétních situací a zakázek člověka s MP spolupracovat se zařízením či s dalšími odborníky. Mezilidské a partnerské vztahy jsou důležitou součástí života člověka. U osob s jakýmkoliv typem postižení tomu není jinak. I pro ně je naplnění v oblasti partnerských vztahů, intimity a sexuality jedním z významných faktorů a ukazatelů plnohodnotného, kvalitního a spokojeného života. Proto je důležitou výzvou se i nadále touto oblastí zabývat, řešit další vstávající otázky a hledat adekvátní formy a způsoby podpory.

# Summary

This publication presents the results of a research study implemented as part of the project IGA/ IGA\_PdF\_2020\_038: “Research on partnerships and sexuality in persons with intellectual disability”.

The main objective of the monograph was to provide a systematic overview of the current state of knowledge concerning the issue and to present the selected results of the research which aimed to cover the area of partnerships, intimacy, sexuality and sexuality education in persons with intellectual disability (ID) in primary schools and social care establishments in the Czech Republic.

The publication is divided into **four basic units**. These include the following:

1. Background of partnerships, intimacy and sexuality in persons with intellectual disability.
2. Qualitative research on sexuality among in primary schools.
3. Qualitative research in social care establishments.
4. Quantitative research in social care establishments in the Czech Republic.

The first part of the publication describes the background of partnerships, intimacy and sexuality in persons with intellectual disability. The theoretical-descriptive framework of the issue is based on empirical evidence and the current data from relevant literature and research studies in the national as well as international context. The framework is presented in the first chapter, which is divided into nine subchapters. The first

subchapter presents the terminological aspects of intellectual disability and personality characteristics of individuals with ID in the context of their developmental environment. The second subchapter defines the right of an individual with ID to experience one's sexuality. The third subchapter deals with prejudice in the area of sexuality of persons with ID. The fourth subchapter addresses sexuality, intimacy and psycho-sexual development of individuals with ID. The fifth sub-chapter focuses on partnership, marriage and parental relationships of persons with ID. The sixth subchapter deals with the issue of sexual abuse. The seventh subchapter focuses on sexuality education of persons with ID. The eighth and ninth subchapters present the possibilities of treating the issue of sexuality in the facility, including the outlining of practical aspects of the implementation of support.

The theoretical background is followed by a presentation of the results of the qualitative and quantitative research. The main objective of the study was to identify, describe, analyse, and interpret the current situation in the area of partnerships, intimacy and sexuality in persons with ID in primary schools and social care establishments for persons with intellectual disability in the Czech Republic. The mixed research methodology is presented in three tiers and three basic complexes. They include the following: qualitative research in primary schools, qualitative research in social care establishments and quantitative research in social care establishments across the Czech Republic. The qualitative part of the research was carried out by means of semi-structured interviews with teachers, pupils with ID, social service employees and clients with ID. The quantitative part of the research was carried out by means of questionnaires. The qualitative interpretation of the interviews was followed by a quantitative analysis of the questionnaires, which very aptly complemented the mix of information and confirmed some of the data by its statistical relevance. Using this unique mixed research design, the current state of the issue was first investigated by means of qualitative methods and then the data were statistically verified on a sample of employees of social care establishments throughout the Czech Republic.

The results of the research suggest that the area of attitudes to partnerships and sexuality in persons with ID has gone through many changes

and shifts, both in the area of social services and schools. These changes can be summarized as follows:

- Previously the issue of sexuality in persons with ID was a taboo, while today it is open and spoken about.
- Today there is greater awareness, supervision, training as well as courses and education both for social service employees and clients with ID or their parents and carers.
- There have also been changes in the attitudes of social service employees, parents, carers, persons with ID themselves and the public.
- Many social care establishments have transformed from non-coeducated to co-educated establishments, the services provided have been transformed and the rules of the services in the area of intimacy, sexuality and partnerships of persons with ID have been redefined (methodology, sexuality protocol, standards etc.).
- More materials and literature on sexuality of persons with ID are available today.
- Many establishments for persons with ID have the position of a sexual confidant.
- In the past, focus was rather on the consequences of sexuality, while today, addressing the issue starts with prevention, risk analysis, searching for possible support in the area of relationships and coexistence of persons with ID etc.

It can be concluded that the area of attitudes to partnerships and sexuality in persons with ID has been subject to many changes and shifts towards a more comprehensive and high-quality analysis of the issue. Both in social care establishments and schools for learners with intellectual or multiple disabilities. We can see that the areas that used to be perceived as problematic, controversial and sometimes impossible a few years ago are now commonplace. This includes establishing partnerships, intimate life of persons with ID, providing advice to individuals with ID concerning sexuality, contacting a sexual confidant, etc. Currently, all persons with ID acquire the basic information about sexuality already in school and this should be followed by other institutions. There is also a much broader range of aids, methodological materials, publications, videos, films, etc. which can be used with clients with ID. The system of supporting employees in addressing sexuality of clients with ID has considerably

increased. More difficult or controversial situations, disputes or dilemmas may be addressed under supervision or consulted with internal or external experts.

At the same time, the results of the research suggest that providing support to persons with ID in relation to their sexuality is not an easy task. In the area of partnerships, intimacy, sexuality and sexuality education of persons with ID there may be a number of risks or problematic aspects. These may be related to many factors. For example, the environment in which a person with ID lives or the attitudes of employees, parents, carers or the general public. Today, there are still aspects of sexuality of persons with ID that cause embarrassment or criticism. Some of these areas are, for example, the area of parenthood or ensuring that sexual needs of persons with ID are fulfilled. These areas deserve more attention including moral, ethical and practical aspects in the context of specific types of assistance. An extremely important part is cooperation with parents or carers of persons with ID and their education in the area of sexuality. It is vital to ensure that their attitude is open and understanding to the expressions of sexuality of persons with ID as well as ensure that they cooperate with relevant establishments and employees.

Interpersonal relationships and partnerships constitute a very important part of human life. The same applies to persons with any type of impairment. For them, fulfilment in the area of partnerships, intimacy and sexuality is a significant factor and indicator of one's value, quality and life satisfaction. Therefore, it is increasingly important to address the issue of partnerships, intimacy, sexuality and sexuality education and to identify other emerging questions and areas, and to seek adequate forms and ways of support.

# Zdroje

ABBOTT, D. & HOWARTH, J. (2007). Still Off-Limits? Staff Views on Supporting Gay, Lesbian and Bisexual People with Intellectual Disabilities to Develop Sexual and Intimate Relationships? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 20(2), 116–126 [cit. 2019-04-08]. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2006.00312.x. ISSN 1360-2322.

ADAMSOVÁ, C. & FAYOVÁ, J. (1997). *Už žádná tajemství. Jak chránit dítě před sexuálním napadením*. Praha: Themis.

ADDLAKHA, R. (2007). How Young People with Disabilities Conceptualize The Body, Sex and Marriage in Urban India: Four Case Studies. *Sexuality and Disability*. 25(3), 111–123. ISSN 0146-1044.

ADEREMI, T. J., PILLAY, B. J. & ESTERHUIZEN, T. M. (2013). Differences in HIV knowledge and sexual practices of learners with intellectual disabilities and non-disabled learners in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society* [online]. 16(1) [cit. 2019-04-10]. DOI: 10.7448/IAS.16.1.17331. ISSN 17582652.

AUNOS, M. & FELDMAN, M. A. (2002). Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 15(4), 285–296 [cit. 2019-04-08]. DOI: 10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x. ISSN 1360-2322.

AZZOPARDI-LANE, C. & CALLUS, A.-M. (2014). Constructing sexual identities: people with intellectual disability talking about sexuality. *British Journal of Learning Disabilities*. 43(1), 32–37. ISSN 1354-4187.

AZZOPARDI-LANE, C. (2011). *Sexuality and intimate relationships for people with learning disability in Malta: realities and potentials*. Master degree thesis, University of Kent.

BALADERIAN, N. (1991). *Sexual abuse of people with developmental disabilities. Sexuality and Disability*, 9 (4), s. 323–335.

BAŠTECKÁ, B. & GOLDMANN, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

BAZALOVÁ B. (2008). Sexualita a sexuální výchova u osob s mentálním postižením v institucionálních podmínkách, *Speciální pedagogika*. 18 (3), s. 247–255. ISSN 1211-2720.

BEAUFILS, F., BURLET, C., DICKELÉ, A.-M., LACROIX, X., LEBATARD, Ch., LEGRAS, C, VILDÉ, J.-L. & WEIL, B. (2012). OPINION N°118. The emotional and sexual lives of people with disabilities, The issue of sexual assistance. *National Consultative Ethics Committee for Health and Life Sciences*.

BEDNÁŘ, M. (1994). *Úvodní kurz pracovníků ÚSP Na výsluní Bílsko*. Olomouc: OkÚ.

BELL, D. M. & CAMERON, L. (2003). The assessment of the sexual knowledge of a person with a severe learning disability and a severe communication disorder. *British Journal of Learning Disabilities*[online]. 31(3), 123–129 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1046/j.1468-3156.2003.00239.x. ISSN 1354-4187.

BENDER, M. P., AITMAN, J. B., BIGGS S. J. & HAUG U. (1983). Initial findings concerning a sexual knowledge questionnaire. *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)* [online]. 11(4), 168–169 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1111/j.1468-3156.1983.tb00172.x. ISSN 02619997.

BERNERT, D. J. & OGLETREE, R. J. (2013). Women with intellectual disabilities talk about their perceptions of sex. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 57(3), 240–249 [cit. 2020-05-02]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2011.01529.x. ISSN 09642633.

BINAROVÁ, I. (2000). *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.

BORNMAN, J. & RATHBONE L. (2016). A Sexuality and Relationship Training Program for Women with Intellectual Disabilities: A Social Story Approach. *Sexuality and Disability*. 34(3), 269–288. ISSN 0146-1044.

BOSCH, E. & SUYKERBUYK, E. (2007). Aufklärung – die Kunst der Vermittlung: Methodik der sexuellen Aufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung. Juventa-Verlag.

