

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

Praha 2013

Bc.Vendula Machová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

**Sociální práce se sexualitou dospělých lidí s mentálním
postižením v chráněném bydlení**

Social Work with Sexuality of Adults with Intellectual Disabilities in Sheltered
Housing

Vedoucí práce:
Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor:
Bc. Vendula Machová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Cimrmannové, Ph.D. za odborné vedení při psaní mé diplomové práce a za cenné konzultace. Děkuji chráněnému bydlení za informace a zkušenosti, které jsem ve spolupráci s organizací získala. Klientům chráněného bydlení děkuji za spolupráci a přátelské přijetí. Své rodině jsem nejvíc vděčná za trpělivou podporu v celém období mého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů a literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze 30. června 2013

Bc. Vendula Machová

Anotace

Diplomová práce s názvem "Sociální práce se sexualitou dospělých lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení" má za cíl komplexně popsat sexualitu a intimní vztahy člověka s mentálním postižením. Nejprve se zaměřuji na význam sexuality v životě každého člověka a následně na některá specifika sexuality lidí s mentálním postižením. Stěžejní část textu se zabývá metodami sexuální osvěty a metodami sociální práce se sexualitou klientů s mentálním postižením, které popisují nejen teoreticky, ale prokládám text příklady z praxe. Poslední oddíl se nejvíce zakládá na mých zkušenostech z praxe, věnuji se zde perspektivám sociální práce se sexualitou v chráněném bydlení.

Anotation

The thesis titled "Social Work with sexuality of adults with intellectual disabilities in sheltered housing" aims to comprehensively describe sexuality and intimate relationships a person with intellectual disabilities. First, I focus on the importance of sexuality in everyone's life and then to some specific sexuality of people with intellectual disabilities. The central part of the text deals with the methods of sexual education and social work methods with sexuality clients with mental disabilities, which describe not only theoretically, but interlaced with text examples. The last section of the fifth chapter, which is the most based on my practical experience at Rainbow, I give here the prospects of social work with sexuality in sheltered housing Rainbow Society.

Klíčová slova

Sexualita, intimní vztah, partnerství, rodičovství, mentální postižení, chráněné bydlení, sexuální osvěta, sociální práce.

Keywords

Sexuality, intimate relationship, partnership, parenthood, intellectual disability, sheltered housing, sexual education, social work.

Seznam zkratk

CNS	Centrální nervová soustava
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
ČSU	Český statistický úřad
MR	Mentální retardace
DS	Downův syndrom
PPCH	Pohlavně přenosné choroby
Ch.B.	Chráněné bydlení
WHO	World health organization

