

Sexualita osob s mentálním postižením pohledem pracovníků v sociálních zařízeních

Bc. Iveta Dubravová

Diplomová práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Iveta Dubravová**

Osobní číslo: **H160389**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sexualita osob s mentálním postižením pohledem pracovníků
v sociálních zařízeních**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sexuality u osob s mentálním postižením, sociálních služeb a sociálních zařízení ve zdravotnictví.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016, 254 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013, 178 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. Sexualita osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 101 s. Skripta. ISBN 978-80-244-1689-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

21. listopadu 2018

Termín odevzdání diplomové práce:

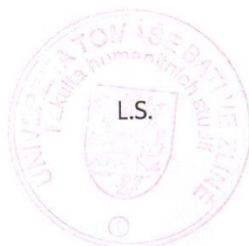
18. dubna 2019

Ve Zlíně dne 21. listopadu 2018



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.3.2019

.... 

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může za zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou sexuality osob s mentálním postižením pohledem pracovníků v sociálních zařízeních. Teoretická část se věnuje vymezení mentální retardace, sexualitě osob s mentálním postižením a definováním sociálně terapeutických dílen. Výzkum zahrnuje výsledky kvantitativního šetření realizovaného od léta 2018 metodou dotazníkového šetření. Získaná data byla analyzována pomocí jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA) a t-testu v programu Statistica 13. Z výsledků výzkumu nám vychází, že pracovníky sociálně terapeutických dílen je nutné více vzdělávat v oblasti sexuality klientů, více pozitivně se k této skutečnosti staví muži než ženy.

Klíčová slova: mentální retardace, sexualita, sexualita osob s mentálním postižením, vzdělávací kurzy, sociální zařízení

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the topic of sexuality of mentally challenged persons from the point of view of workers of social institutions. The theoretical part focuses on defining mental retardation, sexuality of mentally challenged persons, and defining socially therapeutic workshops. The research includes the results of a quantitative research conducted since summer 2018 using the questionnaire method. The data received were analysed using the analysis of variance (ANOVA) and t-test in the Statistica 13 program. The results of the research show that it is necessary to educate the workers in socially therapeutic workshops in the field of their clients' sexuality, and that men have a more positive attitude towards the issue than women.

Keywords: mental retardation, sexuality, sexuality of mentally challenged persons, training courses, social services

Děkuji PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a velmi cenné rady, které mi byly poskytnuty během celého zpracování diplomové práce. Děkuji také Mgr. Janě Kasáčkové, Ph.D., Mgr. Andreji Koželové za pomoc a podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	16
1.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE	20
1.3 VÝSKYT MENTÁLNÍ RETARDACE V POPULACI	22
1.3.1 Příčiny mentální retardace.....	23
2 SEXUALITA	26
2.1 SEXUALITA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	28
2.1.1 Principy přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením	31
2.2 PRÁCE SE SEXUALITOU V RÁMCI SLUŽBY	33
2.2.1 Protokol o sexualitě a vztazích.....	36
3 SOCIÁLNÍ ZAŘÍZENÍ	38
3.1 SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY	38
3.2 POZICE V ZAŘÍZENÍ.....	39
3.2.1 Klíčový pracovník.....	41
3.3 VZDĚLÁVACÍ KURZY PRO PRACOVNÍKY.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	45
4.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A POJETÍ VÝZKUMU	45
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	46
4.3 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	47
4.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	47
5 ANALÝZA DAT	48
5.1 ÚROVEŇ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍ V OBLASTI SEXUALITY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	48
5.1.1 Informovanost pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání	49
5.1.2 Zájem/potřeba pracovníků sociálních zařízení o kurzy/školení/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na délce dosažené praxe	51
5.1.3 Přínos vzdělávání pro pracovníky sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na pohlaví.....	53
5.1.4 Zkušenosti pracovníků sociální zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek.....	55
6 INTERPRETACE DAT	58
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69

SEZNAM OBRÁZKŮ	70
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM GRAFŮ	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Člověk je pohlavní bytost a stejně jako lidé s postižením nebo bez něj mají stejné sexuální a vztahové potřeby. Sexualita je přirozenou, zdravou, intimní součástí života každého člověka. Problematika sexuality lidí s mentálním postižením je spjata s mnohými předsudky a mýty. Nicméně každý člověk chápe sexualitu svým určitým a individuálním způsobem. Jelikož sexualitu můžeme považovat taktéž za soukromou oblast, člověk by měl zvažovat s kým a za jakých okolností na toto téma hovoří. Sexualita je pro každého člověka velmi individuální. To, co je pro někoho přiměřené, vhodné či příjemné může na druhého působit zcela opačným způsobem. Společnost často porovnává pravidla nebo normy na úrovni osobní zkušenosti, ovšem jestliže hovoříme o sexualitě mnohých klientů sociálních zařízení, je těžké jí porozumět. Mandzáková (2013) říká, že sexualita lidí, ať už s postižením nebo bez něj, se vyvíjí v různých stádiích a ty úzce souvisí s jedincovým vývojem. U osob s mentálním postižením musíme počítat s odchylkami v psychosociálním vývoji.

Problematika sexuality osob s mentálním postižením se může jevit jako kontroverzní. Dle Eisnera (2017) je sexualita i sexuální život lidí s postižením stále tabu, ačkoliv je současná společnost až pře erotizovaná. I v současnosti se mezi určitou částí společnosti najdou někteří lidé, kteří stále tvrdí opak a nemají tak tendence se k těmto lidem chovat jinak. V minulosti nebyl tolik kladen důraz na tuto problematiku a docházelo tak k hlavním problémům v oblasti sexuality u těchto osob. Můžeme zmínit např. období minulého režimu, kdy se lidé s mentálním postižením na veřejnosti převážně nevyskytovali, byli chápáni jako „ti“ na okraji společnosti a veřejnost o nich neměla vědět. V rámci sociálních služeb by tomu tak nemělo být. Pracovníci, jejichž cílovou skupinu tvoří osoby s mentálním postižením pracují se sexualitou klientů na úrovni sexuální osvěty nebo poradenství.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jaká je úroveň vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.

Nesmíme opomenout ani vzdělávání pracovníků v této problematice. Vzdělávání pracovníků by mělo umožňovat a zlepšovat růst samotných pracovníků v sociálním zařízení, zlepšovat povědomí o skutečnostech vyplývajících z této oblasti, ukazovat nový směr a přístupy k osobám s mentálním postižením.

Dále si tato práce klade za cíl přiblížit pracovníkům v sociálním zařízení, rodinám lidí s mentálním postižením i laické veřejnosti více informací o skutečnostech, které se týkají této problematiky.

K vytvoření jasné struktury problému, se první kapitola teoretické části věnuje vymezení mentální retardace – obecnému definování, klasifikací mentální retardace, charakteristickými znaky jednotlivých stupňů mentální retardace, diagnostikou mentální retardace, v závěru kapitoly jsou uvedeny nejčastější příčiny mentální retardace. Druhá kapitola se zabývá sexualitou – jejímu obecnému definování, sexualitě osob s mentální retardací, taktéž se práce věnuje přístupům k sexualitě osob s mentální retardací, dále je uvedena práce se sexualitou v rámci sociálního zařízení, konkrétněji sociálně terapeutickým dílnám, kterým je věnována zvláštní pozornost a ze které vychází praktická část diplomové práce. Druhou kapitolu uzavírá podkapitola protokolu o sexualitě a vztazích. Poslední kapitola teoretické části je věnována sociálnímu zařízení, již zmiňovaným sociálně terapeutickým dílnám, definováním pozic ve službě a jejich kompetencemi a v neposlední řadě zmíněny vzdělávací kurzy pro pracovníky.

Praktická část se zabývá popisem výzkumných otázek a z nich vycházejících hypotéz, popisem výzkumného souboru, výzkumného nástroje a způsobu zpracování dat. Ve větší části práce je věnována samotné analýze dat, na základě které uvádíme doporučení pro praxi.

Výsledky této práce by mohly být užitečné pro poskytovatele sociálních služeb, pracovníky sociálních zařízení, ale také zaměstnavatele poskytovaných sociálních služeb, aby měli povědomí o tom, zda jsou jejich pracovníci dostatečně zaškoleni v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, které by se mělo věnovat více pozornosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Na začátku této kapitoly si ujasníme odbornou terminologii, která se často potýká s nejasnostmi, které vyplývají ze samotného charakteru mentálního postižení. Postupem času se určité termíny stávají společensky nepřijatelnými. V obecné rovině je mentálně postižený člověk často chápán jako směšná osoba.

Podle Valenty (2018) se zahraničí potýká s novými trendy a chápou pojem mentální retardace (*mental retardation*) jako společensky nekorektní a snaží se tento pojem „zjemnit“ do tvaru mentálního postižení (*mental disability*). Především západní země tento pojem nepovažují za dostačující. Na druhou stranu velký krok udělala americká asociace, která pečuje o osoby s mentálním postižením. Dospěla toho názoru, že termín *mental retardation* nahradila termínem *intellectual disability*. Všeobecná humanizace se velkou částí dotýká oborů pomáhajících profesí. Dochází k pátrání po nových termínech, které by nahradily původní. Výsledkem často bývá terminologická neujasněnost. Jedním z příkladů nám může být Velká Británie, kde se převážná část sociálních pracovníků snaží termín mentální retardace vyřadit z odborné terminologie. Kvůli již zmiňované humanizaci byly z odborného názvosloví vyřazeny stupně mentální retardace – debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita a mnoho dalších. Velký důraz se klade na osobnost člověka. Štěrbová (2007) považuje za neetické oslovovat jedince jako mentálně postiženého/mentálně retardovaného. Hovoří o oslovení „osoby s mentálním postižením“. Černá (2008) se taktéž přiklání k označení „osoba s mentálním postižením“ namísto „mentálně postižený“, dále uvádí, že jedinec s mentální retardací je na prvním místě lidská bytost, až posléze se hovoří o postižení.

Zde jsme si uvedli názory zejména speciálních pedagogů, avšak v praxi u pracovníků se běžně setkáváme s kratším označením tj. „postižení“. Pracovníci tento termín ve většině případů nechápou negativně.

Pojem mentální postižení se hojně užívá v pedagogické a poradenské praxi, ve školské praxi, ale také tento pojem využívá i zdravotnická oblast. Mentální postižení se rozsáhleji chápe ve školství. Dříve se žáci, kteří svými schopnostmi nevládali výuku na běžné základní škole, ale nutno podotknout nebyli mentálně postižení, přerazovali do zvláštních škol/základních škol praktických (dnes již základních škol pro žáky s mentálním postižením). V současnosti je pro takovéto žáky aplikován termín *oslabení kognitivního*

výkonu. Mentální retardace je tedy chápána na stejné úrovni jako mentální postižení. (Valenta, 2018)

Vymezení pojmu **mentální retardace** je velmi důležité. Jak již bylo zmíněno, v minulosti docházelo k nesrovnalostem v názvosloví. V Československu (r. 1952-1989) se v odborné literatuře objevovalo více než dvacet odlišných názvů pro pojmenování stavu mentálního postižení či mentální retardace (Bajo, Vašek, 1994). Stejně tak Pipeková (2006) uvádí, že u nás i v zahraničí můžeme najít rozsáhlé množství termínů pro pojmenování tohoto stavu. Kvůli sjednocení odborného názvosloví se začal využívat pojem mentální retardace (Müller, 2001). Současná odborná literatura je doprovázena řadou definic. Převážně se zaměřují na snížení intelektových schopností jednotlivce a schopnost jeho adaptace na sociální prostředí. Česká psychopedie považuje mentální retardaci a mentální postižení za synonyma (Černá, 2008). Pro srovnání a lepší orientaci v této problematice si jich několik uvedeme.

Termín mentální retardace popisuje souhrn osob se zpomaleným či nepravidelným duševním vývojem. Tento termín má u nás více významů, můžeme zmínit např. mentální postižení, mentální deficiencie či oligofrenie. (Defektologický slovník, 2000)

Pipeková (2006, s. 54) uvádí, že *mentální retardace je interdisciplinární termín vystihující medicínské, psychologické a sociální aspekty osob s mentálním postižením v jednotlivých životních obdobích.*

Definice mentální retardace dle mezinárodní klasifikace nemocí je *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.* (WHO, 2016) Mentální retardaci vymezuje Valenta (2018, s.34) 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.* Podobně popisuje mentální retardaci i Štěrbová (2007), která ji chápe jako stav nedokončeného duševního vývoje, který se vyznačuje zhoršením dovedností, v průběhu vývojového období. Má vliv na poznávací, řečové, pohybové i sociální dovednosti. Mentální retardace se může objevit společně s duševní nebo tělesnou poruchou.

Někteří autoři se domnívají, že mentální retardace se vztahuje pouze k intelektové či rozumové oblasti. Například Švarcová (2006) vnímá mentální retardaci jako trvalé snížení rozumových schopností, které se zrodilo v důsledku poškození mozku. Jedná se o trvalý stav, který je zapříčiněn poškozením mozku nebo neodstranitelnou nedostatečností. Vágnerová (2004) hovoří o mentální retardaci jako o nemožném dosáhnutí přiměřené úrovně intelektového vývoje, ačkoliv byl jedinec vhodným způsobem výchovně motivován. Mezi hlavní znaky nízké úrovně inteligence uvádí: *nízký stupeň rozumových schopností* (nedostačující rozvoj myšlení, snížená schopnost učení a s tím spojená těžší adaptace na běžný život); *postižení se objevuje od narození; postižení je permanentní* (v souvislosti na původu onemocnění může dojít k jistému zlepšení).

Vrozená mentální retardace – duševní vývoj je opožděný v prenatálním, perinatálním nebo v brzkém postnatálním období, do dvou let dítěte nejpozději.

Získaná mentální retardace – snížení již získaných mentálních schopností jedince. Může se objevit v jakémkoli období (dětství, dospělost, stáří), obvykle po druhém roce dítěte. (Švarcová, 2006)

Stejně jako jedinci bez postižení i jedinci s mentálním postižením tvoří velmi rozmanitou skupinu. Každý jedinec disponuje svou mimořádnou osobností (Pipeková, 2006). S tímto názorem se ztotožňuje i Švarcová (2006), která podotýká, že jedinec s mentálním postižením má osobní charakteristické rysy, které závisí na hloubce a rozsahu postižení, na míře určitých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v souladu s mentálním postižením. Theunissen (2005, s. 34) ve své knize zmiňuje, že jedinci s mentálním postižením jsou závislí na pomoci druhých lidí, nedokáží si smysluplně utvářet svůj život. Dále popisuje několik variant, v čem mají jedinci s mentálním postižením problém: *racionálně chápat kontext či souvislost a řadit je do přehledného uspořádání; dělat rozdíly mezi logickými a chronologickými souvislostmi; plánovat kratší nebo delší časový úsek*. Pro jedince s mentálním postižením se může jevit okolní svět jako nesrozumitelný, často může docházet k fiktivním spojením. Ztráta distance, úzkostlivá neorientovanost se promíjí do sociálního přizpůsobení. Tito jedinci zapojují smyslové vjemy často velmi nepřiměřeně. Bez pomoci druhých nedokáží samostatně rozvíjet „to podstatné“. (Oy, Sagi in Pipeková, 2006)

Závěr této kapitoly zakončíme výrokiem od Vágnerové (2004, s. 192): *Je nutné naučit se lidem s postižením rozumět, chápat příčiny jejich odlišnosti a přijímat ji jako jednu z variant široké normy.*

1.1 Klasifikace mentální retardace

Štěrbová (2007) uvádí, že důležitým prvkem pro diagnostiku i pro následné umístění jedince do vzdělávací skupiny je klasifikace mentální retardace. Diagnostikou se zabývá psycholog, případně psychiatr zatímco na určení formy přístupu se zaměřuje většinou pedagog či vychovatel. Úroveň mentální retardace má své typické rysy. Lidé v úzkém kontaktu s těmito jedinci (např. pedagogové/pracovníci v přímé péči) by měli být schopni rozeznat možné projevy jedincova chování. Taktéž by měli mít možnost přichystat se na náročné situace a umět předejít takovým rizikovým situacím, v kterých by se jedinec mohl ocitnout.