Brožury nejen pro ženy, nedatováno. In *Uzvim.org* [online]. [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: [http://www.uzvim.org/?page\\_id=12](http://www.uzvim.org/?page_id=12)

BRUDER, C. & KROESE, B. (2005). The efficacy of interventions designed to prevent and protect people with intellectual disabilities from sexual abuse: a review

of the literature. *The Journal of Adult Protection* [online]. 7(2), 13–27 [cit. 2020-04-09]. DOI: 10.1108/14668203200500009. ISSN 1466-8203.

BZDÚCHOVÁ, S. (2000). *Sexuálna výchova mentálne postihnutých detí, mládeže a dospelých. Tréninkový program (Petrek training & Development) pro ZPMP na Slovensku*, Skalica, 19.–21. 10. 2000.

CANCIO, J. A. P. (2004). *Sexuální a reprodukční práva*. Občanský institut [online]. Publikováno 20. 7. 2004.

*Centers for disease control and prevention: Health-Related Quality of Life (HRQOL)* [online]. [cit. 2020-08-10]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hrqol/>

COLLINS, N. L. & FEENEY, B. C. (2004). An Attachment Theory Perspective on Closeness and Intimacy. In MASHEK, D. J. & ARON, A. (Eds.), *Handbook of Closeness and Intimacy*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 163–187.

CONOD, L. & SERVAIS, L. (2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. In *La vida sexual de las personas con discapacidad intelectual*. Cuernavaca: Salud Pública de México. Vol. 50 (2008), No. 2. ISSN 0036-3634.

CUSKELLY, M. & GILMORE, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 32(3), 214–221. ISSN 1366-8250.

CUSKELLY, M. & BRYDE, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 29(3), 255–264. ISSN 1366-8250.

ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

ČESKO. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

DAVIES, D. (2000). Sex and Relationship Facilitation Project for People with Disabilities. *Sexuality and Disability*. 18(3), 187–194. ISSN 01461044.

DEL VALLE, P. R., MCEACHERN, A. G. & CHAMBERS, H. D. (2001). *Journal of Poetry Therapy*. 14(4), 187–197. ISSN 08893675.

DENZIN, N. (1989). *The research act*. London, Prentice-Hall.

DESCUTNER, C. J. & THELEN, M. H. (1991). Development and Validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (2), 218–225.

DÍAZ MORFA, J. R. (2009). *Moje první knížka o sexu*. Ilustroval VANE. Praha: Ottovo nakladatelství.

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [online], 2013. Washington DC: American Psychiatric Publishing [cit. 2020-05-31]. Dostupné z: <http://displus.sk/DSM/subory/dsm5.pdf>

DOI, S. C., & THELEN, M. H. (1993). *The Fear-of-Intimacy Scale: Replication and Extension*. *Psychological Assessment*, 5 (3), 377–383.

DOYLE, M., D. (2009). The differences between sex offending and challenging behaviour in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* [online], 29(2), 107–118 [cit. 2020-03-12].

DOI: 10.1080/13668250410001709467. ISSN 1366-8250.

DUKES, E. & MCGUIRE, B. E. (2009). Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53(8), 727–734. [cit. 2017-03-23]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2009.01186.x. ISSN 09642633.

EASTGATE, G., N. LENNOX, M.I. VAN DRIEL & SCHEERMEYER. E. (2011). Women with intellectual disabilities: A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician* [online]. 40(4), 226–230 [cit. 2020-04-10]. ISSN 03008495. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21597535>

EASTGATE, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*. 50, 255–259. ISSN 0036-3634.

EDMONSON, B. & WISH, J. (1975). Sex Knowledge and Attitudes of Moderately Retarded Males. *American Journal of Mental Deficiency* [online]. 80(2), 172–179 [cit. 2020-03-15]. ISSN 00029351.

EDMONSON, B., MCCOMBS, K. & WISH, J. (1979). What Retarded Adults Believe about Sex. *American Journal of Mental Deficiency* [online]. 84(1), 11–18 [cit. 2019-04-10]. ISSN 00029351.

EGEMO-HELM N., K. R., MILTENBERGER, R. G., KNUDSON, P., FINSTROM, N., JOSTAD, C. & JOHNSON B. (2007). An evaluation of in situ training to teach sexual abuse prevention skills to women with mental retardation. *Behavioral Interventions* [online]. 22(2), 99–119 [cit. 2019-04-09]. DOI: 10.1002/bin.234. ISSN 10720847.

EISNER, P. & MIKULCOVÁ, S. (2009). *Listy sexuality*. Obrazová publikace. Praha: Společnost Pohoda, o.p.s.

ENOW H., P., SINGH R. & THALITAYA MD. (2015). Need for a Comprehensive Sex and Relationship Education Programme for Adults with Learning Disability. *Psychiatria Danubina* [online]. 27 Suppl 1, S465–7 [cit. 2020-04-08]. ISSN 03535053.

ERIKSON, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton, s. 445.

- EVANS, D. S., MCGUIRE, B. E., HEALY, E. & CARLEY, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53(11), 913–921. ISSN 09642633.
- FILIP, J. (2011). *Vybrané kapitoly ke studiu ústavního práva*. 2. vyd. Brno: Nakladatelství Václav Klemm.
- FIRESTONE, R. W., & FIRESTONE, L. (2004). Methods for Overcoming the Fear of Intimacy. In Mashek, D. J. & Aron, A. (Eds.), *Handbook of Closeness and Intimacy*. 375–395. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- FISHER, H. (1994). *Anatomy of Love. A Natural History of Mating, Marriage, and Why We Stray*. New York: Fawcett Columbine.
- FISCHER, S. & ŠKODA, J. (2014). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton.
- FITZGERALD, Ch. & WITHERS, P. (2013). I don't know what a proper woman means: what women with intellectual disabilities think about sex, sexuality and themselves. *British Journal of Learning Disabilities*. 41(1), 5–12. [cit. 2020-06-21]. DOI: 10.1111/j.1468-3156.2011.00715.x. ISSN 13544187.
- FRAWLEY, P. & WILSON, N. J. (2016). Young People with Intellectual Disability Talking About Sexuality Education and Information. *Sexuality and Disability*. 34(4), 469–484. ISSN 0146-1044.
- FURREY, E. M. (1994). Sexual Abuse of Adults With Mental Retardation: Who and Where. *Mental retardation* [online]. June, 32(3), 173–180 [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8084268>
- GALEA, J., BUTLER, J., IACONO, T. & LEIGHTON, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 29(4), 350–365. [cit. 2020-03-23]. DOI: 10.1080/13668250400014517. ISSN 1366-8250.
- GALLAGHER A. (2011). *Investigating staff's attitudes and willingness to support men and women with mild intellectual disabilities on matters relating to their sexuality*. Master degree thesis, University of Glasgow.
- GAMMINO, G. R., FACCIO, E. & CIPOLLETTA, S. (2016). Sexual Assistance in Italy: An Explorative Study on the Opinions of People with Disabilities and Would-Be Assistants. *Sexuality and Disability*. 34(2), 157–170. ISSN 0146-1044.
- GARDINER, T. & BRADDON, E. (2009). 'A Right to Know'. Facilitating a relationship and sexuality programme for adults with intellectual disabilities in Donegal. *British Journal of Learning Disabilities*. 37(4), 327–329. ISSN 13544187.

- GARWOOD, M. & MCCABE, M. P. (2000). Impact of Sex Education Programs on Sexual Knowledge and Feelings of Men with a Mild Intellectual Disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities* [online]. 35(3), 269 [cit. 2020-04-10]. ISSN 10793917.
- GAVORA, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. vyd. Brno: Paido.
- Gender Violence and Women with Intellectual Disabilities* [online]. (2009). Madrid: Regional government. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/methods-and-tools/spain/brochure-gender-violence-and-women-intellectual-disabilities?lang=de>
- GIDDENS, A. (2003). *Sociologie*. Praha: Argo.
- GIL-LLARIO, M. D., MORELL-MENGUAL, V., BALLESTER-ARNAL, R. & DÍAZ-RODRÍGUEZ, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 62(1), 72–80 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1111/jir.12455. ISSN 09642633.
- GILMORE, L. & CHAMBERS, B. (2010). Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 35(1), 22–28. ISSN 1366-8250.
- GLASER, B. G. & STRAUSS, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York, Aldine.
- GOMEZ, L., ARIAS, B., VERDUGO, M. & NAVAS, P. (2012). Application of the Rasch rating scale model to the assessment of quality of life of persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 37(2), 141–150. ISSN 1366-8250.
- GRAY, C. (2003). *Social Stories*. Dostupné z: <http://www.thegraycenter.org/social-stories/how-to-write-socialstories?tmpl=compone>
- GRIEVE, A., MCLAREN, S. & LINDSAY, W. R. (2006). An evaluation of research and training resources for the sex education of people with moderate to severe learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities* [online]. 35(1), 30–37 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1111/j.1468-3156.2006.00401.x. ISSN 1354-4187.
- GRIEVE, A., MCLAREN, S., LINDSAY, W. & CULLING, E. (2009). Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *British Journal of Learning Disabilities*. 37(1), 76–84. ISSN 13544187.
- HALL, J. E. & MORRIS H. L. (1976). Sexual knowledge and attitudes of institutionalized and noninstitutionalized retarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency* [online]. 80(4), 382–7 [cit. 2020-04-10]. ISSN 00029351.