„Lidský vztah je základní podmínkou příznivého vývoje osobnosti.“

C. R. ROGERS

Obsah

Úvod.....	10
1 Význam sexuality v lidském životě.....	12
1.1 Vývoj sexuality.....	12
1.2 Pohlavní identita, gender.....	14
1.3 Intimní vztah.....	16
1.4 Rodičovství.....	17
2 Specifika sexuality člověka s mentálním postižením.....	"39
2.1 Závažnost mentálního postižení.....	20
2.2 Zdravotní, estetické a medicínské komplikace ve vztahu k sexualitě.....	21
2.3 Psychosexuální vývoj člověka s mentálním postižením.....	23
2.4 Postoje rodiny, pečovatelů a veřejnosti k sexualitě osob s mentálním postižením.....	26
2.5 Riziková sexualita.....	28
3 Práva lidí s mentálním postižením v souvislosti se sexualitou.....	"30
3.1 Charta sociálních a reprodukčních práv IPPF.....	"31
3.2 Deklarace sexuálních práv (Valencie, 1997).....	32
4 Vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením.....	34
4.1 Cíle vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením.....	34
4.2 Adresáři sexuálního vzdělávání.....	35
4.2.1 Klienti.....	58"
4.2.2 Pečující osoby (rodiče, personál).....	37
4.3 Základní předpoklady pro realizaci vzdělávání v oblasti sexuality a vztahů.....	38
4.4 Témata (okruhy) sexuální výchovy lidí s mentálním postižením.....	"39
4.5 Pomůcky a techniky pro sociální práci se sexualitou.....	42
5 Předpoklady pro sociální práci se sexualitou v chráněném bydlení.....	46
5.1 Kompetence odborníka na sexualitu a zázemí organizace.....	46
5.2 Etické zásady sociální práce se sexualitou.....	49
5.3 Obecné podmínky pro sociální práci se sexualitou v chráněném bydlení.....	52
5.4 Konkrétní podmínky pro sociální práci se sexualitou v chráněném bydlení.....	53
5.5 Protokol sexuality v praxi.....	54
5.5.1 Obecná část.....	54
5.5.2 Základní principy a postoje v oblasti sexuality, které organizace prosazuje.....	54
5.5.3 Soukromí klienta.....	55
5.5.4 Masturbace.....	55
5.5.5 Další podoby intimních sexuálních prožitků.....	56
5.5.6 Vztahy.....	56
5.5.7 Regulace porodnosti.....	56
5.5.8 Těhotenství a rodičovství.....	57
5.5.9 Pohlavně přenosné choroby.....	57
5.5.10 Sexuální zneužívání.....	57
5.5.11 Tým důvěrníků.....	58
5.5.12 Přílohy.....	"58
5.6 Speciální příprava cílových skupin sexuální edukace.....	59
5.7 Sociální práce se sexualitou klientů chráněného bydlení.....	62
5.7.1 Skupinové programy.....	63
5.7.2 Individuální přístup.....	64
5.7.3 Příklady individuální sociální práce se sexualitou klientů Chráněného bydlení. ...	67
Diskuze.....	79
Závěr.....	81
Summary.....	83

Seznam užitých zdrojů:.....	84
Prameny	84
Sekundární literatura.....	85
Užité encyklopedie a slovníky.....	86
Elektronické dokumenty nebo jejich části	86
Seznam příloh	88
Příloha č. 1. Přepisy nahrávaných rozhovorů	88
Pan Petr, 54 let, (střední mentální handicap)	88
Paní Alena, 36 let (lehké mentální postižení)	90
Pan Jindřich, 39 let, lehká mentální retardace	94
Pan Jan, 38 let, střední mentální retardace.....	98
Pan Lumír, 36 let, (střední mentální retardace)	106
Příloha č. 2. Dokumenty obsahující základní lidská práva a specifická práva lidí s mentálním postižením.....	110
Všeobecná deklarace lidských práv (OSN, 1948)	110
Deklarace o právech lidí s mentálním postižením (OSN, 1971)	110
Evropská sociální charta (Rada Evropy, 1961)	111
Madridská deklarace (Evropský kongres, 2002)	111
Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006).....	112
Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN, 1993).....	113
Listina základních lidských práv a svobod (ČNR, 1993)	113
Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se ZP (2004)	114
Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014	114

Úvod

Od roku 2009 získávám praktické zkušenosti v chráněném bydlení pro dospělé osoby s mentálním postižením¹. Nejprve jsem zde byla zaměstnána jako asistentka chráněného bydlení a osobní asistentka. Nyní, v období své rodičovské dovolené, zde pracuji jako dobrovolnice se specializací na téma intimní vztahy a sexualita. V době, kdy jsem do chráněného bydlení nastoupila, zde už byla ustanovena skupina asistentů, kteří se zabývali tématem sexuality. Do této pracovní skupiny jsem se zapojila v roce 2010. Naší pracovní náplní bylo vytváření a zavádění protokolu sexuality, školení asistentů chráněného bydlení, mapování úrovně znalostí o sexualitě a zájmu o toto téma u klientů chráněného bydlení. Důležitým úkolem bylo řešit s klienty individuálně otázky z oblasti sexuality a vztahů. Abych mohla tuto práci kvalitně odvádět, absolvovala jsem akreditované vzdělávací kurzy Sexualita a vztahy lidí s mentálním postižením 1 a 2, které organizuje Pohoda o.p.s. Na těchto kurzech jsem prohloubila znalosti i zájem o toto téma, které jsem využila také při psaní diplomové práce.