Světová zdravotnická organizace (WHO) provádí revizi klasifikací nemocí (MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí). V České republice přišla v platnost roku 1993 desátá revize této klasifikace (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10). Nyní je v procesu příprav ICD-11. Diagnostický a statistický manuál duševních a behaviorálních poruch (DSM-5 APA) se od výše zmíněné klasifikace liší, i když jsou obě klasifikace ve srovnání s předešlými revizemi provázanější. (Valenta, 2018)

Stupeň mentální retardace je určován podle posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptačního chování. Orientačně je také určován podle inteligenčního kvocientu a mírou osvojení si sociálně-kulturních nároků. MKN-10 rozlišuje mentální retardaci na šest základních kategorií:

- F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) – IQ 50-69,
- F71 Středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation) – IQ 35-49,
- F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20-34,
- F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – do 19 IQ,
- F78 Jiná mentální retardace,
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace (Valenta, 2018).

Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. 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. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize 1993, (Vítková, 2004, s. 135)

MKN-10 rozlišuje taktéž v kódu i poruchu chování a to číslicí na čtvrtém místě, vyjadřující stupeň postižení (např. F71.0):

- 0 – žádná, či minimální porucha chování,
- 1 – významná porucha chování vyžadující pozornost nebo léčbu,
- 8 – jiné poruchy chování,
- 9 – bez zmínky o poruchách chování (Pipeková, 2006).

Dělení podle typu mentální retardace úzce souvisí s charakterem prostředí, ve kterém se jedinec nachází, ve kterém vyrůstá a formuje ho. Může také souviset s deprivací nebo stresovými vlivy:

- Typ eretický – tento typ je hyperaktivní, neklidný;
- Typ torpidní – vyskytuje se netečnost, apatičnost, hypoaktivnost (Valenta, 2018).

Nyní si blíže charakterizujeme jednotlivé stupně mentální retardace:

Lehká mentální retardace (F70) IQ 50-69

Výskyt lehké mentální retardace se pohybuje okolo 80 % jedinců v globálním počtu mentálně retardovaných (Pipeková in Vítková, 2004). Problémy se začínají objevovat kolem 3-6 roku dítěte. Zásadní nesnáze se vyskytují na začátku povinné školní docházky (Pipeková, 2006). U jedinců se objevuje opožděný vývoj řeči, vady řeči, malá slovní zásoba, ale bez větších problémů konverzují v každodenním životě. Většina jedinců dosahuje nezávislosti ve zvládnání praktických či domácích dovedností, dále v péči o svoji osobu, jako je např. oblékání, mytí, strava, i když je jejich tempo razantně pomalejší.

Jak již bylo zmíněno, problémy se vyskytují ve škole – potíže se čtením a psaním. Důsledná výchova a vzdělávání zaměřená na rozvoj dovedností může jedinci velmi napomoci. Mnozí jedinci s mentálním postižením jsou uplatnitelní na otevřeném i

chráněném trhu práce, jestliže je práce zaměřená spíše na praktické schopnosti nebo na lehké manuální práce. (Štěrbová, 2007)

Jedinci s mentálním postižením jsou převážně emočně a sociálně nezralí, úzkostní, impulzivní (Pipeková, 2006). Tito jedinci v nejlepších případech v dospělosti uvažují na úrovni dítěte středního školního věku, nejsou schopni myslet abstraktně (Vágnerová, 2004). Individuálně se mohou ukázat přidružené chorobné stavy – např. autismus, poruchy chování nebo epilepsie (Švarcová, 2006).

Jedincům s mentálním postižením není cizí adaptivní chování. V rámci norem společnosti jsou jedinci schopni se naučit adaptivním sexuálním dovednostem, zvnitřnit si přijatelné heterosexuální i homosexuální chování, jestliže jsou dostatečně poučeni (Regional Residential Services Society, 1998).

Středně těžká mentální retardace (F71) IQ 35-49

Výskyt středně těžké mentální retardace se odhaduje na 12 % jedinců v celkovém počtu populace mentálně retardovaných (Pipeková in Vítková, 2004). Psychomotorický vývoj je hodně opožděn, kolem 6-7 roku nabývají úroveň maximálně 3 letého dítěte. Jedinci spadající do této kategorie potřebují pomoc a dohled v každodenním životě, schopnost starat se sám o sebe a zručnost mají výrazně omezenou. Ve škole jsou pokroky velmi omezené, ale najdou se i tací, kteří mají základy ve čtení, psaní i počítání. Vzdělávání často vede k rozvoji omezeného potenciálu, k získávání základních dovedností a vědomostí. (Štěrbová, 2007) Tito jedinci mají jednoduše rozvinutou řeč, hovoří v jednoduchých slovních spojeních. Někteří jedinci jsou schopni vykomunikovat to nejzákladnější, jiní jednoduše konverzují, ale jsou tu i tací, kteří nekomunikují vůbec a pouze reagují na jednoduché verbální instrukce. (Pipeková in Vítková, 2004)

Mnozí dospělí jedinci mohou vykonávat jednoduchou manuální práci. Taková práce musí být zaštitěna odborníkem a úkoly musí být pečlivě strukturovány. Úplně samostatný život je v mnoha případech nereálný. (Švarcová, 2006) Vágnerová (2004) souhlasí a uvádí, že jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou schopni zvládat pracovní úkoly, jestliže není rozhodující rychlost a přesnost.

Společným znakem těchto jedinců je celková neobratnost, jedinci jsou nevyrovnaní, často s nepřiměřenými reakcemi, zranitelní a emocionálně labilní (Pipeková, 2006). U většiny takto postižených jedinců lze objevit organickou etiologii. U některých lze diagnostikovat

dětský autismus, vývojovou poruchu. Často se objevují tělesná postižení či epilepsie (Švarcová, 2006)

Odměna a ocenění velmi ovlivňuje jejich sociální a sexuální chování (Regional Residential Services Society, 1998).

Těžká mentální retardace (F72) IQ 20-34

Zhruba 7 % z celkového počtu osob s mentální retardací tvoří jedinci s těžkou mentální retardací (Pipeková in Vítková, 2004). Tato skupina je mnoha případech obdobná jako u středně těžké mentální retardace. Převážná část jedinců *trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému* (Štěrbová, 2007). Pro tyto jedince je typická proměnlivost nálad a impulzivita. Jedinci používají většinou jednoduchá slova nebo skřeky, u některých se komunikační dovednosti nerozvinuly vůbec. Základní hygienické návyky si někteří dokáží osvojit dlouhodobým tréninkem. Některým se udržování tělesné čistoty nepodaří ani v dospělosti, jsou proto odkázáni na celoživotní péči. (Pipeková, 2006)

Svoje sexuální chování nedokáží samostatně přizpůsobit společenským normám, na kontrolu druhými jedinci často reagují negativně (Regional Residential Services Society, 1998).

Hluboká mentální retardace (F73) IQ do 19

Většina jedinců s tímto stupněm postižení není schopna sebeobsluhy, jsou značně omezeni v pohybu. Dotyční bývají imobilní, inkontinentní, nejsou schopni pečovat o své základní životní potřeby (Pipeková, 2006). Myšlení, chápání a v lepších případech schopnost mluvit je omezeno na reagování a uspokojení zcela základním požadavků. Pro tyto jedince jsou typické nápadné stereotypní pohyby, jedinci se velmi často sebepoškozují, nejbližší okolí vůbec nerozeznávají (Pipeková in Vítková, 2004). Tento pohled doplňuje i Češková (2006), která uvádí, že většina jedinců s mentální retardací se často sebepoškozují a proces mívá repetitivní charakter. Jedinci tvoří přibližně 1 % populace mentálně retardovaných, kteří se v mnoha případech nedožívají vyššího věku (Pipeková in Vítková, 2004).

Jedinci s hlubokou mentální retardací se vyznačují velmi nízkou úrovní adaptivního chování a nedokáží předpovídat následky sexuálního chování ani doteků (Regional Residential Services Society, 1998).

Jiná mentální retardace (F78)

Švarcová (2006) zmiňuje, že stanovení této kategorie je obzvláště nesnadné až nerealizovatelné pro přidružené senzorické či somatické postižení (např. u tělesně postižených jedinců, u jedinců s autismem..)

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Používání této kategorie je přípustné v případech, jestliže mentální retardace byla prokázána, ale kvůli nedostatku informací není možné zahrnout jedince do již zmíněných kategorií (Štěrbová, 2007).

Závěrem si shrneme důležitá *fakta*, týkající se osob s mentálním postižením, a to: jedná se o osobu s narušeným stupněm poznávacích schopností (jako je paměť, pozornost, myšlení); jedná se o vrozený pokles rozumových schopností. Individuálně bereme v potaz odchylky ve schopnostech gestiky/mimiky; stupeň schopnosti sociální adaptivity; vliv působení nejbližší osoby na jedince (tj. modelové učení); současné přístupy rodičů, vychovatelů, asistentů, učitelů.

Výše zmíněné *faktory* nás vedou k uvědomění si schopností jedinců v oblasti sexuality. Obecně nelze určit projevy sexuality a následně je připojit k jednotlivým stupňům mentální retardace. Nesoulad mezi pudovými motivy a schopností je řídit je ve větší míře spatřován u jedinců s mentálním postižením. (Mellan, 2004)

1.2 Diagnostika mentální retardace

Jestliže se jedná o nezletilého jedince s mentálním postižením, je nezbytné mít před zahájením diagnostického procesu nutný souhlas rodičů nebo zákonných zástupců. **Diagnostika** je dynamický, nekončící proces, který vyžaduje týmovou spolupráci odborníků. Hlavním cílem je prozkoumat jedincovy přednosti, s kterými se bude dále pracovat, rozvíjet je a které slouží i jako motivační prostředek. Diagnostika neakceptuje jakýkoliv kulturní, rasový nebo sexuální prvek diskriminace. Diagnostický prvek nám pomáhá více identifikovat jedince aktuální úroveň a s ní dále pracovat v jednotlivých

oblastech. Nesmíme zapomínat ani na diagnostiku jedince prostředí. Díky diagnostice se vypracovává individuální vzdělávací plán. Na tomto plánu se podílí mnoho účastníků – rodina jedince, poradenské zařízení, vzdělávací zařízení a samotný jedinec. V průběhu života se lidé mění a vyvíjí, proto je nutné provádět reevaluaci závěrů diagnostického procesu. (Černá, 2008)

Diagnostikou mentální retardace se zabývá více činitelů. Není to úkol pouze vědních oborů (např. psychologie, lékařské vědy). Zdravotní diagnostiku mají na starosti pediatři a odborní lékaři, psychologickou a pedagogicko-psychologickou diagnostiku zpravidla realizují v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP), na speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku se zaměřují speciálně pedagogická centra (SPC). V neposlední řadě diagnostiku taktéž provádí rodiče, ač už zamýšlením se nad vývojem jejich dítěte, jeho úspěchy, problémy, dovednosti či možnosti. Diagnostika v delším časovém rozmezí vychází převážně z pozorování dítěte ve školním prostředí. Stále častěji dochází k využívání kazuistického přístupu (kazuistika je studie, která zahrnuje výklad konkrétního podrobného případu, který umožňuje hlubší posouzení vývoje a případné vytvoření předpovědi pro další vývoj jedince). (Švarcová, 2006)

O důležitosti stanovení diagnózy mentálního postižení hovoří Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001, s. 400). Stanovení diagnózy je založeno na celkovém hodnocení jedince. *Musí být použit některý komplexní inteligenční soubor, ale také metody, které hodnotí specifické dílčí schopnosti. Dále je třeba posoudit adaptivní chování. Neoddělitelnou součástí diagnostiky mentálního postižení je i anamnéza zaměřená jednak na významné biologické faktory, jednak na faktory psychosociální. Obzvláště důležitou součástí diagnostiky jedince s mentálním postižením je hodnocení výchovného přístupu a rodinné interakce.*

Nyní si více přiblížíme **speciálně pedagogickou diagnostiku**. Hlavním cílem je dokonalé poznání člověka s postižením, získání informací o osobnosti jedince, výchově a vzdělávání. Získané poznatky slouží k rozvoji osobnosti jedince, k výchově a vzdělávání jedinců s postižením a k možnosti jejich socializace do společnosti. (Pipeková, 1998)

Valenta (2009) charakterizuje obecně platné principy ve speciálně pedagogické diagnostice:

Princip komplexního přístupu – formou týmové spolupráce vytvoření komplexní diagnózy, diagnostikování osobnosti jedince v širším kontextu;

Princip etiologického hlediska – upřednostňování kauzální diagnostiky;

Longitudinální princip – při diagnostikování, diagnóza není ovlivněna aktuálním stavem jedince

Princip dynamiky – diagnóza se v průběhu může vyvíjet;

Princip individuálního přístupu – individuální používání diagnostických metod a technik.

Speciálně pedagogická diagnostika používá následující diagnostický instrumentář:

Klinické diagnostické prostředky (nestandardizované) – např. pozorování, dotazník, rozhovor, anamnéza, kazuistika

Testové metody – standardizované didaktické testy, sociometrické testy, psychodiagnostické testy (převážně testy inteligence, vědomostí, dovedností výkonu aj.) (Pipeková, 1998)

1.3 Výskyt mentální retardace v populaci

Lečbych (2008) uvádí, že přesné vyčíslení mentální retardace v České republice není dohledatelné, protože evidence není zcela možná díky nutnosti dodržování lékařského tajemství. Lečbych dále uvádí údaje Národní rady zdravotně postižených z roku 2004, kde se objevují informace, že se v České republice vyskytuje 294 231 osob s mentálním postižením. Tito jedinci tvoří nejhojnější skupinu spolu s dalšími skupinami osob – se sluchovým, zrakovým či pohybovým postižením.

Také Pipeková (2006) zmiňuje, že záznamy s přesným vyčíslením o výskytu mentálně retardovaných osob ve světové ani v naší populaci nejsou zřejmé. Taktéž jako důvod uvádí nejednotnost definic mentálního postižení. Typem mentální retardace je v České republice postiženo přibližně 3 % populace.

Počet lidí s mentální retardací se vyskytuje kolem 1,5 % - 3 %. Trvalou lékařskou či sociální pomoc potřebuje přibližně polovina z nich. V mnoha případech v pozdějším věku

potřeba speciální péče klesá a to díky lepší sociabilitě a taky získáním dalšího stupně intelektuálního vývoje. (Zvolský, 2005)

Podle Švarcové (2006) procento osob s mentálním postižením stále stoupá. Přesný počet není dohledatelný, nicméně se uvádí okolo 3 %, z toho 2,6 % spadá na osoby s lehkou mentální retardací; osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací tvoří 0,1 % - 0,2 %.

Valenta a Müller (2003) uvádí počet, respektive číslo 200 milionů osob s mentálním postižením v celosvětovém měřítku. Považují za nezbytné si uvědomit, že i tito lidé spolu s námi žijí ve společnosti, mají svoje práva, svobodu, důstojnost a nutno jim poskytnout potřebnou pomoc.

Zastoupení mentální retardace v jednotlivých věkových skupinách není stejná u ženského a mužského pohlaví. Mentální retardace je nejhojněji podchycena ve školním věku (Černá in Pipeková, 2006).

Individuální přístup by měl stát v popředí u každého jedince s postižením. V současnosti se jedince s postižením snažíme sjednocovat (integrovat) do intaktní společnosti. Výsledkem tohoto úsilí jsou prospěšné účinky pro obě strany. V prvé řadě by vždy měla stát zásada: opatření ku prospěchu jedincům s postižením nikoli vyhovění většinové společnosti. (Matějček, 2001)

1.3.1 Příčiny mentální retardace

Na původu mentální retardace se může podílet mnoho různých příčin. Tyto příčiny se prolínají. Švarcová (2006) zmiňuje příčiny *endogenní* (vnitřní, genetické) a *exogenní* (vnější). *Endogenní příčiny* mají zárodek již v systému pohlavních buněk, jejich propojením vzniká nový jedinec, tyto příčiny jsou genetického původu. *Exogenní příčiny* se vyskytují od početí, po čas celého těhotenství, porodu, v poporodním období i v raném dětství. Exogenní faktory se člení díky působení na prenatální (období od početí do narození dítěte); perinatální (období před, během a těsně po porodu dítěte); postnatální (probíhá po narození dítěte) období.