- HEALY, E., MCGUIRE, B. E., EVANS, D. S. & CARLEY, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53(11), 905–912. [cit. 2020-03-22]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2009.01203.x. ISSN 09642633.
- HENDL, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál.
- HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepr. a rozš. vyd. Praha: Portál.
- HEREK, G. M. & GARNETS, L. D. (2007). Sexual Orientation and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology* [online]. 3(1), 353–375 [cit. 2020-03-15]. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510. ISSN 1548-5943.
- HESHUSIUS, L. (1982). Sexuality, intimacy, and persons we label mentally retarded: What they think-what we think. *Mental Retardation* [online]. 20(4), 164–168 [cit. 2020-04-08]. ISSN 00476765.
- HIGGINS, A., BARKER, P. & BEGLEY, C. M. (2006). Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 13(6), 687–697 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2006.01016.x. ISSN 1351-0126.
- HUANG, W. (1997). Equal access to employment opportunities for people with mental retardation: an obligation of society. *Journal of Rehabilitation*. Jan–March, 1997.
- CHENG, M. M. & UDRY, J. R. (2005). Sexual Experiences of Adolescents with Low Cognitive Abilities in the U.S. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 17(2), 155–172. ISSN 1056-263x.
- CHIVERS, J. & MATHIESON S. (2000). Training in Sexuality and Relationships: An Australian Model. *Sexuality and Disability*. 18(1), 73–80. ISSN 01461044.
- CHOU, Y.-ch., LU, Z.-y. J. & LIN Ch.-j. (2018). Comparison of attitudes to the sexual health of men and women with intellectual disability among parents, professionals, and university students. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* [online]. 43(2), 164–173 [cit. 2020-06-07]. DOI: 10.3109/13668250. 2016.1259465. ISSN 13668250.
- CHRÁSKA, M. (1998). *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- CHRÁSKA, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada.
- CHRÁSKA, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada.

CHRISTIAN, L. A., STINSON J. & DOTSON, L. A. (2001). Staff Values Regarding the Sexual Expression of Women with Developmental Disabilities. *Sexuality and Disability*. 19(4), 283–291. ISSN 01461044.

ICD-10. Světová zdravotnická organizace. *International statistical classification of diseases and related health problems (10th Revision)*. [online] 2018 [cit. 2020-04-13]. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F70-F79>

ICD-11. Světová zdravotnická organizace. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. [online] 2018 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Intimní asistence pro potřebné, 2015. In *Rozkoš bez rizika* [online]. 11. 4. [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: <http://www.zajdeme.cz/handicap/ad/akce-poradame,35/pravo-na-sex-aneb-intimni-asistence-pro-potrebn,159.html>

IPPF (1996). *Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London. Dostupné z <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/o/charter.pdf>

IPPF (2008). *Sexual rights: an IPPF declaration*. London. Dostupné z <http://www.ippf.org/en/Resources/Statements/Sexual+rights+an+IPPF+declaration.htm>

ISLER, A., TAS, F., BEYTUT, D. & CONK, Z. (2009). Sexuality in Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability* [online]. 27(1), 27–34 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1007/s11195-009-9107-2. ISSN 0146-1044.

JAHODA, A. & POWNALL, J. (2014). Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 58(5), 430–441 [cit. 2020-03-07]. DOI: 10.1111/jir.12040. ISSN 09642633.

JANIŠ, K. (2002). *Sexuální výchova – příspěvek k teorii a praxi*. Hradec Králové : Gaudeamus.

JÍLEK, A. (1992). *Pán s jedním zubem: Příběhy mentálně postižených chlapců a jejich chybujícího, ne-li neschopného vychovatele*. Praha: Nová Inspirace.

KAHN-NATHAN, J. (1992). *Encyklopedie pohlavního života 10–13 let*. Bratislava: Slovart.

KATZ, G. & LAZCANO-PONCE, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de México*. 50, 239–254. ISSN 0036-3634.

KELLY, G., CROWLEY, H. & HAMILTON, C. (2009). Rights, sexuality and relationships in Ireland: 'It'd be nice to be kind of trusted'. *British Journal of Learning Disabilities*. 37(4), 308–315 [cit. 2020-03-23]. DOI: 10.1111/j.1468-3156.2009.00587.x. ISSN 13544187.

KIJAK, R. (2013). The Sexuality of Adults with Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability* [online]. 31(2), 109–123 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1007/s11195-013-9294-8. ISSN 0146-1044.

KONSTANTAREAS, M. M. & LUNSKY, Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal Of Autism And Developmental Disorders* [online]. 27(4), 397–413 [cit. 2020-04-05]. ISSN 01623257.

KOPALOVÁ, E. (1995). Sexuální výchova a partnerstvo lidí s mentálním postižením. In PAVLŮ, D. *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK a Společnost pro ucelenou rehabilitaci zdrav. postižených.

KOZÁKOVÁ, Z. (2002). Sexuální zneužívání osob s mentálním postižením v ÚSP s celoročním pobytem. In *Transformace sociálních služeb – cesta k základním lidským hodnotám*. Olomouc: Univerzita Palackého, dostupné na: <<http://www.auspcr.cz/sbornik/uvod/hlavni.html>>

KOZÁKOVÁ, Z. (2004). Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Centrum denních služeb. s. 17–28.

KOZÁKOVÁ, Z. (2004). K některým aspektům sexuální výchovy osob se specifickými potřebami v podmínkách nekoedukovaných ústavních zařízení. In *12. kongres k sexuální výchově*. Pardubice.

KOZÁKOVÁ, Z. (2004). Specifika sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením v podmínkách rezidenčních služeb. In *Sociální aspekty komerčního sexuálního zneužívání*. Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky, s. 32–37.

KOZÁKOVÁ, Z. (2005). *Sexuální výchova osob s mentálním postižením v ústavech sociální péče s celoročním pobytem*. Olomouc, s. 265. Disertační práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta.

KOZÁKOVÁ, Z. (2013). Sexuální výchova osob s mentálním postižením. In VALENTA, M. & MÜLLER, O. et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta.

KOZÁKOVÁ, Z. (2013). *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O. & MÜLLER, O. (2013). *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

KOZÁKOVÁ, Z. (2014). The Life Quality of Families with a Member with a Mental Disability. In *Society, Integration, Education. Proceedings of the International*

Scientifical Conference. Rēzekne: Rēzeknes Augstskola, Latvia, May 23–24, 55–64. ISSN 1691-5887.

KOZÁKOVÁ, Z. (2015). Experiences and attitudes of young people and older people in relation to people with intellectual disabilities. In *International Scientific Conference. SOCIETY, INTEGRATION, EDUCATION*. Latvia, May 22–23. Vol III, 126–134.

KOZÁKOVÁ, Z. (2016). Subjective attitudes of the parents of a child with disability to selected aspects of their quality of life. *Journal of Exceptional People*. 1(8), 15–30. ISSN 1805-4978. Dostupné také z: <http://jep.upol.cz/All-Online-Issues.php>

KOZÁKOVÁ, Z. (2020). Partnerské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením v pobytových sociálních službách v České republice. *Štúdie zo špeciálnej pedagogiky – medzinárodný vedecký recenzovaný časopis*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2020, 2(9). 113–127. ISSN 2585-7363. Dostupné z: [www.studiezospecialnejpedagogiky.sk](http://www.studiezospecialnejpedagogiky.sk)

KRACÍK, J. (1992). *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Karolinum.

KREBS, L. U. (2007). Sexual Assessment: Research and Clinical. *Nursing Clinics of North America* [online]. 42(4), 515–529 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1016/j.cnur.2007.07.004. ISSN 00296465.

KREUTNER, A. K. (1998). Sexuality, Fertility, and the Problems of Menstruation in Mentally Retarded Adolescents. *Pediatric Clinics of North America* [online]. 28(2), 475–480 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1016/S0031-3955(16)34009-3. ISSN 00313955.

KVASNIČKA, L. (1986). Erotické záujmy imbecilných zverencov ÚSS. In *Špeciálna pedagogika*. 1986, č. 2, s. 77–83.

LAFFERTY, A., MCCONKEY, R. & SIMPSON, A. (2012). Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities* [online]. 16(1), 29–43 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1177/1744629512438034. ISSN 1744-6295.

LAASER, M. R. (2004). *Jak mluvit s dětmi o sexu*. Praha: Samuel.

LENORÁKOVÁ, S., MATZNEROVÁ, I. & VELEMÍNSKÝ, M. (2002). Sexuální zneužívání mentálně retardovaných dětí a mladistvých. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: ELÁN.

LEUTAR, Z., MIHOKOVIČ, M., MAURER-BATJER, A., O'CONNOR, K. V. & RAN-DOLPH, J. K. (2007). Level of Knowledge about Sexuality of People with Mental Disabilities. *Sexuality and Disability* [online]. 25(3), 93–109 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1007/s11195-007-9046-8. ISSN 0146-1044.

LEWELLYN, G. & HINDMARSCH, G. (2015). Parents with Intellectual Disability in a Population Context. *Current Developmental Disorders Reports* [online].

26. February, 2(2), 119–126 [cit. 2020-11-18]. ISSN 2196-2987. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408356/>
- LINDSAY, W. R., BELLISHAW, E., CULROSS, G., STAINES, C. & MICHIE, A. (1992). Increases in knowledge following a course of sex education for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 36(6), 531–539 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.1992.tb00571.x. ISSN 09642633.
- LÖFGREN-MÅRTENSON, L., J PILLAY, B. & ESTERHUIZEN, T. M. (2012). "I Want to Do it Right!" A Pilot Study of Swedish Sex Education and Young People with Intellectual Disabilities. In *Sexuality and Disability* [online]. 30(2), 209–225 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1007/s11195-011-9239-z. ISSN 0146-1044.
- LOCKHART, K., GUERIN, S., SHANAHAN, S. & COYLE, K. (2010). Expanding the test of counterfeit deviance: Are sexual knowledge, experience and needs a factor in the sexualised challenging behaviour of adults with intellectual disability? *Research in Developmental Disabilities* [online]. 31(1), 117–130 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1016/j.ridd.2009.08.003. ISSN 08914222.
- LONG, C. G., KRAWCZYK, K. M. & KENWORTHY, N. E. (2013). Assessing the sexual knowledge of women in secure settings: the development of a new screening measure. *British Journal of Learning Disabilities* [online]. 41(1), 51–65 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1111/j.1468-3156.2011.00722.x. ISSN 13544187.
- MAKOVCOVÁ, S. (2011). Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. In *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 18. 5. [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva\\_info\\_160511.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf)
- MANDZÁKOVÁ, LIŠTIAK, S. & MARKOVÁ, D. (2013). Determinanty sexuality u osob s mentálním postihnutím – empirická sonda [Determinants of Sexuality in Persons with Intellectual Disability – empirical search]. In *Špeciálny pedagóg: časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax*. Roč. 2, č. 1, s. 24–50. ISSN 1338-6670.
- MANDZÁKOVÁ, S. (2011). *Zvyšovanie kvality sexuálneho a partnerského života osôb s ťažším mentálnym postihnutím*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.
- MANDZÁKOVÁ, S. & HORŇÁK, L. (2011). *Sexuálna výchova a príprava na partnerstvo osôb s mentálnym postihnutím*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.
- MANDZÁKOVÁ, LIŠTIAK, S., MARKOVÁ, D. & HORŇÁK, L. Eds. (2013). *Sexualita a postihnutie*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.
- MANDZÁKOVÁ, LIŠTIAK, S. (2013). *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál.