Ve své magisterské práci se zabývám sexualitou a intimními vztahy člověka s mentálním postižením. Sexualita je velmi osobní záležitost a každý z nás ji vnímá a prožívá jiným způsobem. Sexualita osob s mentálním postižením může být veřejností bagatelizována, tabuizována či stigmatizována. Lidé s mentálním postižením se mohou snadno stát oběťmi sexuálního zneužívání. Cílem mé práce je popsat možnosti sociální práce se sexualitou dospělých osob s mentálním postižením s ohledem na ochranu jejich zdraví a kvality života. Ráda bych poukázala na to, že odborná sociální práce v této oblasti je velmi potřebná a téma sexuality dospělých klientů s mentálním postižením by nemělo zůstat na okraji zájmu. V první kapitole se budu zabývat významem sexuality v životě člověka a vymezím základní pojmy. Ve druhé kapitole se již zaměřím na specifika sexuality osob s mentálním postižením. Neopomenu ani hlavní etické zásady a právní kontext tématu, ale zmíním ho jen okrajově. Ve čtvrté kapitole uvedu cíle a témata sexuální osvěty a budu se více věnovat adresátům osvěty a osobnosti školitele. Další text bude těžištěm mé diplomové práce, konkretizují podmínky pro sociální práce se sexualitou v chráněném bydlení. Kapitola bude obsahovat i deskripci konkrétních metod práce se sexualitou klientů. Podrobněji se chci zaměřit zejména na individuální případovou práci v oblasti sexuality. Mým cílem nebude objasňování základních pojmů sociální práce, které se s tématem pojí (mentální retardace, chráněné bydlení, analýza různých definic sexuality apod.), tyto pojmy pouze stručně vysvětlím a odkážu na literaturu, kde jsou podrobně rozpracovány.

Sociální práci studuji již od střední školy. Proto mě samotnou překvapuje, jak pozdě jsem se s tématem sexuality lidí se zdravotním postižením setkala. Jistě to není základní téma sociální práce, ale sexualita každého člověka silně determinuje. Proto si myslím, že zasluhuje více pozornosti. V současné době se odborníci a studenti této problematice začali věnovat, vznikají nové publikace,

¹ Po dohodě s vedením organizace zde z etických důvodů neuvádím název této organizace (z důvodu zachování anonymity klientů, jejichž příběhy zde budou prezentovány).

bakalářské a diplomové práce. Přesto je na trhu zoufale málo publikací, ve srovnání např. s anglicky mluvícími zeměmi. České organizace začínají, po vzoru evropských zemí, konečně zavádět tzv. protokoly sexuality. Požadavek na zkvalitňování a humanizaci sociálních služeb se ozývá jak od klientů a dobrých poskytovatelů, tak i od Ministerstva práce a sociálních věcí. To dokládá například dokument MPSV, Koncepce transformace sociálních služeb, který popisuje cíle a úkoly deinstitucionalizace v letech 2007–2013. S humanizací a deinstitucionalizací sociálních služeb souvisí zaměření péče na konkrétní osobu, její potřeby a rozvoj schopností, s cílem integrace do společnosti. Deinstitucionalizace umožní klientům sociálních služeb žít v běžném prostředí a navazovat společenské vztahy. Úspěšné dokončení tohoto procesu v České republice by znamenalo začátek kvalitnějšího života pro všechny lidi, kteří dosud žijí v zařízeních ústavní péče.