Téhož názoru je i Vágnerová (2004), která uvádí jako příčinu mentální retardace postižení centrálního nervového systému (dále jen CNS). Způsob etiologie se projevuje závažností symptomů a postižení. Na tomto multifaktoriálně podmíněném postižení se mohou podílet na jedné straně dispozice genetické, které vedou k narušení rozvoje CNS a na druhé straně

exogenní (vnější) faktory, které primárně poškozují mozek ve fázi raného vývoje. Tyto dvě složky na sebe vzájemně působí.

Co se týká příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací se mezi jedinci s mentální retardací vyskytuje značná proměnlivost. Černá (2008) mezi příčiny mentální retardace zmiňuje faktory biologické a sociální. Podotýká, že určení tohoto faktoru není jednoduché a už vůbec ne jednoznačné. Tyto faktory se úzce prolínají. Vliv na postižení má i sociální prostředí a životní zkušenosti. Velký význam má i faktor času – přesněji kdy a v jakém kontextu k mentální retardaci došlo.

Nejčastější příčiny mentální retardace podle Švarcové (2006, s. 62):

- **následky infekcí a intoxikací** – prenatální infekce, postnatální infekce, intoxikace;
- **následky úrazů nebo fyzikálních vlivů** – mechanické poškození mozku při porodu; postnatální poranění mozku nebo hypoxie;
- **poruchy výměny látek, růstu, výživy** – např. mozková lipoidóza;
- **makroskopické léze mozku** (degenerací, novotvarem, postnatální sklerózou);
- **nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy** – např. vrozený hydrocefalus;
- **anomálie chromozomů** – např. Downův syndrom;
- **nezralost** – stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů;
- **vážné duševní poruchy**
- **psychosociální deprivace** (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek);
- **jiné a nespecifické etiologie.**

Karol Matulay, jeden z hlavních autorů odborných prací o mentální retardaci uvádí případy převážně lehké mentální retardace, které mají „neurčený původ“ (až 80 % případů). Nové technické vybavení pracovišť vedou ke kvalitnějšímu odhalování dalších příčin mentální retardace a také k jejich prevenci. (Švarcová, 2006)

Závěrem této podkapitoly bychom chtěli dodat, že hledáním viníků a viny, kde žádná vina neexistuje, strádá celá rodina, především postižený jedinec. Řešením této těžké situace, v níž se rodina nachází by mělo být seskupení sil, rozdělení odpovědnosti ve společné péči, nehledě na příčiny, které právě k postižení vedly.

Celá tato kapitola pojednává o mentální retardaci, přičemž se jedná o označení vrozeného defektu rozumových schopností, příčinou je porucha centrální nervové soustavy. Za důležité se považuje stupeň mentální retardace. Mentální retardace je trvalá, avšak kvalitními terapeutickými metodami se dá podporovat rozvoj těchto jedinců. Ve většině případů bývají jedinci s mentálním postižením závislí na svých rodinných příslušnících či pracovnících sociálních zařízeních, nicméně větší míra samostatnosti se dá rozvíjet i v dospělosti. Úspěšné zvládnutí pracovních činností dává jejich životu náplň a zachovává jejich kompetence.

2 SEXUALITA

Vymezení pojmu sexualita není zcela jednoznačné. Odborníci, zaměřující se na tuto problematiku definují pojem sexualita z pohledu různých oborů. Pro ujasnění si uvedeme několik definic a významů.

Štěrbová (2007, s.26) říká, že *sexualita je souhrnem našich postojů, představ a vztahů k jiným lidem, zahrnuje naše představy o muži a ženě, o sobě, naše sexuální chování, očekávání, úspěchy a neúspěchy promítající se do našeho sebevědomí.*

Venglářová, Eisner et al. (2013) čerpali ze světové zdravotnické organizace a sexualitu velmi obecně formulují jako soubor čtyř stránek člověka co by sexuální bytosti – tělesných, citových, rozumových a společenských. Sexualita zlepšuje vztahy a podporuje schopnost lásky k lidem.

Sexualita je chápána jako složitý souhrn jevů, která je biologicky podmíněna. Je utvářena kulturou i sociálním prostředím (Janiš, Marková, 2007).

Weiss (2017) chápe sexualitu jako jeden ze základních motivů člověka, která ovlivňuje jeho osobnost a mezilidské vztahy a je určitou formou komunikace, která usměrňuje lidské chování, prožívání a emoce. / Poruchy sexuální preference/

Z psychologického hlediska Hartl, Hartlová (2015, s. 532) definují sexualitu jako *fyzilogické uspokojení a psychická slast spojená se sexuálními aktivitami sblížení, vzrušení a spojení.*

Mellan (2004, s. 45) říká, že v sexualitě jsou biologické základy dány geneticky, pohlavními orgány a žlázami a produkcí hormonů (např.testosteron). Dále zmiňuje psychosociální vlivy, mezi které řadí *matrikové pohlaví; přijetí dítěte a přijetí jeho pohlaví; vrozená vada, handicap; rodová identifikace; rodinná struktura – úplnost a typ (patriarchát vs. Matriarchát); sourozenecká konstelace – pořadí a pohlaví; kulturní klima rodiny, etické normy; zařazení a úspěšnost mezi vrstevníky, atraktivita, sport; traumata, ztráty, pohlavní zneužití; sexuální výchova; masmédia.*

Sexualita tvoří nepostradatelnou součást našeho života. Má značný vliv na psychiku, aktivitu i citový život. Sexualita tvoří pouze dílčí složku celkového vývoje osobnosti a musíme ji brát v potaz ve vztahu k ostatním projevům osobnosti (Defektologický slovník 2000).

Sexualita je projevem soužití muže a ženy, jejich vzájemné lásky. Podílí se na formování osobnosti, vyjadřuje postoje, hodnoty, potřeby a city. Rozinajová (1980)

Kracík (1992) definuje sexualitu jako součást společenského spolužití obou pohlaví, kde je na prvním místě stránka sexuálních projevů.

Z výše zmiňovaných definic nám vyplývá, že řada z nich se ztotožňuje s pojmem sexualita jako s prostředkem vedoucí k rozmnožování a jiné obsahují aspekty duchovní.

Sexualita je jednou z mnoha částí lidského chování. Sexualitu lze nahradit slovem **pohlavnost**. Hovoříme o pohlavním určení každého člověka, ze kterého vyvstávají určité sexuální potřeby. Jestliže tedy mluvíme o sexualitě, máme tím na mysli pohlavnost člověka, nikoli sex jako takový. Sex je jednou z mnoha sexuálních potřeb. Sexualitu můžeme klasifikovat např. na fyzickou, emoční a sociosexuální úroveň. Eisner (2017)

Člověk od narození přichází do úzkého kontaktu s lidmi. Z počátku o jedince pečují, uspokojují jeho základní potřeby (Štěrbová, 2007). Mezi základní lidské potřeby patří sexualita, která je na stejné úrovni jako u lidí s postižením. V současnosti není funkce sexuality pouze reprodukční. Sexualitu můžeme díky pokroku vědy rozdělit na reprodukční a rekreační část. Mezi reprodukční část sexuality můžeme zařadit dosažení slasti, příjemných pocitů, udržení a šíření genů. Sexuální uspokojení se stává více konzumní, proto je velký důraz kladen na kvalitu, variabilitu či intenzitu. To může člověka vést až ke zklamání, pocitům nespokojenosti či znudění. (Venglářová, Eisner et al., 2013) Později člověk přichází do kontaktu s ostatními, kteří přispívají k jeho formování a formují i vztah k druhým lidem. Jak už bylo zmíněno, od narození se také rozvíjí nejintimnější složka života – sexualita (Štěrbová, 2007). Pro kvalitní rozvoj v oblasti sexuality uvádí Hampl (2011) rodinu. Právě v ní se jedinec poprvé setkává s těmito projevy. Rodiče z velké části sexuální projevy ovlivňují. Ideálně by mělo docházet i ke vzdělávání v této oblasti, neboť tak dochází k pozitivnímu budování hodnot a postojů dětí k sexualitě. Samotný rodič by měl být v této oblasti poučen a znát své hranice, ale také navíc v oblasti sexuality jedinců s postižením. Tyto postoje a přístupy by měly být pozitivní, neboť děti od rodičů přebírají vzorce chování (např. projevy náklonnosti, projevy lásky atd.), které velmi ovlivňují rozvoj jedincovy sexuality. Mandzáková (2009) zaujímá názor, že takovou funkci může vykonávat jen morálně zdravá rodina. Ne vždy tomu tak bývá. Leckdy si rodiče jedinců s postižením neuvědomují, že i jejich potomci mají sexuální potřeby a jejich sexualita je neoddělitelnou součástí osobnosti. Odborníci, zde máme na mysli pracovníky

poradenských zařízení, s kterými přicházejí rodiče do kontaktu by jim měli předat nezbytné informace, doporučit odbornou literaturu a v neposlední řadě podpořit rodiče v této oblasti, která je velice významná. Sexualita má biologickou a psychologickou stránku. Vždy se musíme zaměřovat na obě dvě. Biologická stránka se zabývá rozdíly mezi ženou a mužem; masturbací či pohlavními orgány, zatímco psychologická stránka si klade za cíl poznání hodnot, citů, postojů nebo úcty. (Hampl, 2011)

Podle Venglářové, Eisnera et al. (2013) sexualitu ovlivňuje kultura, kulturní vlivy ať už etnické, náboženské, geografické a nesmíme opomenout na rodinu a blízké okolí. Řada lidí považuje za prioritní milostný cit k druhému člověku. Nehledě na to, zda je jedinec postižený či ne, každý má právo na projev vlastní sexuality v měřítku všeobecně platných společenských a právních norem (Hampl, 2011).

Se sexualitou úzce souvisí i sexuální chování. V různých odborných publikacích si autoři kladou otázku, zda je sexuální chování jedince z velké části vrozené či v průběhu života získané? Venglářová, Eisner et al. (2013) poukazují na fakt, že dříve bylo sexuální chování přiřazováno k základnímu sexuálnímu pudu (např. při nedostatečném sexuálním uspokojení se vyhledává další možnost sexuálního uspokojení). V současnosti je sexuální chování chápáno jako proces vedoucí k navazování motivačních stavů, volba výběru potenciálního partnera, ale nesmíme opomenout ani na chování za účelem své prezentace. Zvěřina (2003) pohlíží na sexuální chování jako na proces evolučního vývoje motivačních struktur, které doprovázely k subjektivním prožitkům, seberealizaci a vedly k reprodukčnímu chování. Täubner (1995) rozděluje sexuální chování na užší a širší pojetí. Do užšího řadí např. pohlavní styk, početí, porod, sexuální zneužívání. Mezi širší pojetí spadá např. kamarádství, úcta či láska.

2.1 Sexualita osob s mentálním postižením

Na začátku této kapitoly si uvedeme definici z Defektologického slovníku (2000), která nám připomíná, že výjimkou nejsou ani jedinci s postižením, kteří taktéž nemají specifickou sexualitu, vyjma těžké formy mentální retardace, protože potřeby, touhy i zájmy těchto lidí jsou totožné s intaktní populací. Tohoto názoru se drží i Eisner (2017), který propaguje, že sexualita u lidí s mentálním postižením není ničím specifická.

Sexualitu může jedinec chápat svým specifickým způsobem. Mellan (2004) předpokládá, že i jedinci s mentálním postižením mají potřebu sexuálního života. Ta však může být vyjádřena například nedokonale.

V minulosti byla problematika sexuality osob s mentálním postižením velmi tabuizovanou oblastí. Jedním z hlavních cílů bylo osoby s mentálním postižením vzdělávat a chránit před zneužíváním Mandzáková (2013). Nízká informovanost v této problematice často vedla rodiče, pracovníky služeb i veřejnost k dezinformacím, v mnoha případech až k mýtům a předsudkům osob s postižením Venglářová (2013). V současnosti se mnohé týkající se problematiky sexuality osob s mentálním postižením výrazně zlepšilo. Uvedením vzájemných vztahů do souladu s přijatými normami a uvolněním společenských vztahů došlo v zařízeních pro osoby s mentálním postižením k motivaci mnoha rodičů i poskytovatelů sociálních služeb k celkovému přehodnocení situace. Jedincům s mentálním postižením se připisují stejná práva jako intaktní společnosti se záměrem podporovat rozvoj jejich osobnost. Touha po sexuálním a partnerském životě je prvkem individuálního rozvoje i osobnosti jedince s postižením. (Mandzáková, 2013)

Valenta, Kozáková (2006) uvádí, že vrstevníci z intaktní společnosti spolu s jedinci s lehkou mentální retardací souloží stejně často. U jedinců s mentální retardací dochází ke střetům v oblasti např. odhalování se na veřejnosti, ale také masturbování na veřejnosti. Společnost tento fakt ve většině případů hodnotí jako deviantní chování. K těmto problémům ovšem ve většině případů dochází, když jedinci nejsou dostatečně poučeni o nevhodnosti takového chování. Tato problematika je obsahem sexuální výchovy. *Mentálně postižený člověk si s vlastní sexualitou zpravidla neví rady, nemá příležitost ji uspokojit a často ani neví, jak by to měl udělat. Tato potřeba často bývá saturována autostimulací, v této souvislosti se mohou objevovat nápaditosti v (např. obnažování na veřejnosti). Může se projevit i neselektivními sexuálními atakami a vyžadováním pohlavního styku bez ohledu na postoj potencionálního sexuálního partnera. Sexuální agresivita může být zaměřena i na členy rodiny, mentálně postižený nechápe tabu této aktivity.* (Vágnerová, 2008, s. 309)

Jestliže jedinec nějakým způsobem, neprojevuje či neuspokojuje své sexuální potřeby, může dojít k problému – k nevhodnému vyventilování např. na veřejnosti. Eisner (2017) toto definuje jako **potlačenou sexualitu**. Dále uvádí tři oblasti těchto problémů:

- **nedostatečná podpora pohlavní identity** – zde se jedná o problém sebeurčení. Jedinci s postižením nemusí mít možnost setkávat se se svými vrstevníky, případně v omezené míře; mnozí z nich ještě neviděli nahé pohlaví protějška
- **absence intimity nebo soukromí** – člověk by měl mít svůj vyhraněný prostor, kde může docházet k uspokojování svých sexuálních potřeb. Jestliže takový prostor chybí, může docházet k tomu, že jedinci s postižením chápou „nahotu“ jako veřejnou záležitost. Je proto velmi důležité tyto jedince v této oblasti vzdělávat, aby nedocházelo ke konfliktům s veřejností (např. k obnažování na veřejnosti apod.) Jedincům často chybí soukromí a prostor, kde „tyto potřeby“ ventilovat.
- **definování intimních zón** - problém nastává, jestliže jedinec nedokáže vymezení své intimní zóny. V první řadě se může stát lehkou obětí sexuálního zneužívání a za další jestliže nedokáže vymezení své intimní zóny, nebude je brát v potaz ani u druhých a tím se může stát pachatelem sexuálního zneužívání.

V sociálních zařízeních, ale i u veřejnosti se můžeme setkávat s neochotou, nechutí či s dezinformacemi v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, které často vedou ke vzniku falešných představ, mýtů či pověr. Komplikovanější je situace v oblasti již zmiňované sexuality osob s mentálním postižením. Nyní se zaměříme na nejčastější mýty a předsudky právě u těchto jedinců:

- Jedinci s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud;
- Jedinci s mentálním postižením nemají žádné sexuální potřeby;
- Jedinec s mentálním postižením je „věčné dítě“;
- Sexuální potřeby jedinců s mentálním postižením se dají potlačit fyzicky náročnou prací;
- Oddělením obou pohlaví se vyhneme sexuálním problémům;
- Jedinci s mentálním postižením mají handicap i v oblasti sexuality;
- Podporou v oblasti vztahů, partnerství a sexualitou se u jedinců s mentálním postižením probouzejí sexuální touhy;
- Podpora v oblasti vztahů, partnerství a sexuality není potřebná;
- Jedinci s mentálním postižením nedokážou mít hlubší intimní vztah;
- Plánování budoucnosti pro jedince s mentálním postižením není důležitá. (Kozáková in Valenta, Michalík, Lečbých et al., 2018)

Po výčtu těchto tvrzení je evidentní, že tato problematika by se neměla podceňovat, jelikož uspokojením sexuálních potřeb dochází k významným znakům socializace jedinců s postižením a tím i ke zkvalitnění jejich života (Mandzáková, 2009). Taktéž by se nemělo zapomínat právě na informovanost rodin jedinců s postižením, pracovníků v sociálních zařízeních a v neposlední řadě samotné veřejnosti.