- MARTINCOVÁ, J. (2018). *Desatero pro kluky: jak na pubertu, holky i sex: skoro-komiks pro správné kluky o radostech a strastech dospívání*. Brno: Babyonline.
- MATĚJČEK, Z. (1986). *Rodiče a děti*. 1. vyd. Praha: AVICENUM.
- MATOUŠEK, O. et al. (2003). *Metody řízení sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o.
- MATOUŠEK, O. et al. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- MATULAY, K. et al. (1986). *Mentálna retardácia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta.
- MCCABE, M. P. & CUMMINS, R. A. (1996). The Sexual Knowledge, Experience, Feelings and Needs of People with Mild Intellectual Disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities* [online]. 31(1), 13 [cit. 2020-05-11]. ISSN 10793917.
- MCCABE, M. P. (1993). Sex education programs for people with mental retardation. *Mental Retardation Journal*. [online]. 131(6), 377–387. ISSN 1934-9556.
- MCCABE, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*. 17(2), 157–170 [cit. 2020-08-13]. DOI: 10.1023/A:1021476418440. ISSN 01461044.
- MCCABE, M. P., CUMMINS, R. A. & DEEKS, A. A. (1999). Construction and psychometric properties of sexuality scales: sex knowledge, experience, and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*. 20(4), 241–254 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1016/S0891-4222(99)00007-4. ISSN 08914222.
- MCCABE, M. P., CUMMINS, R. A. & REID, S. B. (1994). An empirical study of the sexual abuse of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability* [online]. 12(4), 297–306 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1007/BF02575321. ISSN 0146-1044.
- MCCONKEY, R. & RYAN, D. (2001). Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 45(1), 83–87. ISSN 09642633.
- MCDANIELS, B. & FLEMING, A. (2016). Sexuality Education and Intellectual Disability: Time to Address the Challenge. *Sexuality and Disability* [online]. 34(2), 215–225 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1007/s11195-016-9427-y. ISSN 0146-1044.
- MCDANIELS, B. W. & FLEMING, A. R. (2018). Sexual Health Education: A Missing Piece in Transition Services for Youth with Intellectual and Developmental Disabilities? *Journal of Rehabilitation* [online]. 84(3), 28–38 [cit. 2020-10-10]. ISSN 00224154.

MCGILLIVARY, J., A. (1999). Level of knowledge and risk of contracting HIV/AIDS amongst young adults with mild/moderate intellectual disability. In *Journal of applied research in intellectual disabilities* [online]. 12(2), No. 4, 113–126 [cit. 2020-03-10]. DOI: 10.1111/j.1468-3148.1999.tb00070.x. ISSN 13602322.

*Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* (2000). Praha: Psychiatrické centrum.

MICHALÍK, J. (2012). *Metodika práce se žákem se vzácným onemocněním.* [Čáslav]: Studio Press pro Společnost pro MPS.

MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada.

MITLÖHNER, M. (1999). *Erotika a paragrafy.* Praha: Grada Publishing.

*MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Prezentovaná verze Tabulární části MKN-10 vstoupila v platnost 1. 1. 2020 sdělením Českého statistického úřadu a zahrnuje aktualizaci k 10. 3. 2020.* (2020). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

MOJŽÍŠ, L. (1997). *Základy rodinné výchovy: pomocný pracovní text pro odborná učiliště a praktické školy.* Praha: Septima.

MPSV. (2002). *Standardy kvality sociálních služeb.* Praha: MPSV.

MPSV. (2003). *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele.* Praha: MPSV. Dostupné také z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/pruvodce+%281%29.pdf/a3da091b-e13e-bb30-eafa-e62fie4fe817>

MPSV. (2019). *Standardy kvality sociálních služeb.* [online] [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

MURPHY, G. H. & O'CALLAGHAN, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine* [online]. 34(7), 1347–1357 [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/capacity-of-adults-with-intellectual-disabilities-to-consent-to-sexual-relationships/7333FF866B98B1C819E9B-F5290D39759#>. DOI: 10.1017/S0033291704001941. ISSN 0033-2917.

MURPHY, G. H. (2003). Capacity to consent to sexual relationships in adults with learning disabilities. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.* 29(3), 148–149. ISSN 14711893.

MURPHY, G. H., POWELL, S., GUZMAN, A.-M. & HAYS, S.-J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive

behaviour: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 51(11), 902–912 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2007.00990.x. ISSN 0964-2633.

MURPHY, N. & YOUNG, P. C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology* [online]. 47(09) [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1017/S0012162205001258. ISSN 0012-1622.

MURRAY, J. L. & MINNES, P. M. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 19(1), 45–52. ISSN 1366-8250.

NAIR, A. S. & SONNY, J. (2017). Teacher Perspectives on Managing Manifest Sexual Behaviour among Individuals with Intellectual Disability. *Rajagiri Journal of Social Development* [online]. 9(2), 85–110 [cit. 2020-04-10]. ISSN 09733086.

Neobyčejné rodičovství. (2012). In *Rytmus Střední Čechy, o.p.s.* [online]. [cit. 2020-12-14]. Dostupné z: [http://www.rytmusbenesov.cz/?page\\_id=1829](http://www.rytmusbenesov.cz/?page_id=1829)

NIČKOVIČ, R. (1968). *Metodológia pedagogického výskumu*. Bratislava.

NOVOSAD, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.

NOVOSAD, L. (2009). *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál.

NUSS, M. (2008). Enjeux politiques et juridiques de l'accompagnement sexuel. *Political and Legal Issues of sexual accompaniment*. 29(3), 26–32.

O'CALLAGHAN, A. C. & MURPHY, G. H. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 51(3), 197–206 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00857.x. ISSN 0964-2633.

*O sexu* [film]. (2008). Režie Barbora Dlouhá. Česko.

OSVALDOVÁ, M. (2018). *Hudobná edukácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami*. Brno: MSD.

PASTOR, Z. (2007). *Sexualita ženy*. Praha: Nakladatelství Grada.

PENDERGRASS, S., NOSEK, M. A. & HOLCOMB, J. D. (2001). Design and Evaluation of an Internet Site to Educate Women with Disabilities on Reproductive Health Care. *Sexuality and Disability*. 19(1), 71–83. ISSN 01461044.

PIELAGE, S. B., LUTEIJN, F., & ARRINDELL, W. A. (2005). Adult Attachment, Intimacy and Psychological Distress in a Clinical and Community Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 455–464.

- PINHEIRO, S. N. S. (2004). Sexualidade e deficiência mental: revisando pesquisas. *Psicologia Escolar e Educacional* [online]. 8(2), 199–206 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1590/S1413-85572004000200008. ISSN 1413-8557.
- POPPER, M. (2002). Špecifiká sexuálnej výchovy u mentálne postihnutých osôb. *Informácie* 4. X. ročník, č. 52, s. 12–14. ISSN 1335-8197.
- PÖRTNER, M. (2009). *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. Praha: Portál.
- POVILAITIENĖ, N. & RADZEVIČIENĖ, L. (2009). A methodological discourse on the issues of sex education of students with mild learning difficulties. *Special Education* [online]. (2), 60–68 [cit. 2020-04-10]. ISSN 13925369.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. (2017). Praha: MŠMT.
- Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální RVP ZŠS*. (2008). Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze.
- R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, [www.R-project.org](http://www.R-project.org) [online].
- Registr poskytovatelů sociálních služeb, nedatováno. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2019-11-17]. Dostupné z: [http://registr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1545422154026\\_3&zak=&zaok=&sd=domovy-pro+osoby+se+zdravotn%C3%ADm+posti%C5%BEn%C3%ADm](http://registr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1545422154026_3&zak=&zaok=&sd=domovy-pro+osoby+se+zdravotn%C3%ADm+posti%C5%BEn%C3%ADm)
- REICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- ROHLER, P. (2010). Educators' ambivalence and managing anxiety in providing sex education for people with learning disabilities. *Psychodynamic Practice* [online]. 16(2), 165–182 [cit. 2020-07-09]. DOI: 10.1080/14753631003688100. ISSN 1475-3634.
- Rovnost práv pro všechny! Přístup lidí s mentálním postižením k právům a spravedlnosti* [online], 2005. Praha: SPMPCR. [cit. 2020-11-24] Dostupné z: [http://www.spmpr.cz/wp-content/uploads/delightful-downloads/2015/06/rovnost\\_prav.pdf](http://www.spmpr.cz/wp-content/uploads/delightful-downloads/2015/06/rovnost_prav.pdf)
- RUSHBROOKE, E., MURRAY, C. & TOWNSEND, S. (2014). The Experiences of Intimate Relationships by People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 27(6), 531–541 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1111/jar.12091. ISSN 13602322.
- Řešení pro Váš online průzkum. Vyplnto.cz* [online]. Praha: Demčák, ©2008-2017 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.vyplnto.cz/>

SADKOVÁ, T. (2018). Současný stav sexuální výchovy v rámci základního vzdělávání v České republice – systematický přehled teorie a praxe. *Adiktologie*. 18(1), 48–58.