Problémy týkající se sexuality osob s mentálním postižením ještě donedávna byly záležitostmi medikamentů. Objevovaly se i názory, že jedinci s mentálním postižením, kteří jsou „zaměstnání“ náročnou fyzickou prací nemyslí na sexuální potřeby. Jedincům byla ubírána možnost komunikace s opačným pohlavím nebo rozvoj pohlavní identity. Jedinci taktéž nemohli získávat zkušenosti, zážitky, navazovat vztahy či poznávat kamarády. Jedinci byly sexuálně frustrováni i citově strádali (Kozáková, 2004). V současnosti dochází ke značným pokrokům, např. ústavní zařízení prochází transformací a klienti zařízení tak mohou bydlet po dvou nebo i samostatně v pokojích Eisner (2017)

2.1.1 Principy přístupu k sexualitě osob s mentálním postižením

S rozvojem sociálních služeb se na pracovníky klade větší důraz i v oblasti individuálního plánování. Kvalitní a správné individuální plánování se zaměřuje na potřebu podpory a pomoci klientům dané sociální služby. Na sociální pracovníky i pracovníky v sociálních službách jsou kladeny požadavky, co se týče jejich profesní zdatnosti i odbornosti. Tito pracovníci by měli být odborníky v problematice jejich klientů, měli by umět a využívat metod, které jim pomáhají, jak s klienty pracovat, dále by je neměli zaskočit specifické (krizové) situace, které se mohou ve službě objevit, taktéž by se měli umět orientovat v ostatních službách, které by klienta mohli posunout dál. Nesmíme opomenout na fakt, jakou důležitost hraje průběžné vzdělávání v oblasti, kde pracovník působí. (Krutilová in Štěrbová, Rašková, 2016) Jak dále podotýká Mandzáková (2013) pracovníci v přímé péči by měli být vybaveni dostatečnými informacemi a služba by měla odpovídat přiměřeným potřebám osob s mentálním postižením nevyjímaje sexuálních potřebám. Dále by pracovníci měli poskytovat jistotu osobám s mentálním postižením ve vztahu k přístupům k sexualitě. Pracovníci jsou klientům velmi blízko v jejich životě, stávají se jakýmsi modelem chování a musí respektovat klientova práva. Do těchto práv řadíme i skutečnost, že klienti mají rodiny, ze kterých si nesou různé normy a postoje k sexualitě, bez ohledu na

to, zda se stýkají nebo ne. V partnerském či přátelském vztahu je důležitým faktorem respekt k druhému.

Velmi důležitou oblastí u osob s mentálním postižením je komunikace na toto téma. U těchto osob by se měl klást důraz na významnost a pochopení v této problematice. Pokorná (2010, s. 16) uvádí šest „poselství“ ve vzájemné komunikaci: *Co jsme chtěli říci? Co bylo skutečně řečeno? Co druhé osoby skutečně slyšely? Co si druhé osoby myslí, že skutečně slyšely? Co druhé osoby říkají na to, co jsme si mysleli, že slyšely? Jak vnímáme to, co druhé osoby řekly o tom, co si myslí, že slyšely*

Čírtková (2008) uvádí výčet několika překážek v komunikaci osob s mentálním postižením: slovní zásoba je snižena; snížený rozsah pozornosti; problém s porozuměním otázky; problémy s pamětí; abstraktní myšlení je nedostačující; nepřiléhavé nebo nekonzistentní odpovědi na položené otázky; ovlivnitelnost cizími názory je vysoká.

Taktéž Štěrbová (2012) poukazuje na problém týkající se bezproblémové komunikace s osobou s postižením. Zaměstnanci pomáhajících profesí mají nedostatečnou dovednost při používání alternativních a augmentativních způsobů komunikace (dále jen AAK) a taky rozpoznávání, jestli se již ve zmiňovaném systému AAK vyzná osoba s mentálním postižením. Může dojít až k situaci, že zaměstnanci určité sociální služby nedokážou rozpoznat úroveň receptivní a expresivní složky řeči klienta. Tyto potíže se většinou vyskytují u klientů s hlubokým mentálním postižením, dalšími diagnózami nebo poruchami (např. porucha zraku, sluchu, porucha autistického spektra, tělesné postižení atd.) Systém AAK obsahuje symboly, znaky, předměty, fotografie v odlišných komunikačních pomůckách. Odborníci doporučují znakování jako přínosný komunikační prostředek u osob s mentálním postižením.

Rodiče by měli vědět, že se mohou obrátit na odborníky v pomáhajících profesích i skrze problematiku sexuality lidí s mentálním postižením. Téma sexuality se nemusí na první pohled jevit jako jednoduché téma, o to více jestliže se má na takové téma hovořit s osobou vyžadující specifický přístup (máme zde na mysli osobu s mentálním postižením). V konverzaci s osobou s mentálním postižením, by měl mít člověk předem ujasněné postoje, názory a hodnoty na téma sexuality obecně, nicméně i na oblast sexuality osob s postižením. (Štěrbová, 2016)

2.2 Práce se sexualitou v rámci služby

Začátkem této kapitoly si ujasníme situaci problematiky práce se sexualitou lidí s postižením. V posledních letech se situace v rámci poskytovaných sociálních služeb na poli zaobírání se sexualitou u nás značně zlepšila, stále jsme ale na začátku. Mnoho zařízení má v poslání svých služeb stanoveno, že svým klientům chtějí umožnit žít „plnohodnotný život“, nicméně zřídka se už dozvídáme, jakým způsobem toho chtějí dosáhnout. Na druhou stranu se taktéž zjišťuje, že pracovník služby výraz plnohodnotný život chápe jinak. Jedna skupina pracovníků se přiklání k názoru zajistit klientovi teplo, stravu, naplnit čas jakoukoli pracovní činností a druhá část pracovníků chápe mimo jiné výraz jako podporu v partnerských, vztahových či sexuálních potřebách. Řešení otázek zabývající se sexualitou klientů ve službě není otázkou ze dne na den. Přehlednost tohoto jednání je ovšem potřebná jak pro bezpečí klientů služby, tak i pro pracovníky. Jestliže se služba rozhodne touto tématikou zabírat, je třeba si vymezit možnosti personální, technické a taktéž rámcem služeb, které chce služba poskytovat. Důležitým bodem je sjednocení názorů všech pracovníků služby. Eisner (2013)

Pracovník pracující v přímém kontaktu s jedinci s mentálním postižením by měl znát své schopnosti, možnosti, měl by mít vymezené své hranice a role v souvislosti s poskytováním služby. V opačném případě to může vést k rizikům. Pro lepší odhadnutí schopností při práci se sexualitou každého pracovníka nám pomůže jednoduchá osa, kde si najde místo každý pracovník. Toto místo pomáhá pracovníkovi zorientovat se, kde na ose se nachází, uvědomit si respekt ve vztahu k sexualitě jedinců s mentálním postižením a zároveň zachovat si jistou odměřenost vůči klientovi. Vyznačení pracovníkovy pozice na ose si žádá kvalitní výklad jednotlivých částí. Při vyznačování místa na ose by měl pracovník zvážit všechny svoje klady a zápory.

Pracovníci, kteří neberou člověka s postižením jako pohlavní bytost, projevy sexuality neberou v potaz, v horších případech i trestají, dále sexualitu nechápu jako součást služby, spadají do pomyslné pozice **před osou**. Do této pozice se v mnoha případech řadí i rodiče lidí s postižením, kteří se nedokáží připustit „pohlavnost“ svého potomka. (Eisner, 2013)

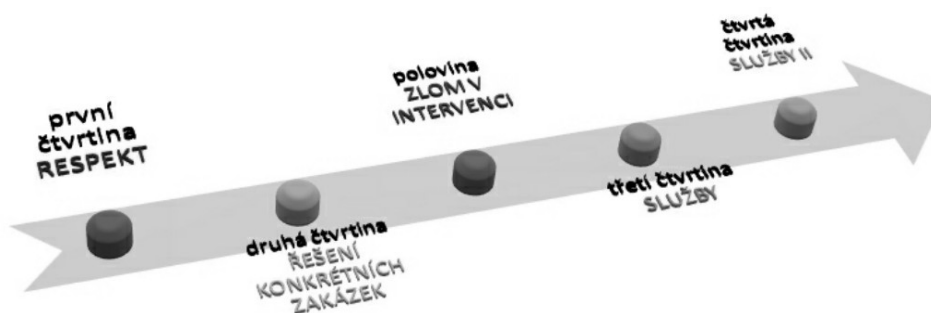
Do pozice **osy na nule** můžeme zařadit pracovníky, kteří chápou jedince s postižením jako pohlavní bytost, avšak např. z osobních důvodů si od této problematiky udržují odstup. Buďto vlivem náboženství nebo vlastní traumatizující zkušeností. (Eisner, 2013)

Do ¼ osy patří všichni pracovníci, kteří jedince s postižením respektují po sexuální a vztahové stránce a adekvátně reagují na projevy sexuality. Nyní si pojdme rozlišit přístup tolerantní a respektující. Tyto přístupy se velmi často zaměňují. Tolerantní přístup nám umožňuje, na základě větší moci, aby jedinec s mentálním postižením uspokojoval svoje potřeby. V této problematice tolerovat ale nestačí. Zatímco respektující přístup přijímá jedince s postižením na základě partnerského postoje a dovoluje vykonávat sexuální potřeby. Respekt nám obstarává rovnost i důstojnost. Na této pozici se v současnosti nachází velká část pracovníků. Na této pozici je taktéž velmi důležité nastavení a udržování stejných norem a hranic, které jsou platné jak pro jedince s postižením, tak pro intaktní společnost. Pracovníci služby by měli být důslední na rozpoznávání hranic u klientů, aby nedocházelo k nevhodným situacím. Jedinec s mentálním postižením ve většině případů není schopen bez po upozornění poznat, že jeho chování nebylo adekvátní. Projevy a formy sexuality by neměly omezovat jiné klienty, ani pracovníky. (Eisner, 2013)

2/4 osy se zcela odlišuje od předchozí. Pracovník by se měl zcela dobrovolně rozhodnout, zda by byl schopen řešit určitou zakázku klienta. Na této pozici by se měl nacházet pracovník, kterému nedělá problém otevřeně hovořit o sexualitě, ale zároveň si umí udržet od klienta jistým způsobem odstup a udržet hranice. Klient by měl mít na výběr, jestli bude chtít tuto problematiku rozebírat s mužským či ženským pohlavím, pokud to bude možné ve službě zajistit. Jak již bylo zmíněno, na této pozici je velmi důležité nastavení a respektování hranic mezi pracovníkem a klientem, aby nedocházelo například k situacím, že by klient mohl začít vidět v pracovníkovi potenciálního partnera/milence. Spoluprací v této oblasti vstupuje pracovník i klient do intimního kontaktu, proto je nezbytné se řídit určitými pravidly: Vymezení své individuální pozice na ose ještě před zahájením zakázky s klientem. K překračováním stanovených hranic by nemělo docházet; Jednoznačné vymezení rolí a hranic týkající se klienta a jeho zakázky; Zabezpečení dostatečně bezpečného prostoru i prostředí pro práci; Mlčenlivost týkající se citlivých informací; Prozkoumání slovníku klienta v této problematice (nepoužívat příliš odborné výrazy); Zařazení názorných pomůcek do práce; Značné aktivní zapojení klienta do práce; Uvádění vlastních příkladů do práce, které klienta ujistí v přirozenosti a běžnosti; Klient není pracovníkovým objektem pro pozorování či zkoumání; Zodpovědnost za srozumitelné předávání informací, nikoli přebírání zodpovědnosti za klienta; Rozhodování klienta na základě vlastních potřeb. (Eisner, 2013)

Práce na úrovni $\frac{1}{2}$ osy představuje mezník mezi prací, která se týká forem povídání, používání pomůcek a fyzickým výskytem pracovníka při určitém problému (např. masturbace, užití antikoncepce..). Jestliže i po takovém výkladu má klient potíže dané potřeby vykonávat, jeví se jako nutné prozkoumat, jak se daná aktivita reálně uskutečňuje. Takové potíže v mnohých případech souvisí se špatnou motorikou v důsledku míry postižení. Tato pozice si žádá velmi přísné pravidla. Pracovník ani zde nepřichází do intimního kontaktu s klientem. Jako doporučení se uvádí, aby práci na této pozici vykonával proškolený pracovník z jiného sociálního zařízení vzhledem k zachování intimity a stanovených hranic. Eisner (2013)

Poslední část osy představuje služba typu asistované soulože. Tato služba má zřetelně pojmenované a vymezené pravidla. V České republice taková služba funguje teprve od roku 2016. Nejedná se ovšem o sociální službu, nýbrž o komerční záležitost, kterou si klient hradí. Je nutné podotknout, že cílem této „služby“ není poskytování pohlavního styk. Služby tohoto typu dovolují fyzický kontakt, ten však směřuje pouze k jasnějšímu nácvičku dané zakázky. I zde musí být domluveny předem jasná pravidla. Pracovník poskytující sexuální asistenci je speciálně vzdělán v oblasti sexuální asistence pro mentálně postižené a taktéž je pravidelně supervidován (Eisner, 2017)



Obr. 1 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta (Eisner, 2013)

Závěrem si shrneme, že práce se sexualitou osob s mentálním postižením ve službě si žádá určité postoje a přístupy pracovníků ke klientům. Pracovníci by měli mít před zahájením práce v této oblasti jasně vymezené vnitřní osobní hranice, přístupy ke klientům jako k pohlavním bytostem, schopni aktivně podporovat klienty v jejich pohlavní roli, a přiměřené reagování na sexuální projevy klientů. Ačkoli se nejedná o lehký úkol, tyto postoje by měli zaujímat i rodinní příslušníci.

2.2.1 Protokol o sexualitě a vztazích

Každé zařízení poskytující sociální služby, jenž se zaměřuje na osoby s mentálním postižením by měly mít zpracován dokument („Protokol sexuality a vztahů“), který dává možnost zorientovat se v postupech při řešení otázek týkající se sexuality jak pracovníkům v přímé péči, stejně tak i klientům ve službě. Tento dokument by měl být veřejný, písemně stanovený a závazný pro osoby v něm zúčastněné. Nezbytnou částí písemného zpracování dokumentu je přístup zařízení, který by měl mít jednotnou a určitou koncepci. Postoj zařízení k sexualitě a vztahům by měl být znám všem pracovníkům i rodinným příslušníkům. Na vytvoření tohoto protokolu by se měli podílet všichni pracovníci. Tvorba protokolu a zavedení do praxe je otázkou dlouhodobosti. Možnost sestavování, navrhování změn i úpravy protokolu musí mít pracovníci i klienti. Jako hlavní cíl celého protokolu uvádí Eisner (2013) nastolení pravidel, které popisují práva i povinnosti pracovníků i klientů. Je proto nesmírně důležité, aby byl protokol psán srozumitelně pro všechny. Část náležející klientům, by měla být vytvořena co nejjednodušeji, obohacena např. piktogramy. Jelikož protokol o sexualitě a vztazích není legislativně ukotven, zařízení si může podobu vytvořit podle potřeb svých klientů a pracovníků.

Protokol sexuality a vztahů je velmi specifický a nedá se vytvořit jakýsi „mustr“. Zařízení se odlišují např. typem sociální služby, cílovou skupinou klientů nebo prostorovým a personálním zajištěním. Štěrbová (2009, s. 30-35) vytvořila model pro tvorbu Protokolu sexuality díky materiálu Regional Residential Services Society (1998). Modelový protokol člení do tzv. sekcí: *Sociosexuální vzdělávání; soukromí; masturbace; intimní pomůcky a materiály; informovaný souhlas, svolení (se sexuálním vyjádřením); vrstevnické a přátelské vztahy; vzájemné sexuální vyjádření; regulace porodnosti; těhotenství a rodičovství; sexuálně přenosné nemoci; sexuální zneužívání; obtěžující sexuální chování*. Tyto sekce charakterizují práva a povinnosti klientů, pracovníků daného zařízení, dále kompetence a zodpovědnost. V jednotlivých dílčích sekcích vymezuje odpovědnost jak pracovníků, klientů, tak i zaměstnavatele.

Pro příklad a inspiraci si uvedeme model, který ve své knize uvádí Eisner (2013) zpracovaný Veronikou Pavlíkovou-Brožovou, která je konzultantkou pro oblast sexuality v organizaci Diakonie ČCE – středisko Západní Čechy.

Protokol obsahuje tři základní části, které se dále rozvíjejí:

- *Základní společná stanoviska a východiska:*
 - *Co je sexualita.*
 - *Postoj organizace k sexualitě v životě lidí s mentálním postižením.*
 - *Východiska základního postoje: Biologická; Právní; Etická; Veřejný závazek organizace.*
- *Jednotlivé oblasti Protokolu sexuality:*
 - *Společné pro celou organizaci:*
 - *Oblast vztahů.*
 - *Oblast tělesného a sexuálního vyjádření: Autoerotika; Vzájemné sexuální vyjádření; Vyjádření k promiskuitě, prostituci a deviacím; Erotické materiály a pomůcky; Regulace porodnosti.*
 - *Oblast možných následků sexuálního života a práce s riziky: Těhotenství; Rodičovství; Sexuálně přenosné nemoci; Rizikové a problémové chování.*
 - *Oblast zodpovědnosti pracovníků.*
 - *Oblast sexuální výchovy a osvěty.*
 - *Oblast spolupráce s rodiči a opatrovníky.*
 - *Oblast sexuálního zneužívání, násilí a obtěžujícího chování.*
 - *Oblast nakládání s informacemi.*
 - *Specifická doplnění pro jednotlivé služby.*
- *Přílohy*
 - *Seznamy: kompetentních pracovníků, odborníků, literatury, možností vzdělání atp.*
 - *Formuláře: zápis o podezření ze sexuálního zneužívání, práce s rizikem atp.*
 - *Vysvětlivky: slovníček, terminologie atp.“*

Jak již bylo zmíněno, uvedený příklad je nutno brát jako doporučení. Vždy by se mělo dbát na to, aby byl protokol o sexualitě a vztazích plánován na základě individuálního přístupu ke klientovi.

3 SOCIÁLNÍ ZAŘÍZENÍ

Sociální služby mají napomáhat a podporovat vlastní aktivitu jedinců a řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Nepříznivá sociální situace může být rozmanitá a proto je mnoho druhů sociálních služeb. Cílem sociálních služeb není převzetí odpovědnosti jedince za jeho osud nebo životní perspektivu. Hlavním cílem sociálních služeb je mimo jiné podpora rozvoje či zachování dosavadní samostatnosti; návrat či vytrvání v domácím prostředí; zlepšení kvality jejich života, případně lepší začlenění se do společnosti; rozvoj schopností a dovedností jedinců. (Matoušek, 2007)

Mezi aspekty sociální péče se jednoznačně řadí i sociální zařízení, které poskytuje danou sociální službu a je jedním z klíčových prvků pro dosažení požadované kvality poskytovaných služeb. Tam kde zákon hovoří o zařízeních sociálních služeb, rozumí tím taková zařízení, která můžeme na podporu (či alternativu) péče o osoby s mentální retardací využít. (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych et al., 2018)

Pro účely této práce byl vybrán typ služby Sociálně terapeutická dílna a v následující kapitole si více přiblížíme základní podstatu služby.

3.1 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny řadíme do kategorie sociálních služeb, jež jsou organizovány z hlediska formy jako služby, poskytující služby sociální prevence podle § 53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které podporují zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, dále pak sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Hlavním cílem sociální prevence je podporovat osoby k překonání jejich nepříznivé sociální situace a tím tak chránit společnost před vznikem a rozšiřováním nežádoucích společenských jevů. V rámci služeb sociální prevence mohou klienti se zdravotním postižením využít ranou péči, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně terapeutické dílny apod.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) definuje Sociálně terapeutické dílny tak, že sociálně terapeutické dílny se poskytují lidem se sníženou soběstačností z důvodu

zdravotního postižení, které znemožňuje umístění na otevřeném a chráněném trhu práce. Jejich stěžejním úkolem a účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Mezi základní činnosti, které jsou klientům nabízeny, patří: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu (soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění); podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Jedná se o ambulantní službu. (MPSV, 2012)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se mění k lednu 2019 v zákon č. 47/2019 Sb. Ve vztahu k sociálně terapeutickým dílnám nedošlo v tomto směru k žádným změnám.

Již zmiňované základní činnosti probíhající v sociálně terapeutických dílnách a rozsah těchto úkonů je formulován vyhláškou 505/2006 Sb., v § 32. Uvnitř této sociální služby probíhá sociálně pracovní terapie, která se nepovažuje za pracovní uplatnění, ale může se považovat za určitý předstupeň v přechodu osob se zdravotním postižením směrem k pracovnímu uplatnění. Klienti sociálně terapeutických dílen nemají nárok na pravidelnou finanční odměnu a jejich pobyt ve službě by neměl být příliš dlouhý, aby se naplnilo poslání této služby, a to začlenění klienta na chráněný nebo otevřený trh práce. V této sociální službě se standardně uzavírá smlouva o poskytnutí služby. (Doporučený postup MPSV, 2016)

3.2 Pozice v zařízení

Pozici a činnost pracovníků v sociálních službách a také podmínky odborné způsobilosti určuje zákon o sociálních službách. Tito pracovníci na dané pozici a v daném zařízení musí splňovat určité předpoklady pro výkon povolání jak v sociálních službách. (Sveřepa, 2005)

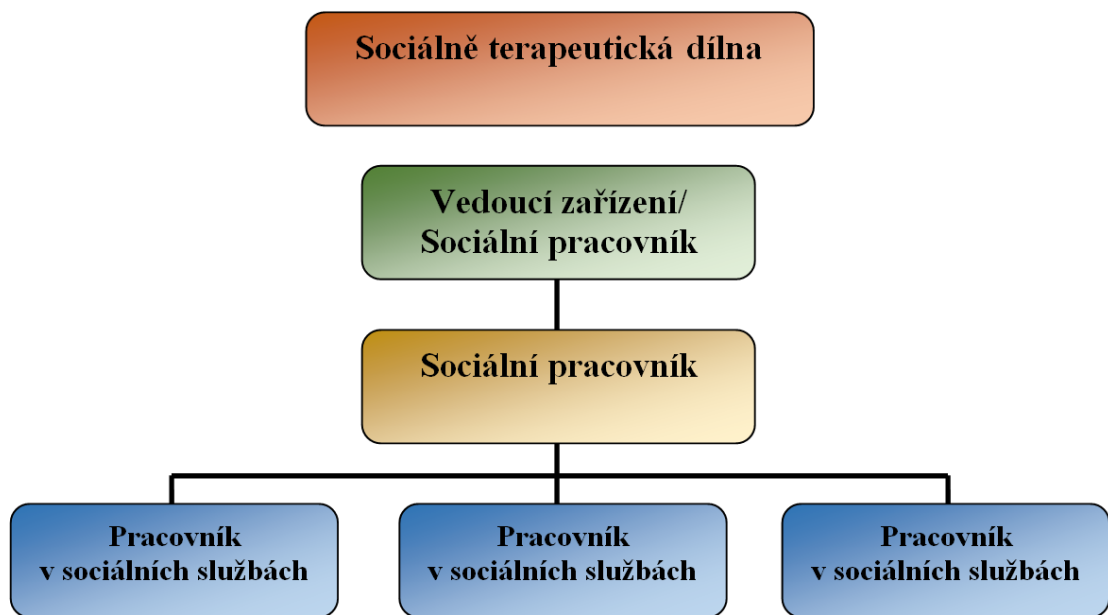
Každé zařízení by mělo mít stanovenou organizační strukturu, jak z hlediska kvality poskytování služeb tak stanovení úkolů zodpovědností pracovníků za dané odvětví sociální služby.

Vedoucí zařízení/ sociální pracovník – vedoucí pracovníci nebo vedoucí zařízení, kteří mají stanoveno v pracovním úvazku ve smlouvě, že i zároveň vykazují přímou práci

s klienty musí od přímé práce s klienty odečíst také jinou odbornou práci (např. metodické vedení pracovníků, realizace standardů kvality, koordinace služby apod. (Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, 2015)

Sociální pracovník má na starost provádění sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odbornou činnost v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. (§ 109 zákona č. 108/2006 Sb.) Podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka stanovuje zákon. Přednostními předpoklady k výkonu je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Sociálního pracovníka může vykonávat osoba, která dosáhla minimálně vyššího odborného vzdělání specializovaného na sociální práci. Profesionální sociální pracovník se zajímá o práva klienta, podstatný je pro něj individuální vztah s klientem, který je upevňován respektem práv klienta a taktéž se řídí etickým kodexem. Sociální pracovník si klade za cíl pomáhat jak jednotlivcům, tak i rodinám, skupinám při jejich dosažení nebo návrat k sociálnímu uplatnění (Matoušek, 2011).

Pracovník v sociálních službách provádí přímou obslužnou péči o osoby buď v pobytových, nebo ambulantních zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby, pod dohledem sociálního pracovníka základní poradenské a jiné činnosti (§ 109 zákona č. 108/2006 Sb.) I pracovníci v sociálních službách mají podmínku pro výkon povolání a to, způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Pracovníkem v sociálních službách se může stát osoba, která minimálně absolvovala akreditovaný kvalifikační kurz. Od 1. ledna 2012 vešla v platnost účinnost, která dává povinnost zaměstnavatelům zabezpečit pracovníkům další vzdělávání a to v rozsahu nejméně 24 hodin/ kalendářní rok. (Matoušek, 2011).



Obr. 2 Příklad organizační struktury zařízení

3.2.1 Klíčový pracovník

Klíčový pracovník je na základě zákona o sociálních službách přidělen každému klientovi zvlášť. Klíčovým pracovníkem je pojmenován zaměstnanec poskytovatele služby. Klíčový pracovník je v přímém kontaktu s klienty služby a přímo se podílí na sociální práci, prostřednictvím konkrétních aktivit a činností. (Bicková, 2011) Klíčový pracovník spolu s klientem ve službě pracují na individuálním plánování průběhu sociální služby a naplňují pomocí hodnocení klientovy osobní cíle. Klient má právo požádat o změnu klíčového pracovníka (Johnová, Čermáková, 2002)

Štěrbová (2014, s. 20) pak v odborném článku píše, že nejvíce se do každodenního styku s klienty a s jejich projevy sexuálního chování dostane pracovník v přímé péči. Pomoc při přístupu a k projevům takového chování by pomohlo povědomí o hranicích a limitech ve společnosti a bylo by v naprostém pořádku stanovit faktory, které by takové hranice vymezovali: „Vytvořit rámec, vnitřní pravidla a směrnice v institucích – zařízeních sociálních služeb obsahující postojový systém k sexualitě klientů s mentálním postižením. Takovýto souhrn bývá v zahraničí nazýván protokol o sexualitě, protokol o vztazích apod. Takováto směrnice je v zahraničí závazná pro všechny pracovníky zařízení a uživatele služeb“.

V dalším bodě se domnívá a jako doporučení zmiňuje, že je nezbytné, aby pracovníci v přímé péči v zařízeních poskytujících sociální služby byli v této problematice vzděláni, nebo se alespoň v této problematice orientovali. Dále píše, že nepoučené osoby s mentálním postižením a jejich chování je rizikové a vede k trestným činům. Zainteresovaní jedinci, kteří nemají dostatek informací o rizikovém sexuálním chování mentálně postižených osob, často činí různá rozhodnutí v oblasti sexuality, která jsou z některých stran hodnoceny jako chování problémové, nevhodné či trestné. Štěrbová (2014) pak v článku považuje za stěžejní, potřebné a nezbytné vzdělání v problematice klientů s mentálním postižením a doporučuje praktický výcvik u pracovníků v přímé péči, jak se sexualitou klientů zacházet. Šídová (2018) dodává a doporučuje, jak může pracovník v přímé péči pomoci s naplňováním sexuality svých klientů a klientek. Hned v prvním bodě doporučuje vzdělávání se v oblasti sexuality a vztahů, dále zavedení sexuální výchovy pro klienty, nákup knih o sexualitě a mimo jiné dopřát klientům soukromí a možnost intimního života.

3.3 Vzdělávací kurzy pro pracovníky

V této části se zaměřujeme na popis vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Kvalitní služby sociální péče mohou poskytovat jen takoví jedinci, kteří jsou schopni prokázat dostatečné praktické a teoretické znalosti spolu s osobními předpoklady pro výkon takové profese.

Profesním předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání v oblasti sociální péče zaměřené zejména na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitativní činnost, sociální politiku, speciální pedagogiku. Pokud je pracovník vzdělaný v jiném oboru, je třeba jeho kvalifikaci doplnit o absolvování některého z akreditovaných vzdělávacích kurzů a to v rozsahu 200 hodin a 5let praxe.

Asociace vzdělavatelů v sociální práci v České republice (dále jen ASVSP), která je dobrovolným sdružením vysokých a vyšších odborných škol, zajišťuje v oblasti sociální práce systém odborné úrovně vzdělávání. Dokument Minimální standardy ve vzdělávání

v sociální práci není statickým dokumentem, ale postupně, s měnícími se podmínkami, se dále rozvíjí a ASVSP jej považuje za základní nástroj pro dosažení hlavního cíle, a to zkvalitnění vzdělávání v sociální práci. Ze zákona musí sociální pracovník k dalšímu vzdělávání a vykonávání profese dodržovat Mezinárodní etický kodex sociální práce a Etický kodex sociálních pracovníků ČR.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje povinné vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v rozsahu minimálně 24 hodin ročně. Jde hlavně o splnění cíle a to obnovení, upevnění a doplnění kvalifikace ať už pomocí akreditovaných vzdělávacích zařízení právnických a fyzických osob, tak pomocí vysokých škol, akreditovaných kurzů, odborných stáží, školících akcí apod. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání je osvědčení, které vydává pořádající akreditované vzdělávací zařízení.

Nedostatečné vzdělání pracovníků v oblasti sociální práce se v nemalé míře odráží na kvalitě poskytovaných sociálních služeb. Je proto na každém zařízení, potažmo jedinci, aby se sami zúčastnili dalšího vzdělávání a poskytovali tak svým klientům co do kvality tak i do kvantity sociální služby na takové úrovni, jakou jejich profese zasluhuje a jaká je od nich očekávána. (Svobodová, 2014)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V České republice se vyskytuje několik typů zařízení pro osoby s mentálním postižením, jejichž charakteristika je dána zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Pro účely této diplomové práce byl vybrán typ služby **Sociálně terapeutické dílny**.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. V následující kapitole se zabýváme popisem výzkumných otázek a pojetím výzkumu, charakteristikou výzkumného souboru a výzkumného nástroje a způsobem zpracování dat.

4.1 Výzkumné otázky a pojetí výzkumu

1. Jaká je úroveň vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením?

1.1 Jaká je informovanost pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání?

H1: Předpokládáme, že existují rozdíly v informovanosti pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání.

1.2 Jaký je zájem/potřeba pracovníků sociálních zařízení o kurzy/školení/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na délce dosažené praxe?

H2: Předpokládáme, že existují rozdíly v zájmu/potřebě pracovníků sociálních zařízení o kurzy/školení/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na délce jejich praxe.

1.3 Jaký je přínos vzdělávání pro pracovníky sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na pohlaví?

H3: Předpokládáme, že existují rozdíly v přínosu ve vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na jejich pohlaví.