SÁNCHEZ-FUENTES, M. del M., SANTOS-IGLESIAS, P. & SIERRA, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [online]. 14(1), 67–75 [cit. 2020-04-17].

DOI: 10.1016/S1697-2600(14)70038-9. ISSN 16972600.

SAXE, A. & FLANAGAN, T. (2014). Factors That Impact Support Workers' Perceptions of the Sexuality of Adults with Developmental Disabilities: A Quantitative Analysis. *Sexuality and Disability*. 32(1), 45–63. ISSN 0146-1044.

SERVAIS, L., JACQUES, D., LEACH, R., CONOD, L., HOYOIS, P., DAN, B. & ROUSSAUX, J. P. (2002). Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 46(2), 108–119 [cit. 2020-07-04]. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2002.00360.x. ISSN 0964-2633.

SERVAIS, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* [online]. 12(1), 48–56 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1002/mrdd.20093. ISSN 1080-4013.

*Sexual rights: an IPPF declaration*. (2008). International Planned Parenthood Federation [online]. Publikováno 4. 10. 2008 [cit. 2020-03-15].

*Sexualita mentálně postižených. (Sborník)*. (2004). Praha: Centrum denních služeb.

*Sexualita není tabu*. (2002). *Můžeš – Noviny o šanci a důstojnosti pro každého*. Číslo 3, X. ročník, s. 18.

*Sexuální výchova (Kniha netradičních metod výuky)*. (1994). Praha: Trizonia.

*Sexuální výchova I*. (1999). *Rodiče*, č. 4.

SCHAAFSMA, D., KOK, G., STOFFELEN, J. M. T. & CURFS, L. M. G. (2015). Identifying Effective Methods for Teaching Sex Education to Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research* [online]. 52(4), 412–432 [cit. 2020-04-09]. DOI: 10.1080/00224499.2014.919373. ISSN 0022-4499.

SCHAAFSMA, D., KOK, G., STOFFELEN, J. M. T., VAN DOORN, P. & CURFS, L. M. G. (2014). Identifying the important factors associated with teaching sex education to people with intellectual disability: A cross-sectional survey among paid care staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* [online]. 39(2), 157–166 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.3109/13668250.2014.899566. ISSN 1366-8250.

SCHAAFSMA, D.; KOK, G.; STOFFELEN, J. M. T. & CURFS, L. M. G. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sexuality and Disability* [online]. 35(1), 21–38 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1007/s11195-016-9466-4. ISSN 0146-1044.

SIEBELINK, E. M., DE JONG, M. D. T., TAAL, E., ROELVINK, L. & TAYLOR, S., J. (2006). Sexuality and People With Intellectual Disabilities: Assessment of Knowledge, Attitudes, Experiences, and Needs. *Mental Retardation* [online]. 44(4), 283–294 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1352/0047-6765(2006)44 [283:SAPWID] 2.0.CO; 2. ISSN 0047-6765.

SKUTIL, M. et al. (2011). *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník: terminologický slovník zaměřený na primární a preprimární vzdělávání*. Praha: Grada.

SMOLÍKOVÁ, K. & HAJNOVÁ, R. (1997). *Než se dítě zeptá... Program sexuální výchovy dětí předškolního věku*. Praha: Portál.

Sociální dovednosti. (2011). In *Spmprcr.cz* [online]. [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <http://www.spmprcr.cz/co-delame/vzdelavani/socialni-dovednosti/>

*Standardy kvality sociálních služeb – Výkladový sborník pro poskytovatele: Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb* [online]. (2008). ČR: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v rámci projektu. Dostupné také z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003824.pdf?seek=1456912467>

Statistické údaje Ministerstva práce a sociálních věcí, České správy sociálního zabezpečení. Dostupné z: <[http://www.cssz.cz/informace\\_o\\_cssz.asp](http://www.cssz.cz/informace_o_cssz.asp)>

STAVIS, P., F. (2000). *Sexual Activity in the Mentally Disabled Population: Some Standards of the Criminal and Civil Law*.

STEVENS, S., EVERED, Ch., O'BRIEN, R. & WALLACE, E. (1988). Sex education: Who needs it? *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)* [online]. 16(4), 166–170 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1111/j.1468-3156.1988.tb00490.x. ISSN 02619997.

STRNADOVÁ, I. & MUŽÁKOVÁ, M. (2010). Mateřství žen s mentálním postižením. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pdf UK. 20(3), 205–216. ISSN 1211-2720.

SULLIVAN, F., BOWDEN, K., MCKENZIE, K. & QUAYLE, E. (2013). Touching people in relationships': a qualitative study of close relationships for people with an intellectual disability. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 22(23–24), 3456–3466 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1111/jocn.12375. ISSN 09621067.

SULLIVAN, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

SZOLLOS, A. A. & MCCABE, M. P. (1995). The sexuality of people with mild intellectual disability: Perceptions of clients and caregivers. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*[online]. 20(3), 205–222 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1080/ 07263869500035561. ISSN 0726-3864.

- ŠEDÁ, V. (2004). Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Centrum denních služeb.
- ŠELNER, I. (1999). Mentálně postižení občané – Paralely a kontrasty. In *III. Gerontologické dny, Sborník přednášek*. Ostrava: Dům techniky.
- ŠÍDOVÁ, L., POLÁKOVÁ, J., MALINOVÁ, H. et al. (2013). *Ze sexbyznysu na trh práce?: Přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce [PDF]*. Brno: Rozkoš bez rizika.
- Školní vzdělávací program základní školy, č.j.: 280/2013, Základní škola, Praha 4, Ružinovská 2017.
- Školní vzdělávací program základní školy speciální I, č.j.:227/2010, Základní škola, Ružinovská 2017, Praha 4 – dostupný v ZŠ Ružinovská.
- Školní vzdělávací program základní školy speciální II, č.j.:228/2010, Základní škola, Ružinovská 2017, Praha 4 – dostupný v ZŠ Ružinovská.
- ŠNYTOVÁ, L. & BREJLOVÁ, D., překl. (2013). Rodiče s postižením intelektu. In *Dobromysl.cz* [online]. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://web.archive.org/web/20110407041613/http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1153>
- ŠTĚRBOVÁ, D. (2007). *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- ŠTĚRBOVÁ, D. & RAŠKOVÁ, M. (2016). *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- ŠULOVÁ, L. (1995). *Jak učit výchovu k manželství a rodičovství?* Praha: Grada.
- ŠURABOVÁ, I. (2003). Partnerské vztahy a sexualita občanov s mentálnym postihnutím. *Empatia Bulletin* [online]. Apríl, 10(1), 39–48 [cit. 2020-11-25]. ISSN 1335 8624. Dostupné z: <http://www.psychologia.sk/empatia/>
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. (2011). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEDO VÁ, K. et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- ŠVAŘÍČEK, R. & ŠEDO VÁ, K. a kol. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- TĀUBNER, V. (1996). *Nejstřeženější tajemství – sexuální zneužívání dětí*. Praha: Trizonia.
- TĀUBNER, V. (1996). *Metodika sexuální výchovy: pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. Praha: Fortuna.

TÄUBNER, V. (1998). *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově*. Hradec Králové: Gaudemus.

TAYLOR GOMEZ, M. (2012). The S Words: Sexuality, Sensuality, Sexual Expression and People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*. 30(2), 237–245. ISSN 0146-1044.

TEPPER, M. s. (2005). Becoming Sexually Able: Education for Adolescents and Young Adults with Disabilities. *Contemporary Sexuality* [online]. 39(9), 12–18 [cit. 2020-03-12]. ISSN 10945725.

THOMPSON, D. (2001). Is Sex a Good Thing for Men with Learning Disabilities? *Tizard Learning Disability Review* [online]. 6(1), 4–12 [cit. 2020-06-02]. DOI: 10.1108/ 13595474200100002. ISSN 1359-5474.

THOMPSON, V. R., STANCLIFFE, R. J., BROOM, A. & WILSON, N. J. (2016a). Clinicians' use of sexual knowledge assessment tools for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* [online]. 41(3), 243–254 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.3109/13668250.2016.1164303. ISSN 1366-8250.

THOMPSON, V. R., STANCLIFFE, R. J., WILSON, N. J. & BROOM, A. (2016b). The Content, Usefulness and Usability of Sexual Knowledge Assessment Tools for People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability* [online]. 34(4), 495–512 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1007/ s11195-016-9458-4. ISSN 0146-1044.

THOROVÁ, K. & JŮN, H. (2012). *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha, střední Čechy.

TILLEY, E. et al. (2012). The silence is roaring: sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. *Disability & Society* [online]. April, 27(3), 413–426. [cit. 2020-11-06]. DOI: 10.1080/09687599.2012.654991. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2012.654991?scroll=top&needAccess=true&>

TIMMERS, R. L., DUCHARME, P. & JACOB, G. (1981). Sexual knowledge, attitudes and behaviors of developmentally disabled adults living in a normalized apartment setting. *Sexuality and Disability* [online]. 4(1), 27–39 [cit. 2020-04-09]. DOI: 10.1007/BF01102462. ISSN 0146-1044.

TOWER, C. (1989). *Understanding child abuse and neglect*. Boston: Allyn and Bacon.

Transformace sociálních služeb. (2017). In *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2020-10-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

TRÁVNÍK, P. (2000). *Základy sexuologie a sexuální výchovy*. Brno: Institut mezioborových studií.

TURK, V. & BROWN, H. 1993. THE SEXUAL ABUSE OF ADULTS WITH LEARNING DISABILITIES: RESULTS OF A TWO YEAR INCIDENCE SURVEY. *Mental Handicap Research* [online]. 6(3), 193–216 [cit. 2020-04-09]. DOI: 10.1111/j.1468-3148.1993.tb00053.x. ISSN 09529608.