1.4 Jaké jsou zkušenosti pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek?

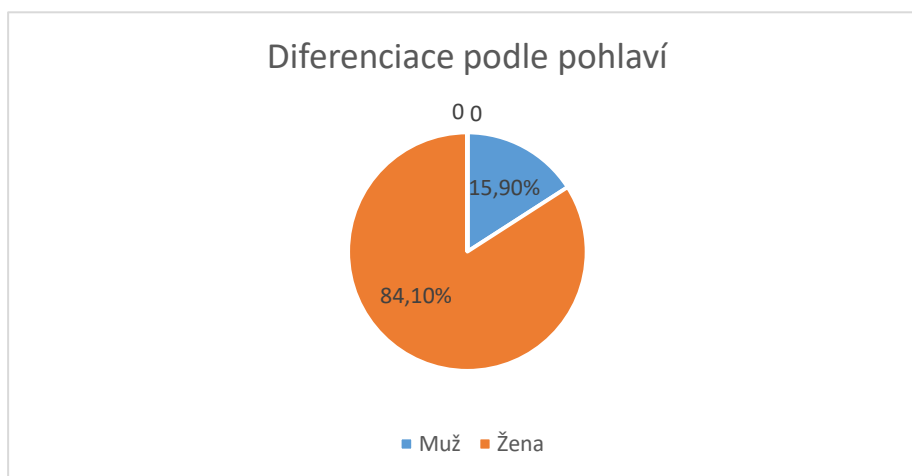
H4: Předpokládáme, že existují rozdíly ve zkušenostech pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek.

Na základě výše uvedených výzkumných otázek je výzkum orientován **kvantitativně**.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí dostupného výběru. Základní soubor tvoří pracovníci sociálně terapeutických dílen. Výzkum byl proveden v sociálně terapeutických dílnách. V České republice je celkem 160 sociálně terapeutických dílen, z toho 114 eviduje cílovou skupinu pro osoby s mentálním postižením, kteří jsou respondenti tohoto výzkumu.

Respondenti vyplnili dotazník umístěný na webových stránkách www.survio.com. Odkaz na elektronický dotazník byl rozeslán prostřednictvím e-mailových adres jednotlivým sociálně terapeutickým dílnám. Realizace dotazníkového šetření proběhla od 9. července 2018 do 19. listopadu 2018. Výzkumného šetření se zúčastnilo 107 respondentů.



Graf 1: Diferenciace podle pohlaví

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 15,9 % mužů a 84,1 % žen. Můžeme tedy vidět, že převaha žen je většinová.

4.3 Výzkumný nástroj

Abychom docílili našeho záměru, získali jsme informace pomocí dotazníkového šetření. Empirická metoda byla navržena, aby vyhovovala daným respondentům. Dotazník byl vypracovaný samostatně. První část tvořila 5 otázek, z nichž 2 byly polozavřené (zkoumaly pohlaví a dosažené vzdělání) a zbylé 3 byly otevřené. Druhá část dotazníku tvořila 16 výroků, u kterých respondenti zaznamenávali na škále, jak moc s daným výrokem souhlasí či nesouhlasí, přičemž 1 = naprostý nesouhlas; 5 = naprostý souhlas)

4.4 Způsob zpracování dat

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla přenesena do programu MS Office Excel. Následně shromážděná data byla zpracována v programu Statistica 13 za pomoci **popisné statistiky** (vztahuje se k výzkumné otázce pro zjištění úrovně vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením), **jednofaktorová analýza rozptylu** (vztahuje se k dílčím výzkumným otázkám pro zjištění informovanosti pracovníků v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, zájmů/potřeb pracovníků o kurzy/školení/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, zkušenosti pracovníků v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání, délce praxe a počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek a **t-testu** (k dílčí výzkumné otázce pro zjištění přínosu vzdělávání pro pracovníky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na pohlaví).

5 ANALÝZA DAT

V následujících podkapitolách se věnujeme zpracování a vyhodnocení dat získaných pomocí dotazníkového šetření. Zodpovídáme stanovené dílčí výzkumné otázky a ověřujeme stanovené hypotézy.

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 107 respondentů, z toho 90 žen a 17 mužů. Všechny data pocházejí z normálního rozložení a jejich výsledky jsou zpracovány pomocí jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA) a t-testu v programu Statistica 13.

5.1 Úroveň vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením

Proměnná	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Úroveň vzdělávání	50,364	9,3	16	67

Tabulka 1: Vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že respondenti dosáhli průměrné hodnoty úrovně vzdělávání v oblasti sexuality osob 50,364. Respondent z nejvyšší dosažené hodnotou dosáhl 67, zatímco respondent z nejnižší dosažené hodnotou 16. Můžeme říci, že celkově dosažené hodnoty jsou dosti průměrné až podprůměrné, což potvrzuje naši domněnku, že je potřeba pracovníky sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů více v této problematice vzdělávat.

5.1.1 Informovanost pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání

H1: Předpokládáme, že existují rozdíly v informovanosti pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Základní	-	-	-	-
Střední bez maturity – vyučen/a	1,730	0,905*	1	3
Střední s maturitou	1,742	1,064* ¹	1	5
Vysokoškolské	2,5	1,161	1	5

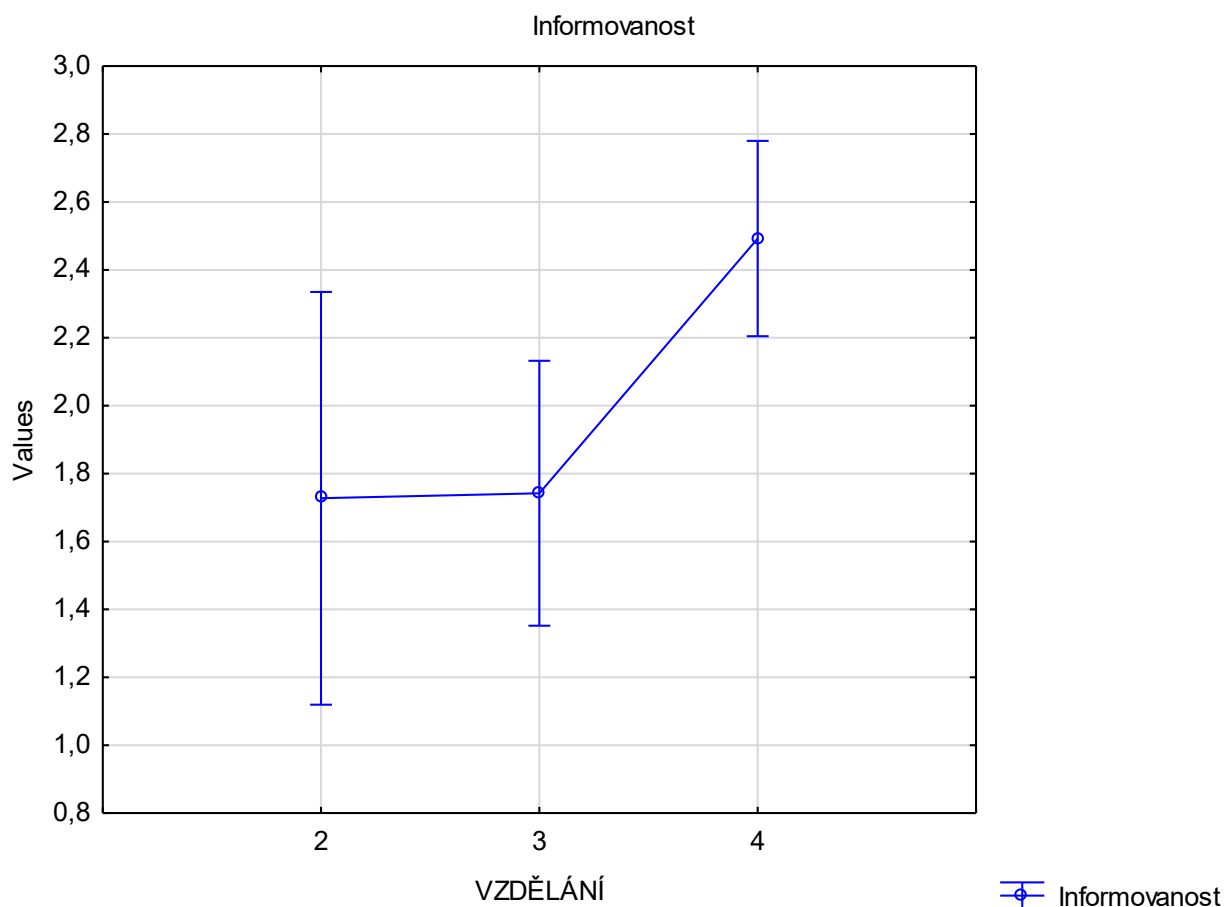
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků

H₀: Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v úrovni informovanosti sexuality klientů u pracovníků sociálních zařízení v závislosti na dosaženém vzdělání.

H_A: Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v úrovni informovanosti sexuality klientů u pracovníků sociálních zařízení v závislosti na dosaženém vzdělání.

Z analýzy pomocí jednofaktorové analýzy rozptylu vyplývá, že mezi pracovníky sociálních zařízení existují statisticky významné rozdíly v úrovni informovanosti sexuality klientů v závislosti na dosaženém vzdělání těchto pracovníků ($p = 0,010$). Přijímáme H_A , zamítáme H_0 .

Data jsou statisticky významná na hladině $p < 0,05$.



Graf 2: Úroveň informovanosti pracovníků v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání pracovníků

Nikdo z respondentů pracujících v sociálních zařízeních neoznačil kategorii 1 (základní vzdělání). Z výše uvedeného grafu vyplývá, že průměrná hodnota informovanosti respondentů spadajících do kategorie 2 (střední vzdělání bez maturity – vyučen/a) je 1,730. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou informovanosti dosáhl hodnoty 3, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 1. Průměrná hodnota informovanosti respondentů spadajících do kategorie 3 (střední vzdělání s maturitou) je 1,742. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou informovanosti dosáhl hodnoty 5, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 1. Průměrná hodnota informovanosti respondentů spadajících do kategorie 4 (vysokoškolské vzdělání) je 2,5. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou informovanosti je 5, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou informovanosti dosáhl hodnoty 1.

Žádný z respondentů pracujících ve službě nemá dosažené pouze základní vzdělání, proto můžeme konstatovat, že respondenti se výučním listem mají nejmenší zájem se vzdělávat

a být informovaní v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Respondenti středoškolského vzdělání s maturitou mají podle výše uvedeného grafu větší zájem být informováni v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, než respondenti s výučním listem, ale pouze o minimální rozdíl. Můžeme tedy říci, že respondenti s vysokoškolským vzděláním mají největší zájem o informovanost v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, než ostatní respondenti s nižším vzděláním.

5.1.2 Zájem/potřeba pracovníků sociálních zařízení o kurzy/školení/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na délce dosažené praxe

H₂: Předpokládáme, že existují rozdíly v zájmu/potřebě pracovníků sociálních zařízení o kurzy/školení/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na délce jejich praxe.

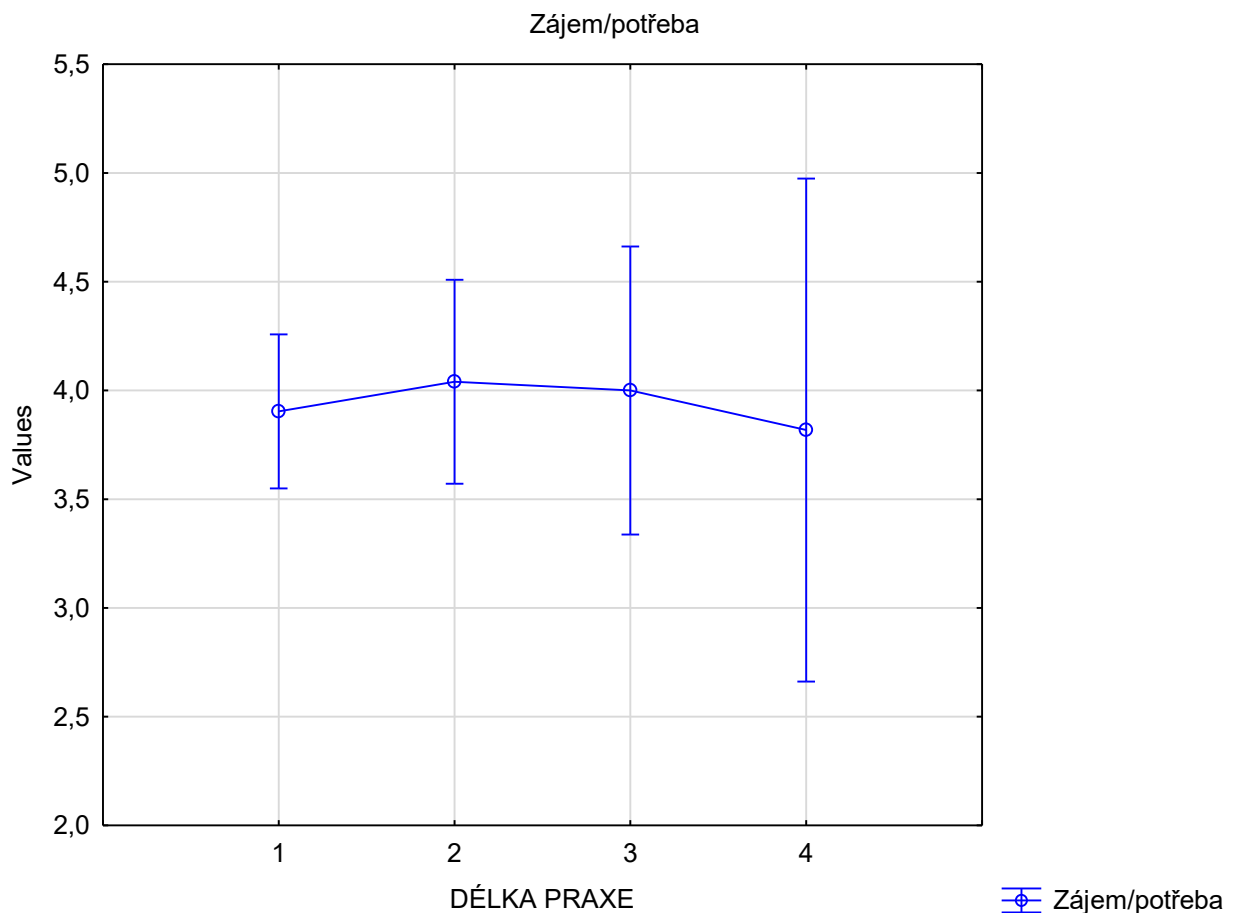
Délka praxe	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
0 - 4 let	3,904	1,272	1	5
5 - 9 let	4,040	1,136	1	5
10 - 14 let	4	1,374	1	5
15 a více let	3,818	1,722	1	5

Tabulka 3: Délka praxe ve službě

H₀: Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v úrovni zájmů a potřeb vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů v závislosti na délce dosažené praxe pracovníků.

H_A: Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v úrovni zájmů a potřeb vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů v závislosti na délce dosažené praxe pracovníků.

Z analýzy pomocí jednofaktorové analýzy rozptylu vyplývá, že mezi pracovníky sociálních zařízení neexistují statisticky významné rozdíly v úrovni zájmů a potřeb vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality klientů v závislosti na délce dosažené praxe ($p = 0,901$). Přijímáme H_0 , zamítáme H_A .



Graf 3: Úroveň zájmů/potřeb vzdělávání pracovníků v závislosti na délce dosažené praxe

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že průměrná hodnota zájmů a potřeb vzdělávání v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 1 (0 – 4 let praxe) je 3,904. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zájmů a potřeb dosáhl hodnoty 5, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 1. Průměrná hodnota zájmů a potřeb vzdělávání v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 2 (5 – 9 let praxe) je 4,040. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zájmů a potřeb dosáhl hodnoty 5, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 1. Průměrná hodnota zájmů a potřeb vzdělávání v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 3 (10 – 14 let praxe) je 4. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zájmů a potřeb dosáhl hodnoty 5, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 1. Průměrná hodnota zájmů a potřeb vzdělávání v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 4 (15 a více let praxe) je 3,818. Respondent

s nejvyšší dosaženou hodnotou zájmů a potřeb dosáhl hodnoty 5, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 1.

Podle respondentů, odpovídajících v grafu na otázku zájmu a potřeb o vzdělávání, je největší zájem o vzdělávání v rozmezí 5-14 let. Respondenti působící ve službě v rozmezí 0-5 let nemají takový zájem se vzdělávat v oblasti sexuality osob s mentálním postižením, ale jejich zájem je podstatně větší, než respondenti, kteří mají více jak 15 letou praxi. Můžeme tedy konstatovat, že s rostoucí praxí vzniká zájem o vzdělávání v oblasti sexuality klientů, ale zájem pak klesá po uplynutí určité délky.