UHLÍŘOVÁ, B. et al. (2016). *Sexuální násilí*. [Praha]: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s., 42 s. Už vím!: srozumitelně o těle a duši pro ženy s mentálním postižením.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. (2016). In *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 7. 11. [cit. 2020-11-20]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28419>

Úmluva Rady Evropy o ochraně dětí proti sexuálnímu vykořisťování a pohlavnímu zneužívání (CETS No. 201). (1992).

Úmluva Rady Evropy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokoly na tuto Úmluvu navazující č. 209/1992 Sb.

URBÁNEK, T., DENGLEROVÁ, D. & ŠIRŮČEK, J. (2011). *Psychometrika: Měření v psychologii*. Praha: Portál.

Ústav nebo rodina? (1993). *Porozumění*, č. XII, s. 4.

UZEL, R. (1996). Sexuální výchova u nás a v Evropě. In *4. kongres k sexuální výchově*. Praha: SPRSV.

UZEL, R. (2011). Antikoncepce u mentálně postižených. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pdf UK. 21(2), 117–120. ISSN 1211-2720.

VÁGNEROVÁ, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál.

VALENTA, M. et al. (2018). *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada.

VALENTA, M. et al. (2014). *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál.

VALENTA, M. & MÜLLER, O. et al. (2009). *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta.

VALENTA, M. & MÜLLER, O. et al. (2013). *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta.

- VALENTA, M., MICHALÍK, J. & LEČBYCH, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
- VALENTA, M. et al. (2020). *Znevýhodněný žák: deficity dílčích funkcí a oslabení kognitivního výkonu*. Praha: Grada.
- VANÍČKOVÁ, E. et al. (1999). *Sexuální násilí na dětech*. Praha: Portál.
- VÁNÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. & PROVAZNÍKOVÁ, H. (1995). *Násilí v rodině*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- VEČEŘOVÁ, H. (2017). *Vybrané aspekty sexuality u dospělých osob s mentálním postižením – syntéza zahraničních poznatků*. Olomouc, Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta.
- VENGLÁŘOVÁ, M. & EISNER, P. (2013). *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
- VENGLÁŘOVÁ, M. & BROŽOVÁ, V. (2009). *Nové trendy v sexuální výchově*. Praha: Národní institut pro další vzdělávání.
- VERDOUX, Ch. (1992). *Encyklopedie pohlavního života 7–9 let*. Bratislava: Slovart.
- VERDUGO M. A., SCHALOCK R. L., KEITH K. D., & STANCLIFFE R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 10, 707–717. ISSN 1365-2788.
- VIEWEGHOVÁ, T. & VALAŠKOVČÁKOVÁ, I. (2019). *Přírodověda 5: pro 5. ročník. Druhé upravené vydání*. Brno: Nová škola – Duha. Čtení s porozuměním.
- VOLFOVÁ, I., KOZÁKOVÁ, Z. & VELEMÍNSKÝ, M. (2008). *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton.
- VOLŠTÁTOVÁ, T. (2012). *Sexualita a ochrana lidských práv: problém ochrany práv homosexuálů transsexuálů*. Brno, s. 90. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta.
- VOŠMIK, J. (2014). *Regulace sexuálního chování jedince jako politikum (na základě analýzy úpravy v ČR)*. Praha, s. 146. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, příloha č. 2 – obsah standardů kvality sociálních služeb (novela vyhláškou č. 166/2007 Sb.). In Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2006. [cit. 2020-03-19] Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/Vyhlasaka\\_c\\_505\\_2006.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/Vyhlasaka_c_505_2006.pdf)
- VÝROST, J. & SLAMĚNÍK, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- WÁGNEROVÁ, E. et al. (2012). *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Nakladatelství Wolters Kluwer Česká republika.

WARD, K. M., ATKINSON, J. P., SMITH, C. A. & WINDSOR, R. (2013). A Friendships and Dating Program for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: A Formative Evaluation. *Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. 51(1), 22–32 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1352/1934-9556-51.01.022. ISSN 1934-9491.

WARD, L., MALLET, R., HESLOP, P. & SIMONS, K. (2003). Transition planning: how well does it work for young people with learning disabilities and their families? *British Journal of Special Education*. 30(3), 132–137. ISSN 09523383.

WARD, T. & HUDSON, S. M. (1996). Relapse Prevention: A Critical Analysis. *Sexual Abuse*. 8 (3), 177–200. <https://doi.org/10.1177/107906329600800303>

WELCH, S. J. & CLEMENTS, G. W. (2016). Development of a Policy on Sexuality for Hospitalized Chronic Psychiatric Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 41(5), 273–279 [cit. 2020-04-08]. DOI: 10.1177/070674379604100503. ISSN 0706-7437.

WHITEHOUSE, M. A. & MCCABE, M. P. (1997). Sex Education Programs for People with Intellectual Disability: How Effective Are They? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 32(3), 229–240. ISSN 10793917.

WILSON, N. J. & FRAWLEY, P. (2016). Transition staff discuss sex education and support for young men and women with intellectual and developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 41(3), 209–221. ISSN 1366-8250.

WOLFE, P. S. & BLANCHETT, W. J. (2003). Sex Education for Students with Disabilities. *TEACHING Exceptional Children* [online]. 36(1), 46–51 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1177/004005990303600106. ISSN 0040-0599.

WOOD, E. (2007). *Parental Bonding, Adult Romantic Attachment, Fear of Intimacy, and Cognitive Distortions among Child Molesters*. Unpublished dissertation, University of North Texas, Texas.

World Health Organization. (2007). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002, Geneva, Geneva Switzerland: Author. *Sexuality and Disability*. 2011, 29(2), 129–141 [cit. 2020-04-04]. DOI: 10.1007/s11195-010-9190-4. ISSN 0146-1044.

YOOL, L., LANGDON, P. E. & GARNER, K. (2003). The Attitudes of Medium-Secure Unit Staff Toward the Sexuality of Adults with Learning Disabilities. *Sexuality and Disability*. 21(2), 137–150. ISSN 01461044.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním platném znění. In Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2020-10-14]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon\\_c\\_108\\_2006\\_\\_stav\\_k\\_1.8.2016.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c_108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf)

*Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník.* In *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2020-11-18]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

ZVOLSKÝ, P. et al. (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.

*Ženy se zdravotním postižením v ČR: Sekundární komparativní analýza postavení žen se zdravotním postižením v ČR* [online]. (2011). Praha: APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: [http://www.aperio.cz/data/1/APERIO\\_Analyza\\_Zeny-se-zdravotnim-postizenim-v-CR.pdf](http://www.aperio.cz/data/1/APERIO_Analyza_Zeny-se-zdravotnim-postizenim-v-CR.pdf).

# Seznam tabulek

Tabulka 1	Přehled tematických oblastí, které zajímají žáky 9. třídy	157
Tabulka 2	Přehled informantů-uživatelů	172
Tabulka 3	Přehled informantů-pracovníků	172
Tabulka 4	Přehled odpovědí informantů-uživatelů	190
Tabulka 5	Přehled odpovědí informantů-pracovníků	191
Tabulka 6	Respondenti z hlediska pohlaví (2005; 2020)	205
Tabulka 7	Respondenti z hlediska věku (2005; 2020)	206
Tabulka 8	Sociální služba, ve které respondent pracuje (2005; 2020)	207
Tabulka 9	Délka praxe respondenta v zařízení podobného typu (2005; 2020)	208
Tabulka 10	Pracovní zařazení respondenta (2020)	208
Tabulka 11	Vzdělání respondenta (2020)	209
Tabulka 12	Zařízení z hlediska koedukovanosti (2005; 2020)	210
Tabulka 13	Zastoupení zařízení z hlediska krajů České republiky (2005; 2020)	210
Tabulka 14	Počet obyvatel zařízení – základní popisné charakteristiky (2005; 2020)	213
Tabulka 15	Nabídka běžných aktivit a služeb pro uživatele (2005; 2020)	214
Tabulka 16	Četnost aktivit uživatelů mimo zařízení (2005; 2020)	215
Tabulka 17	Vzájemný kontakt uživatelů s rodinou (2005; 2020)	215
Tabulka 18	Klientela zařízení z hlediska postižení (2005; 2020)	216

Tabulka 19	Testování hypotézy $H_1$ – převažující postoj zařízení k sexualitě a sexuální osvětě (2005; 2020)	219
Tabulka 20	Názor respondenta na realizaci sexuálního života uživatelů (2005; 2020)	221
Tabulka 21	Názor respondenta na realizaci sexuální osvěty uživatelů (2005; 2020)	222
Tabulka 22	Testování hypotézy $H_2$ – postoj pracovníka k sexualitě (2005; 2020)	223
Tabulka 23	Testování hypotézy $H_2$ – postoj pracovníka k sexuální osvětě (2005; 2020)	224
Tabulka 24	Ošetření problematiky vztahů a sexuality v zařízení (2020)	227
Tabulka 25	Způsob ošetření problematiky vztahů a sexuality v zařízení (2005; 2020)	228
Tabulka 26	Vyhrazený pracovník pro řešení problematiky sexuality (2005; 2020)	230
Tabulka 27	Testování hypotézy $H_3$ – přítomnost vyhrazeného pracovníka (2005; 2020)	230
Tabulka 28	Protokol sexuality, intimity a vztahů v zařízení (2020)	232
Tabulka 29	Ošetření problematiky sexuality ve Standardech kvality (2020)	232
Tabulka 30	Proškolení pracovníka v oblasti sexuality (2005; 2020)	233
Tabulka 31	Testování hypotézy $H_4$ – proškolení pracovníka (2005; 2020)	236
Tabulka 32	Dostatečnost vzdělávání osob s MP v oblasti sexuality (2005; 2020)	237
Tabulka 33	Komunikace s uživateli o problematice sexuality (2005; 2020)	238
Tabulka 34	Realizace sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality (2005; 2020)	238
Tabulka 35	Důvody absence sexuální osvěty a podpory v oblasti sexuality (2020)	239
Tabulka 36	Témata sexuální osvěty v zařízení (2005; 2020)	242
Tabulka 37	Formy vztahů a sexuality, na které mají uživatelé právo (2005; 2020)	246
Tabulka 38	Formy vztahů a sexuality, které jsou v zařízení umožněny (2005; 2020)	247

Tabulka 39	Možnost společného kontaktu partnerských dvojic (2005; 2020)	249
Tabulka 40	Podpora rodičovství v zařízení (2005; 2020)	250
Tabulka 41	Spolupráce zařízení s rodinou uživatele (2005; 2020)	254
Tabulka 42	Důvody nespolupráce zařízení s rodinou uživatele (2020)	255
Tabulka 43	Testování hypotézy $H_5$ – připravenost pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality (2005; 2020)	256
Tabulka 44	Oznámkování připravenosti pracovníka (2005; 2020)	258
Tabulka 45	Oznámkování připravenosti – základní popisné charakteristiky (2020)	259
Tabulka 46	Frekvence problémů souvisejících se sexualitou uživatelů (2005; 2020)	259
Tabulka 47	Nejčastější problémy související se sexualitou uživatelů (2005; 2020)	260
Tabulka 48	Sexuální pud uživatelů pohledem respondenta (2005; 2020)	266
Tabulka 49	Antikoncepce uživatelů v zařízení (2005; 2020)	268
Tabulka 50	Změny v oblasti partnerství a sexuality osob s MP před 15 lety a dnes (2020)	273

# Seznam schémat a grafů

## Seznam schémat

Schéma 1	Vliv vyšších citů na sexuální pud u muže (Janiš, 2002)	36
Schéma 2	Vliv vyšších citů na sexuální pud u ženy (Janiš, 2002)	37
Schéma 3	Schéma sexuální výchovy dítěte	62
Schéma 4	Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou (srov. Eisner & Mikulcová, 2009)	84

## Seznam grafů

Graf 1	Počet obyvatel zařízení (2020)	212
Graf 2	Počet obyvatel zařízení (2005)	212
Graf 3	Převažující postoj zařízení k sexualitě a sexuální osvětě (2020; 2005)	220
Graf 4	Názor respondenta na realizaci sexuálního života uživatelů (2005; 2020)	224
Graf 5	Názor respondenta na realizaci sexuální osvěty uživatelů (2005; 2020)	225
Graf 6	Vyhrazený zaměstnanec pro řešení problematiky sexuality (2005; 2020)	231
Graf 7	Proškolení pracovníka v oblasti sexuality (2005; 2020)	236
Graf 8	Témata sexuální osvěty v zařízení (2020; 2005)	245
Graf 9	Připravenost pracovníka na řešení případných problémů v oblasti sexuality (2020; 2005)	257
Graf 10	Oznámkování připravenosti pracovníka (2020; 2005)	258

# Přílohy

Příloha 1	Deklarace sexuálních práv	335
Příloha 2	Etický kodex sexuálních asistentek/asistentů	339
Příloha 3	Piktogramy užívané u žáka s poruchou autistického spektra	341

## Příloha 1 Deklarace sexuálních práv

**Deklarace sexuálních práv** byla přijata účastníky 13. světového sexuologického kongresu ve španělské Valencii roku 1997. Sexualita je v Deklaraci vymezena jako „*proměnlivý a dynamický rozměr člověka vytvářený interakcí mezi jednotlivcem a společenskými strukturami, existující během životního cyklu a harmonizující utváření identity a posilování mezilidských vztahů*“ (srov. Mitlöhner, 1999, s. 18–19). Podle Deklarace je sexuální slast, včetně autoerotiky, **zdrojem tělesného, psychického, intelektuálního a duchovního štěstí a její bezkonfliktní prožívání umožňuje sociální rozvoj osobnosti**. Deklarace vyzývá každou společnost k vytváření takových podmínek, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly následující sexuální práva:

- **Právo na svobodu**, vylučující všechny formy sexuálního donucování nebo nátlaku, vykořisťování a zneužívání v jakoukoliv dobu a v kterýchkoliv životních situacích. Boj proti násilí je považován za sociální prioritu.
- **Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla**, zahrnující kontrolu a potěšení z vlastního těla bez mučení, zohavení a jakéhokoliv násilí.
- **Právo na sexuální rovnost**, vztahující se k osvobození od všech druhů diskriminace a respektující sexuální rozmanitost bez ohledu na pohlaví, příslušnost, věk, rasu, sociální statut, náboženství a sexuální orientaci.
- **Právo na sexuální zdraví** včetně dostupnosti všech dostatečných zdrojů pro podporu výzkumu, diagnostiky, léčby a nezbytných znalostí HIV/AIDS/STD.
- **Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě**, které by umožňovaly rozhodování ve vztahu k sexuálnímu životu.
- **Právo na dostatečnou sexuální výchovu** od narození a během celého životního cyklu. Tohoto procesu by se měly účastnit všechny společenské instituce.
- **Právo svobodně se stýkat**, zahrnující možnost uzavřít či neuzavřít manželství, rozvádět se a vytvářet jiné typy sexuálního soužití či společenství.
- **Právo svobodné a odpovědné volby ve věcech reprodukce, počtu dětí, doby jejich narození**, přístupu k prostředkům regulace porodnosti a plánovaného rodičovství.

- **Právo na soukromí** a schopnost činit samostatná rozhodnutí o sexuálním životě v kontextu etiky jednotlivce a společnosti. Racionální a uspokojivé zkušenosti ze sexuality jsou požadavkem pro lidský rozvoj (srov. Mitlöhner, 1999, s. 18–19).

**Světová deklarace sexuálních práv** podle World Association of Sexology z roku 1999 (WAS, 1999) dnešní Světové asociace pro sexuální zdraví – World Association for Sexual Health – WAS.

Sexualita je nedílnou součástí osobnosti každého člověka. Její plné rozvinutí je podmíněno naplněním základních lidských potřeb, jako je touha po navázání kontaktu, intimitě, citovém vyjádření, potěšení, něžnosti a lásky.

Sexualita je realizována prostřednictvím interakce mezi jednotlivcem a společenskými strukturami. Plný rozvoj sexuality je základem osobního, mezilidského a společenského štěstí.

Sexuální práva jsou všeobecnými lidskými právy založenými na základní svobodě, důstojnosti a rovnosti všech lidí. Jelikož zdraví je nezbytným lidským právem, musí být sexuální práva základními lidskými právy. Za účelem zabezpečení rozvoje zdravé sexuality jedince i společnosti je zapotřebí aby všechny společenské struktury následující sexuální práva definovaly, podporovaly, respektovaly a hájily všemi prostředky. Sexuální zdraví je výsledkem společenského uznání, respektu a uplatňování těchto sexuálních práv:

1. **Právo na sexuální svobodu**

Sexuální svoboda zabezpečuje jednotlivcům plné vyjádření jejich sexuálních možností. Přitom trvale vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužití ve všech životních situacích.

2. **Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu**

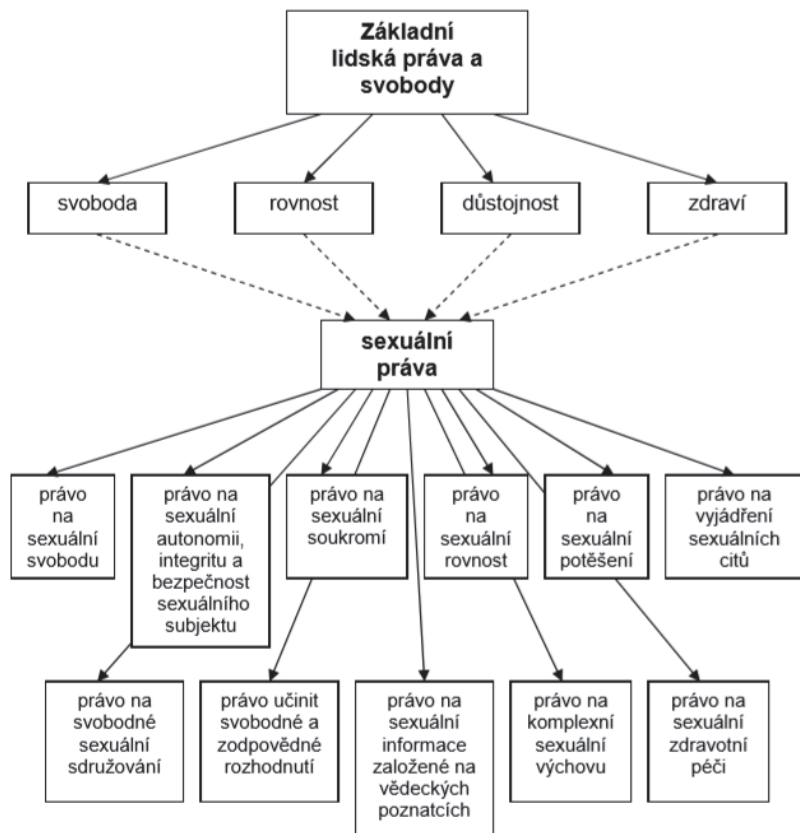
Toto právo představuje schopnost činit autonomní rozhodnutí týkající se vlastního sexuálního života v souladu s vlastní osobní a sociální etikou. Také zahrnuje kontrolu a osobní ochranu před jakýmkoliv druhem mučení, mrzačení a násilí.