5.1.3 Přínos vzdělávání pro pracovníky sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na pohlaví

H₃: Předpokládáme, že existují rozdíly v přínosu ve vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na jejich pohlaví.

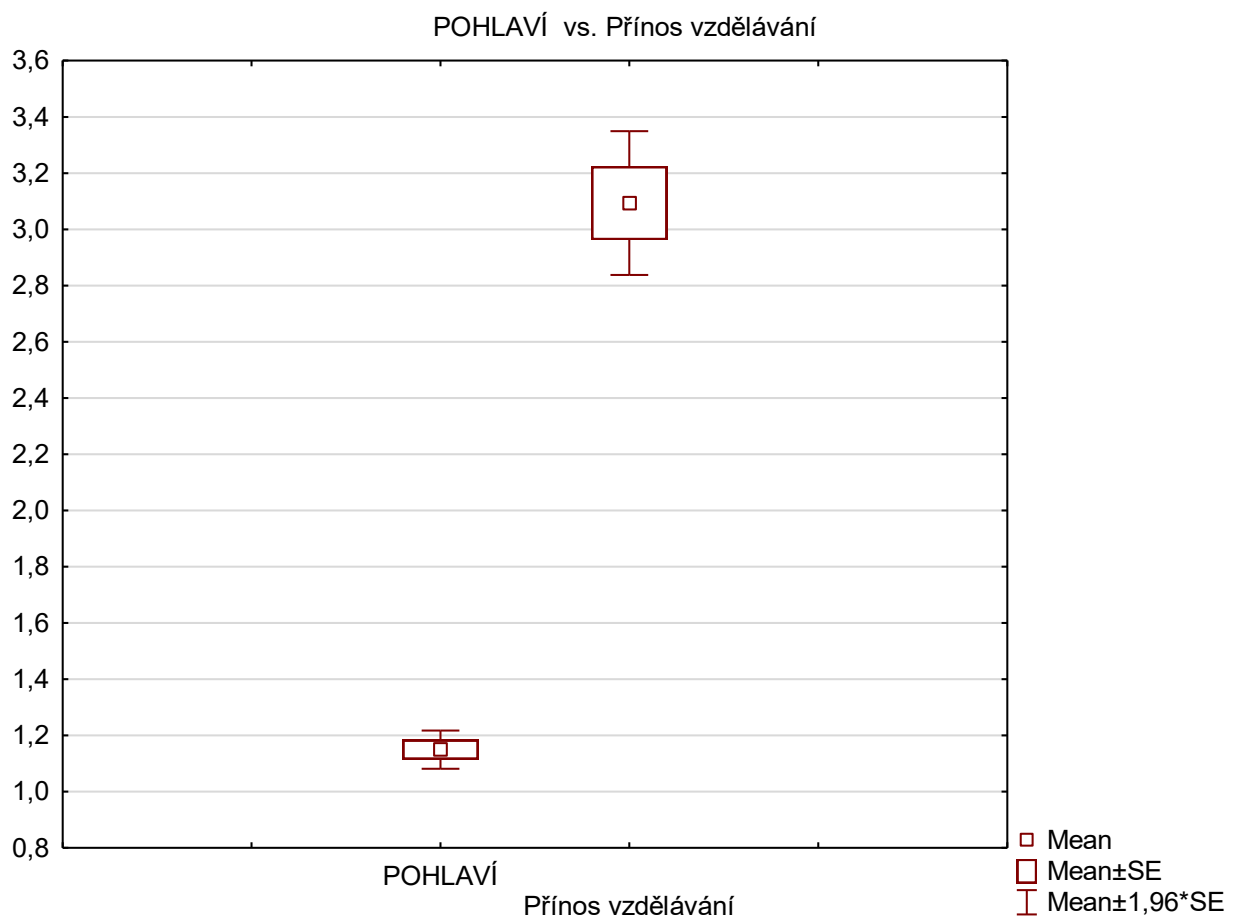
Pohlaví	Průměr	Směrodatná odchylka
Muž	3,093	1,35*
Žena	1,15	0,36*

Tabulka 4: Pohlaví pracovníků

H₀: Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v úrovni přínosu vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů v závislosti na pohlaví pracovníků.

H_A: Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v úrovni přínosu vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů v závislosti na pohlaví pracovníků.

Z analýzy t-testu vyplývá, že mezi pracovníky sociálních zařízení existují statisticky významné rozdíly v úrovni přínosu vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality klientů v závislosti na pohlaví pracovníků ($t = -14,401$; $p = 0$). Přijímáme H_A, zamítáme H₀.



Graf 4: Úroveň přínosu vzdělávání pracovníků v závislosti na pohlaví pracovníků

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že u mužů průměrná hodnota přínosu vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů je 3,093. U žen je průměrná hodnota přínosu vzdělávání pracovníků sociální zařízení v oblasti sexuality klientů 1,15. Většina respondentů se shodla v tom, že informace získané prostřednictvím kurzů/školení/přednášek v oblasti sexuality osob s mentálním postižením jsou využívány v praxi, naopak podle žen tyto informace nejsou natolik užitečné v praxi.

5.1.4 Zkušenosti pracovníků sociální zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek

H4: Předpokládáme, že existují rozdíly ve zkušenostech pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek.

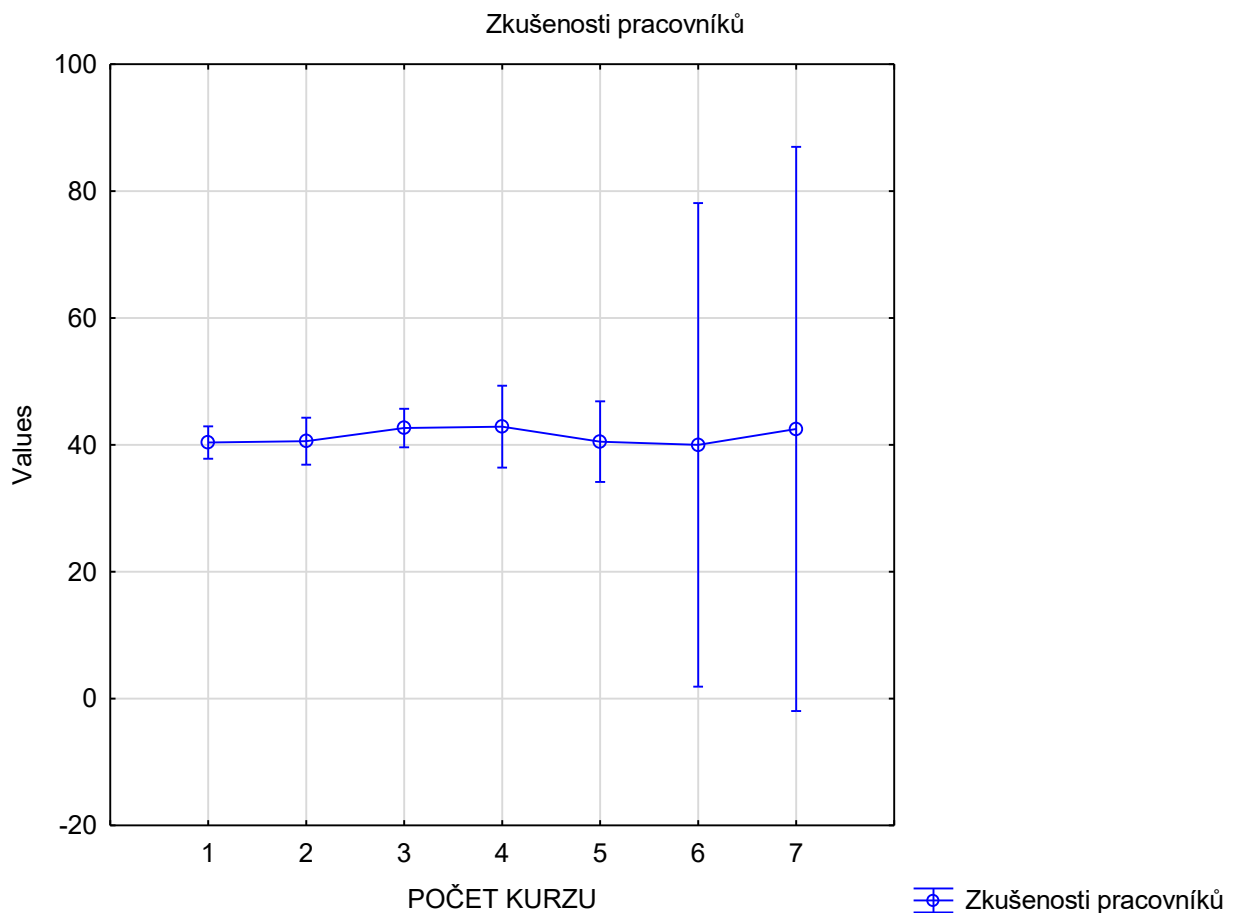
Počet absolvovaných kurzů/školení/přednášek	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Žádný kurz	40,363	8,392	13	53
1 kurz	40,577	9,166	24	56
2 kurzy	42,652	7,03	33	54
3 kurzy	42,875	7,72	32	54
4 kurzy	40,50	0,71	40	41
5 kurzů	40,00	4,24	37	43
6 a více kurzů	42,50	4,95	39	46

Tabulka 5: Počet absolvovaných kurzů/školení/přednášek pracovníky

H₀: Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly ve zkušenostech pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek.

H_A: Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly ve zkušenostech pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality klientů v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek.

Z analýzy pomocí jednofaktorové analýzy rozptylu vyplývá, že mezi pracovníky sociálních zařízení neexistují statisticky významné rozdíly ve zkušenostech pracovníků v oblasti sexuality klientů v závislosti na počtu absolvovaných kurzů ($p = 1$). Přijímáme H₀, zamítáme H_A.



Graf 5: Úroveň zkušenosti pracovníků v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů v praxi u respondentů spadajících do kategorie 1 (žádný kurz) je 40,363. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 53, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 13. Průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 2 (1 kurz) je 40,577. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 56, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 24. Průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 3 (2 kurzy) je 42,652. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 54, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 33. Průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 4 (3 kurzy) je 42,875. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 54, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl

hodnoty 32. Průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 5 (4 kurzy) je 40,50. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 40, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 41. Průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 6 (5 kurzů) je 40,00. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 43, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 37. Průměrná hodnota zkušeností pracovníků v oblasti sexuality klientů u respondentů spadajících do kategorie 7 (6 a více kurzů) je 42,50. Respondent s nejvyšší dosaženou hodnotou zkušeností dosáhl hodnoty 46, zatímco respondent s nejnižší dosaženou hodnotou dosáhl hodnoty 39.

6 INTERPRETACE DAT

Tato kapitola si nese za cíl shrnout výsledky empirické části diplomové práce, které byly získány za pomoci dotazníkového šetření a vyhodnoceny programem Statistica 13. V rámci hlavní výzkumné otázky jsme se zabývali **úrovní vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením**. Z výzkumu vyplynulo, že je nutné pracovníky sociálně terapeutických dílen vzdělávat v oblasti sexuality osob. Toto zjištění potvrzuje i Štěřbová (2014), která uvádí, že pracovníci v přímé péči musí zajistit naplnění práv u osob s mentálním postižením, ale i zachovat zabezpečení systému prevence a informovanosti sexuality v problematice klientů s mentálním postižením. V České republice se kladně ke stejnému názoru staví i ředitelé zařízení a uvědomují si potřebu proškolit své zaměstnance.

V prvním dílčím výzkumném cíli se zaměřujeme na informovanost pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání. Z výzkumného šetření nám vyplývá, že pracovníci s vysokoškolským vzděláním mají největší zájem o informovanost v oblasti sexuality klientů. Zatímco pracovníci s výučním listem a pracovníci s maturitou mají nižší potřebu informovanosti v této problematice. V České republice byl v roce 2004 realizován výzkum u pracovníků ústavů sociální péče (J. Spilková, J. Mellan), který zkoumal postoje k problematice sexuality lidí s mentálním postižením. Výzkumu se zúčastnilo celkem 358 respondentů. Na základě výzkumu se dokázalo, že pracovníci nemají dostatek informací o sexualitě. Z toho 60 % pracovníků se sexualitou klientů sociálních služeb vůbec neparcuje (Eisner, 2013).

Druhý dílčí výzkumný cíl zkoumá zájem a potřebu pracovníků sociálních zařízení o školení/kurzy/přednášky v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na délce praxe. Bylo zjištěno, že pracovníci s delší praxí ve službě mají větší zájem a potřebu se vzdělávat v oblasti sexuality klientů, než pracovníci s kratší délkou praxe. Ale zajímavým poznatkem je zjištění, že po uplynutí 15 let v praxi už tento zájem a potřeba u pracovníků upadá. Tento poznatek by mohl mít spojitost se syndromem vyhoření, který postihuje především profese zabývající se prací s lidmi, mající odpovědnost za vykonanou práci a časté časové a psychické vyčerpání na splnění předepsaných úkolů a povinností. Hlavními příznaky syndromu vyhoření je z pravidla nespokojenost z vykonané práce, pocity zklamání a úzkosti a ztráta smysluplnosti dané práce.

Třetí dílčí výzkumný cíl zkoumá přínos vzdělávání pro pracovníky sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na pohlaví. Z výzkumu vyplývá, že pro muže má větší přínos vzdělávání v oblasti sexuality klientů než u žen. Muži získané poznatky plně využívají v praxi na rozdíl od žen, pro které nejsou získané informace tolik využitelné.

Čtvrtý dílčí výzkumný cíl se zabývá zkušenostmi pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek. Z výsledků vyplývá, že nebyly prokázány statisticky významné rozdíly ve zkušenostech pracovníků v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek. Necelá třetina pracovníků služby uvedla, že se zúčastnili kurzu/školení/přednášky týkající se sexuality osob s mentálním postižením. Můžeme zde zmínit například kurz vedený lektorkou Danou Štěřbovou, který si klade za cíl prostřednictvím pracovníků sociálních služeb zlepšovat sexuální výchovu u klientů s mentálním postižením. (Štěřbová, 2009) Nebo kurz vedený Petrem Eisnerem, který se zaměřuje zejména na pracovníky služby, kteří chtějí své klienty vhodným způsobem podpořit a informovat v otázkách sexuality (Eisner, 2009)

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků našeho výzkumu můžeme odvodit následující doporučení. Domníváme se, že by bylo vhodné, aby každý pracovník sociálně terapeutické dílny absolvoval vzdělávací kurz, seminář nebo minimálně přednášku z oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Celkové povědomí a informovanost v této oblasti může vést pracovníky k cílenému a systematickému přístupu. V praxi se nelze spoléhat pouze na vlastní zkušenosti ze života nebo logické úvahy, ale je nutno vycházet z individuálních potřeb určitého klienta, kterým musí pracovník porozumět a hlavně respektovat. Pracovníci by měli svým klientům dopomáhat k přirozenému prožívání sexuality, které nebude v rozporu se zákonem a zájmy druhých. Osud lidí s mentálním postižením mají ve svých rukou převážně rodinní příslušníci či pracovníci, kteří rozhodují ať už dle svých vnitřních nebo společenských norem, co je obvyklé a normální. Absolvováním kurzu pracovník získá vědomosti, které může použít v praxi a bude schopen lépe vyhodnocovat situace a reagovat na individuální potřeby klientů, ale také budou lépe připraveni řešit otázky týkající se sexuality osob s mentálním postižením. U nových pracovníků je důležité, aby nezaujali negativní postoj k sexualitě mentálně postižených, proto by absolvování tohoto kurzu mělo být prioritou. Potenciál ve vzdělávání pracovníků v oblasti sexuality osob s mentálním postižením vidí i odborníci a chápou ho jako důležitou a potřebnou složku pro komplexní práci z již zmiňovanou cílovou skupinou.

Pro ukázkou jsme vybrali příklad vzdělávacího kurzu pro oblast sexuality u osob s mentálním postižením - **Sexualita a vztahy lidí s postižením I.**

Tento kurz je akreditován MPSV ČR (2016/0760 - PC/SP/VP/PP), délka kurzu je 8 hodin (Fosa, o.p.s., 2012). Lektorem kurzu je Petr Eisner, zaměřuje se převážně na práci se sexualitou klientů sociálních služeb a taktéž je tvůrcem odborných publikací a speciálních pomůcek, které slouží pro práci se sexualitou osob s mentálním postižením (Eisner, 2015).