3. **Právo na sexuální soukromí**  
Zahrnuje právo na osobní rozhodnutí co do intimity chování, pokud neporušuje sexuální práva ostatních.
4. **Právo na sexuální rovnost**  
Upozorňuje na svobodu od všech forem diskriminace bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, věk, rasu, sociální zařazení, náboženství, nebo fyzické či emoční diskvalifikace.
5. **Právo na sexuální potěšení**  
Sexuální potěšení, včetně autoerotických aktivit, je zdrojem tělesného, duševního a intelektuálního blaha.
6. **Právo na vyjádření sexuálních citů**  
Sexuální projev je více než erotické potěšení ze sexuálního aktu. Jednotlivci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, dotyku, citového vyjádření a lásky.
7. **Právo na svobodné sexuální sdružování**  
Vyjadřuje možnost uzavřít nebo neuzavřít manželství, rozvést se nebo založit jiný typ zodpovědného sexuálního společenství.
8. **Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí**  
Obsahuje právo rozhodnout se, zda mít, či nemít děti, počet dětí a intervaly mezi jejich zrozením, dále právo na plnou dostupnost prostředků regulujících plodnost.
9. **Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích**  
Právo na sexuální informace, které mají být otevřené, založené na vědeckých a etických poznatcích, šířené vhodným způsobem pro příslušníky všech sociálních skupin.
10. **Právo na komplexní sexuální výchovu**  
Je to celoživotní proces trvající od narození, trvající celý život a ovlivňující všechny společenské instituce.
11. **Právo na sexuální zdravotní péči**  
Sexuální zdravotní péče by měla být dostupná pro prevenci a léčbu všech sexuálních záležitostí, problémů a poruch.

**Sexuální práva jsou základní a všeobecná lidská práva.**

Přijato v Hongkongu na 14. světovém sexuologickém kongresu, (26. října 1999).

**Vnitřní konceptuální rámec sexuálních práv** (podle Světová deklarace sexuálních práv, WAS, 1999)



(Zdroj: Vošmik, 2014)

## **Příloha 2** Etický kodex sexuálních asistentek/asistentů

### **Etický kodex sexuálních asistentek/asistentů**

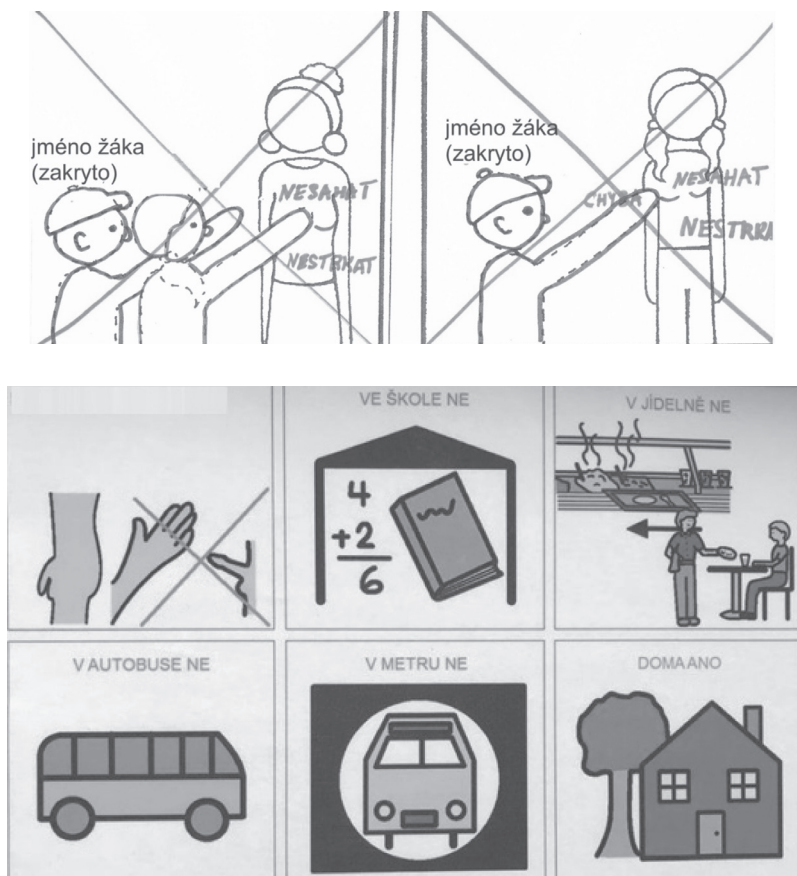
Nabídka a poskytování služby sexuální asistence dle etického kodexu:

- Sexuální asistentka nejprve s klientem absolvuje úvodní schůzku, na níž se rozhoduje společně o každé nabídce. Schůzka se odehrává v maximálně neutrálním kontextu (nedochází při ní k samotnému poskytování služby, je bez prostředníka, umožňuje-li to hendikep – vzít v potaz u neslyšících osob, osob s afázií atd.).
- Potřeby osob s mentálním postižením či duševním onemocněním je třeba pečlivě rozklíčovat ve spolupráci s vysoce kompetentním a zodpovědným partnerem (rodinou, osobami z pomáhajících profesí, které o stavu pacienta mohou podat stanovisko pro výkon této služby).
- Při každém setkání s klientem/kou sexuální asistentka hned na začátku jasně definuje možnosti a omezení svých služeb, bez jakéhokoliv nátlaku. Ve výjimečných případech může přerušit poskytování již schválené služby, pokud se pro klienta/ku či pro něj/ni stane nepřiměřenou či nevhodnou.
- Pokud se zdá, že není možné dosáhnout svobodného a informovaného souhlasu, nebo o tom sexuální asistentka pochybuje, informuje se u rodiny klienta/ky či jiných zákonných zástupců. Komunikaci mezi sexuálním asistentem/asistentkou a jeho klientem/kou nebo klientovou/činou rodinou či zákonnými zástupci mohou nahrazovat či usnadňovat třetí osoby. Sexuální asistentka se snaží: získat od klienta/ky opakované potvrzení jeho/jejího požadavku, slovně či mimoslovně; v reakci na to mu/jí s nejlepším vědomím a svědomím nabídnout službu, která se mu/jí zdá nejvhodnější, a využívat prostředků a pomůcek, které nejlépe řeší potřeby klienta/ky.
- Žádná sexuálně-tělesná praktika se a priori nevylučuje. Od každého klienta je třeba průběžně po celou dobu poskytování služby aktivně vyžadovat svobodný a informovaný souhlas, aby si sexuální asistentka byla jistá, že služba je klientem požadována.
- Sexuální asistentka si dává pozor na to, aby v rámci poskytování svých služeb neiniciovala, nepodporovala či neudržovala citový vztah.

- Sexuální asistentka se vždy primárně soustředí na spokojenost a rozvoj klienta/ky, přičemž si uvědomuje svoje vlastní limity. (Etický kodex, b.r.) Součástí etického kodexu jsou i další položky jako mlčenlivost, hygiena, schůzky, odměna.

(Zdroj: <http://www.sexualni-asistentka.cz/menukodex.php>)

**Příloha 3** Piktogramy užívané u žáka s poruchou autistického spektra



(Zdroj: archiv autorky)

# O autorech

## **Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.**

Pracuje na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci jako odborná asistentka a tajemnice, jako koordinátorka Asociace studentů speciální pedagogiky a koordinátorka skupiny sebeobhájců. Spolupracuje s celou řadou praktických pracovišť. Praxi má i v institucionální péči pro osoby se zdravotním postižením a v konzultační, poradenské a terapeutické oblasti (absolventka výcviku v kognitivně behaviorální psychoterapii). Je lektorkou četných kurzů pro odbornou veřejnost i pro osoby s mentálním postižením a jejich rodiče.

Svou odbornou a vědeckovýzkumnou činnost zaměřuje zejména na oblast psychopedie, speciálněpedagogické andragogiky a gerontagogiky. Věnuje se především moderním trendům, novým přístupům a možnostem rozvoje samostatnosti a zvyšování kvality života osob s postižením. V této oblasti je aktivní nejen v rovině praxe, ale je také autorkou a spoluautorkou mnohých odborných publikací, článků a učebních textů. Je vedoucí a oponentkou desítek závěrečných, bakalářských, diplomových a jiných vědeckých prací. Organizuje a účastní se tuzemských i zahraničních odborných konferencí, participuje na řešení četných odborných projektů a výzkumných úkolů. V roce 2020 byla hlavní řešitelkou projektu IGA\_PdF\_2020\_038: „Výzkum v oblasti partnerských vztahů a sexuality osob s mentálním postižením“, jehož výsledky jsou prezentovány v této monografii.

## **Petra Hermanová**

V současné době (v roce 2020) je studentkou magisterského studijního programu Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a učitelkou na Základní škole a základní škole speciální, Ružinovská 2017, Praha 4-Krč.

## **Bc. Tereza Procházková**

Je absolventkou bakalářského studijního programu Speciální pedagogika – intervence a v současné době (v roce 2020) studentkou navazujícího magisterského studijního programu Speciální pedagogika – poradenství na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V průběhu studia měla možnost pracovat s dětmi, mladými dospělými i dospělými s různým druhem postižení. Největší zkušenosti má s jedinci s mentálním postižením a poruchou autistického spektra, se kterými se setkává v rámci Aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi.



## KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kozáková, Zdeňka, 1977–

Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením / Zdeňka Kozáková a kol.. – 1. vydání. – Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 2022. – 1 online zdroj  
České a anglické resumé

Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. – Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-244-6234-9 (online ; pdf)

\* 316.344.6-056.36 \* 316.472.42 \* 159.923.3 \* 613.88 \* 613.88:37.016 \* 303.022 \* 373.3 \* 364-7 \* (437.3)  
\* (048.8:082)

- osoby s mentálním postižením – Česko
- partnerské vztahy
- intimita
- sexualita
- sexuální výchova
- kvalitativní výzkum
- kvantitativní výzkum
- základní školy – Česko
- sociální služby – Česko
- kolektivní monografie

316.36 – Manželství a rodina. Sexuální vztahy [18]

Zdeňka Kozáková a kol.

**Partnerské vztahy, intimita a sexualita  
osob s mentálním postižením**

Odpovědná redaktorka Háta Kreisinger Komňacká  
Technická redakce Anna Petříková  
Návrh a grafické zpracování obálky Lenka Wünschová

Monografie neprošla jazykovou redakcí ve vydavatelství.

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci  
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc  
[www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz)

1. vydání  
2022

DOI: 10.5507/pdf.22.24462332  
ISBN 978-80-244-6233-2 (print)  
ISBN 978-80-244-6234-9 (online: iPDF)

VUP 2020/0337 (print)  
VUP 2020/0338 (online)

Neprodejná publikace