Do kurzu se mohou přihlásit všichni pracovníci sociální služby, kteří mají za cíl své klienty vhodně informovat a podpořit v otázkách sexuality a vztahů. Účastníci si z kurzu odnesou jak chápat podstatu sexuality a jak aktivně podporovat pohlavní role klientů, mít vyjasněné vnitřní hranice pro práci se sexualitou, umět srozumitelně a adekvátně reagovat na konkrétní situace, umět vyhodnocovat projevy klientů, dokázat vytvořit optimální podmínky pro vznik vztahů a naučit se pracovat s intimitou a soukromím ve službě. (Fosa, o.p.s., 2012)

Účastníci se v kurzu obeznámí s Osou zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta. V rámci kurzu budou probírány pojmy a pravidla týkající se sexuality klientů a taky zazní konkrétní příklady z praxe. Kurz si nese za cíl sjednocení účastníků v oblasti přístupu k sexualitě. Závěr kurzu se nese v duchu sexuální osvěty. Tento kurz má také pokračování a to navazujícím kurzem - **Sexualita a vztahy lidí s postižením II.**

Pro podporu pracovníků bychom ještě doporučovali zvážit sebevzdělávání pomocí odborné literatury z oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Díky této formě si pracovníci mohou prohloubit vědomosti a informace, obohatit slovník výrazů z této oblasti a získat tak jistotu v komunikaci s klienty služby. Pro příklad můžeme uvést literaturu od Dany Štěrbové, Martiny Venglářové a Petra Eisnera, Stanislavy Mandzákové aj.

ZÁVĚR

Závěrem práce si uvedeme shrnutí diplomové práce. První kapitola teoretické části se věnovala vymezení mentální retardace, kde jsme se zaměřili na definování pohledem různých autorů. Taktéž jsme se věnovali klasifikaci mentální retardace, kterou jsme podle Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišili na šest základních kategorií a podrobně charakterizovali. Dále jsme se zaměřili na diagnostiku mentální retardace, kde jsme se více zabývali speciálně pedagogickou diagnostikou. Závěr kapitoly uzavíraly nejčastější příčiny mentální retardace. Druhá kapitola se zabývala vymezením sexuality, na to navazovala kapitola sexuality osob s mentální retardací. Dále jsme se věnovali přístupům k sexualitě osob s mentální retardací a zvláštní pozornost byla věnována práci se sexualitou v rámci sociálně terapeutických dílen, ze kterého vychází praktická část diplomové práce. V podkapitole, která se věnuje protokolu o sexualitě a vztazích, jsme si uvedly, co by měl takový dokument obsahovat. Třetí kapitola se věnovala sociálnímu zařízení, sociálně terapeutickým dílnám, dále definovala pozice ve službě včetně klíčového pracovníka a závěrem jsme si uvedli vzdělávací kurzy pro pracovníky.

Praktická část se zabývá metodologií výzkumu, tudíž popisem výzkumných otázek, z nich vycházejících hypotéz, výzkumným souborem, výzkumným nástrojem, kterým byl dotazník a způsobem zpracování dat. Další kapitola se věnuje analýze dat. Získaná data byla zpracována v programu Statistica 13 pomocí jednofaktorové analýzy rozptylu (ANOVA) a t-testu. Předkládaná diplomová práce se zabývala úrovní vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Na základě získaných informací pomocí dotazníkového šetření jsme dospěli k závěru, že pracovníky sociálně terapeutických dílen je potřebné vzdělávat v oblasti sexuality osob. Dále jsme zjistili, že pracovníci s nižším stupněm vzdělání (výuční list, maturita) mají nižší potřebu se v této oblasti vzdělávat. Zatímco pracovníci s vysokoškolským vzděláním mají větší zájem o problematiku sexuality osob s mentálním postižením. Co se týká délky praxe ve službě, bylo zjištěno, že větší zájem a potřebu vzdělávat se mají pracovníci, kteří pracují ve službě déle, protože měli možnost se touto oblastí setkat, než ti, kteří jsou ve službě kratší dobu. Bylo zjištěno, že získané poznatky v oblasti sexuality klientů jsou více přínosné pro muže, než pro ženy. V rámci závislosti počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek nebyly prokázány statisticky významné rozdíly ve zkušenostech pracovníků.

Hlavním záměrem bylo zjistit, jaká je úroveň vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením. Cíle této diplomové práce byly naplněny. Problematika práce se sexualitou osob s postižením je významná v rámci sociálních zařízení, ačkoliv je v mnoha případech stále opomíjené téma. I když se některá sociální zařízení s touto oblastí snaží pracovat a dochází k postupné kultivaci problematiky, i nadále přetrvává spousta mýtů a předsudků. Důležitou složkou v životě jedinců je oblast partnerství a sexuality. Sexualita je chápána jako přirozená součást osobnosti jedince. Přítomnost jakéhokoli druhu postižení na tom nic nemění. Jedince s mentálním postižením je důležité srozumitelně a přiměřeně jejich schopnostem rozvíjet a zdokonalovat, nabízet jim pomocnou ruku. Míra podpory v oblasti sexuality a vztahů je u těchto jedinců individuální. Záleží na mnoha faktorech - pohlaví, věku, druhu a charakteristice postižení, prostředí či na výchově jedince. Tato oblast zahrnuje mnoho úskalí a je důležité, abychom zajistili poskytování kvalitní sociální služby, do které oblast sexuality jednoznačně patří. Jak už v rámci doporučení apelujeme, základní kurz v oblasti sexuality osob s mentálním postižením by měl absolvovat každý pracovník, jež je v přímém kontaktu s klientem. Je důležité, aby měl dotyčný pracovník dostatečné množství informací, uměl reagovat na nejrůznější dotazy, řešit vzniklé situace a mít povědomí o tom, že jsou k dispozici audiovizuální zdroje nebo existují organizace, na které se může zařízení obrátit. Všichni pracovníci, kteří se na tomto zásadním procesu podílejí, by měli být osobnostmi s pozitivním postojem jak k vlastní sexualitě, tak i k sexualitě svých klientů. Za těchto podmínek může docházet k plnohodnotnému rozvoji osobnosti klienta.

Tato diplomová práce by mohla posloužit pracovníkům sociálních zařízení, poskytovatelům sociálních služeb, ale také zaměstnavatelům poskytovaných sociálních služeb, protože z uvedených výsledků vyplynulo, že vzdělanost pracovníků sociálně terapeutických dílen v oblasti sexuality klientů je neuspokojivá.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAJO, Ivan a Štefan VAŠEK. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. 1. vyd. Bratislava: Sapiientia, 1994, 251 s. ISBN 80-967180-1-0.
- [2] BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [3] ČERNÁ, Marie. *Česká psychopédie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [4] ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Moderní psychologie pro právníky: [domácí násilí, stalking, predikce násilí]*. Praha: Grada, 2008, 150 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2207-8.
- [5] Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace dostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, 2016. [online]. MPSV. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23591/Doporuceny-postup-c.1-2016-napodporu-realizace-prostupneho-systemu-socialni-a-pracovni-rehabilitace-osobse-zdravotnim-postizenim.pdf>
- [6] EISNER, Petr. Petr Eisner: *Sexualita lidí s postižením je stále tabu* [online]. 2017 [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: <https://www.hatefree.cz/blo/rozhovory/2134-petr-eisner>
- [7] EISNER, Petr. Petr Eisner: *Sexualita lidí s mentálním postižením a jejich aktuální možnosti v České republice* [online]. 2015 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <http://rozkosbezrizika.cz/petr-eisner-sexualita-lidi-s-postizenim-a-jejich-aktualni-moznosti-v-ceske-republice>
- [8] EISNER, Petr. Petr Eisner: *Zkušenost, srozumitelnost a použitelnost pro vaši praxi* [online]. 2009 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <http://www.petreisner.cz/>
- [9] FOSA, o.p.s. *Sexualita a vztahy lidí s postižením I.* [online]. 2012 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <http://www.fosaops.org/vzdelavaci-program-spolecnosti-fosa/nabidka-kurzu/sexualita-a-vztahy-lidi-s-postizenim-1>
- [10] HAMPL, I. *Sexualita osob se zdravotním postižením jako nutná součást pregraduální pří-pravy speciálních pedagogů*. Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae. 2011, roč. 10, s. 32-46. ISSN 1336-2232.

- [11] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015, 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- [12] JANIŠ, K., MARKOVÁ, D. *Příspěvek k základům sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-621-1.
- [13] JOHNOVÁ, Milena a Kristýna ČERMÁKOVÁ. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: MPSV ČR, 2002.
- [14] KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In ORFEUS o.s. (ed.). *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Centrum denních služeb, 2004. s 28-36. ISBN 80-903519-0-5.
- [15] KRACÍK, Jiří. *Sexuální výchova postižené mládeže: skripta pro posl. pedagogické fak. Univ. Karlovy*. Praha: Karolinum, 1992, 115 s. ISBN 80-7066-626-9.
- [16] LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [17] MANDZÁKOVÁ, Stanislava a Ladislav HORŇÁK. *Sexuální výchova a příprava na partnerstvo osob s mentálním postižením*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2009. ISBN 978-80-8068-935-3.
- [18] MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013, 178 s. ISBN 978-80-262-0502-9.
- [19] MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001, 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [21] MELLAN, Jiří et al. *Základy sexuality*. Sborník. Hradec Králové: SPRSV, 2004.
- [22] MELLAN, Jiří. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob*. In Sexualita mentálně postižených. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- [23] MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 87 s. ISBN 80-244-0207-6.
- [24] PIPEKOVÁ, Jarmila a Hans HOVORKA. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, 234 s. ISBN 8085931656.

- [25] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- [26] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010, 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [27] ROZINAJOVÁ, Helena. *Sex, manželstvo, rodičovstvo*. Bratislava: Osveta, 1980, 190 s.
- [28] SOVÁK, Miloš, Ludvík EDELSBERGER a Tomáš EDELSBERGER. *Defektologický slovník*. 3., upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- [29] SVERĚPA, Milan. Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách [online]. 25. 11. 2005 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach>
- [30] SVOBODA, Mojmír, Marie VÁGNEROVÁ a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- [31] SVOBODOVÁ, Kateřina. *Vzdělávání pracovníků v sociální práci a v sociálních službách* [online]. 2014 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/lide-a-pece/vzdelavani-pracovniku-v-socialni-praci-a-v-socialnich-sluzbach/>
- [32] ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. *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, 2016, 158 s. Monografie. ISBN 978-80-244-5025-4.
- [33] ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 101 s. Skripta. ISBN 978-80-244-1689-2.
- [34] ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením: strategie odborných služeb a modelový protokol sexuality a vztahů*. Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov, 2009. 85 s. ISBN 978-80-7415-005-0.
- [35] ŠTĚRBOVÁ, Dana. Osoby s mentálním postižením a potřeba sexuální výchovy a osvěty v sociálních službách. *Sociální služby* [online]. červen-červenec 2014, , 18-21 s. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z:

<http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS%206,7-2014%20s18-21%20final.pdf>

- [36] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.
- [37] TÄUBNER, Vladimír. *Principy sexuální výchovy*. Učitel'ské noviny. 1995, 98(22), 20-21.
- [38] THEUNISSEN, G. *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 2005. ISBN 3-7815-1355-6.
- [39] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [40] VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. V Praze: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- [41] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- [42] VALENTA, Milan a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Psychopedie I pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 61 s. ISBN 80-244-1187-3.
- [43] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018, 387 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0378-2.
- [44] VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009, 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [45] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
- [46] VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- [47] WEISS, Petr. *Poruchy sexuální preference*. Praha: Galén, 2017, 440 s. ISBN 978-80-7492-310-4.

- [48] WHO. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. 10. Praha: Úzis, 2016 [cit. 2019-01-14]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
- [49] Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. 2012. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13929?fbclid=IwAR1L8-tjKKoOFqmMVgC66ADcyLDeUUatRLFxbedlPvTYy5a4PgjGwSDRV0>
- [50] Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
- [51] Závěrečná zpráva projektu: Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, 2015. [online]. Moravskoslezský kraj [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.msk.cz/assets/eu/evaluace-zaverecna-zprava-08.pdf>
- [52] ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISBN 80-7204-264-5.
- [53] ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005, 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod. A podobně.

Atd. A tak dále.

Aj. A jiné.

Např. Například.

S. Strana.

Resp. Respektive.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Osa zapojení pracovníka do práce se sexualitou klienta (Eisner, 2013).....	35
Obr. 2 Příklad organizační struktury zařízení	41

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vzdělávání pracovníků sociálních zařízení v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.....	48
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků	49
Tabulka 3: Délka praxe ve službě	51
Tabulka 4: Pohlaví pracovníků	53
Tabulka 5: Počet absolvovaných kurzů/školení/přednášek pracovníky.....	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Diferenciace podle pohlaví.....	46
Graf 2: Úroveň informovanosti pracovníků v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání pracovníků	50
Graf 3: Úroveň zájmů/potřeb vzdělávání pracovníků v závislosti na délce dosažené praxe	52
Graf 4: Úroveň přínosu vzdělávání pracovníků v závislosti na pohlaví pracovníků.....	54
Graf 5: Úroveň zkušenosti pracovníků v závislosti na počtu absolvovaných kurzů/školení/přednášek	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia, oboru sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci diplomové práce se zabývám sexualitou u osob s mentálním postižením pohledem pracovníků. Dotazník se skládá z 16 škálových položek a 5 doplňujících otázek. Prosim o vyplnění dotazníku. U škálových položek zakroužkujte, jak moc souhlasíte/nesouhlasíte s danou položkou a u doplňujících otázek zvolte vždy jednu odpověď nebo doplňte. Výsledky budou zcela anonymní a budou využity pouze pro účely diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Iveta Dubravová

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity - vyučen/a
- c) Střední s maturitou
- d) Vysokoškolské

3. Jaká je délka vaší praxe ve službě?

.....

4. Kolika jste se účastnil/a kurzů/školení/přednášek v oblasti sexuality osob s mentálním postižením?

.....

5. Vzpomenete si na název zúčastněného kurzu/školení/přednášky?

.....

1 = NAPROSTO NESOUHLASÍM		5 = NAPROSTO SOUHLASÍM				
1.	V praxi často čerpáte získaných zkušeností z kurzu/školení/přednášek v oblasti sexuality osob s mentálním postižením.	1	2	3	4	5
2.	Je pro Vás důležité se vzhledem k Vaší profesi vzdělávat v oblasti sexuality u osob s mentálním postižením.	1	2	3	4	5
3.	Otevřeně hovoříte s klienty o jejich sexualitě.	1	2	3	4	5
4.	Komunikují s Vámi rodiče/opatrovníci klientů na téma sexuality a sexuální výchovy.	1	2	3	4	5
5.	Klienti mezi sebou hovoří o svých sexuálních zkušenostech.	1	2	3	4	5
6.	Klienti mají ve službě vyčleněný prostor a soukromí pro uspokojení svých potřeb.	1	2	3	4	5
7.	Klienti tento prostor ve službě využívají.	1	2	3	4	5
8.	Klienti mají ve službě k dispozici knihy o sexualitě a vztazích.	1	2	3	4	5
9.	Pohlaví pracovníků má vliv na svěřování se klientů v oblasti sexuality.	1	2	3	4	5
10.	Pocítujete slabá místa ve znalosti základní látky, která se týká problematiky sexuality u osob s mentálním postižením.	1	2	3	4	5
11.	Znáte svoje hranice a limity a nedělá Vám problém se s klienty bavit na téma sexuality.	1	2	3	4	5
12.	Problematika sexuality u osob s mentálním postižením mě zajímá, ve volném čase se vzdělávám sám/a.	1	2	3	4	5
13.	Protokol sexuality a vztahů má ve Vaší službě význam.	1	2	3	4	5
14.	U klientů vnímáte některé projevy sexuality jako	1	2	3	4	5

	pobuřující.					
15.	Někteří klienti potlačují svoji sexualitu a jsou náchylní k projevům agresivity.	1	2	3	4	5
16.	Jste připraven/a pracovat se sexualitou osob s mentálním postižením.	1	2	3	4	5