1 Význam sexuality v lidském životě

"Sexualita je důležitou součástí osobnosti každé lidské bytosti, je základní potřeba a aspekt bytí člověka, nemůže být oddělena od jiných aspektů života, včetně fyzické, fyziologické, psychologické, sociální, emocionální, kulturní a etické dimenze pohlaví (sex) a genderu, ovlivňuje myšlení, pocity, akce a interakce a ovlivňuje naše duševní a fyzické zdraví. Sexuální vyjádření (expressions) je volba být či nebýt sexuálně aktivní, a nemusí nutně zahrnovat jinou osobu (sebeuspokojení)." (GOMEZ, 2012, s. 237)

Podle Světové zdravotnické organizace je sexualita součástí "celkového zdraví, pohody a kvality života. Je to stav fyzické, emocionální, mentální a sociální pohody ve vztahu k sexualitě, a ne pouze nepřítomnost nemoci, dysfunkce nebo vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a respektující přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zkušenosti, bez nátlaku, diskriminace a násilí. Pro sexuální zdraví je třeba dosáhnout a udržovat to, aby sexuální práva všech lidí byla respektována, chráněna a uspokojována." (WHO, 2012)

Z výše uvedeného vyplývá, že sexualita je naší přirozenou součástí, ovlivňuje naši identitu i to, jak vnímáme sami sebe i ostatní, zasahuje do všech oblastí života. Zdravá sexualita je podmínkou celkové spokojenosti. Záleží i na vnějších sociálních a politických faktorech, jestli je umožněno každému člověku prožívat zdravou sexualitu.

Nyní se pokusím shrnout, jaké hodnoty a jevy může široká oblast sexuality obsahovat: anatomické rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím, pohlavní identitu, genderové rozdíly, sexuální touhy, představy, sny, sexuální orientaci, sexuální projevy a chování společensky tolerované i odsuzované, sexuální atraktivitu, namlouvání, různé sexuální praktiky, petting, pohlavní styk, masturbaci, orgasmus, sexuální vztah, intimní vztah, partnerství, manželství, rodičovství, lásku, důvěru. Lze předpokládat, že tento výčet nemusí být úplný, je spíše orientační.

1.1 Vývoj sexuality

Lidská sexualita je formována jak biologicky, tak sociálně, a je ohraničena kulturními a mravními imperativy. Základ sexuality je dán biologicky, ale pro další vývoj hraje přinejmenším stejnou roli vliv prostředí, a ve výsledku už lze jen těžko rozeznat, jaké složky sexuality jsou dány biologicky, a které sociálně. (FAJETA, 2004, s. 23)

Lidské sexuální chování pudové, a často nepodléhá racionální kontrole, avšak může být i promyšlené a plánované. Mezi biologické vlivy patří zejména genetické a hormonální vlivy (u žen estrogeny a gestageny, u mužů androgeny, hlavně testosteron), které určují pohlaví, zajišťují správnou funkci genitálu a působí na CNS zejména na hypofýzu. Jejich nesprávná funkce, nebo absence způsobuje některé vrozené vady, jako např. Downův syndrom, Turnerův syndrom, Polysomie chromozomu X nebo Y. (ZVĚŘINA, 2003, s. 53-55)

Už v průběhu druhého měsíce prenatalního vývoje se díky sexuálními steroidům, které působí na centrální nervovou soustavu, diferencuje pohlaví plodu. Díky této genetické determinaci se lidé v naprosté většině případů bez problému identifikují se svým pohlavím, na tomto procesu se podílejí i vlivy prostředí. (ZVĚŘINA, 2003, s. 49) Procesem pohlavní identifikace se budu zabývat podrobněji v příští podkapitole. V následujících odstavcích stručně shrnu vývoj sexuality v dětství a adolescenci.

Mýtus o dětech jako o asexuálních bytostech vyvrátil v 50. letech minulého století svým výzkumem A. C. Kinsey. Projevů sexuality v dětství je celá řada, už to, že se děti sblíží téměř výhradně s vrstevníky stejného pohlaví, je vyjádřením sexuální identifikace. Výrazným projevem jsou dětské sexuální hry, při kterých si navzájem zvědavě zkoumají intimní partie, za těmito hrami není nic jiného, než prostý reflex nápodoby. I dětská onanie je běžná věc. Obojí je přirozené a neškodné. Dětská sexualita nemá erotický charakter jako u dospělého, i když jsou děti schopny prožít emoce zamilovanosti, vzrušení i vyvrcholení, k projevům sexuality je motivuje pouze libost z prožitku. (PONDĚLÍČEK, PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, 1971, s 63-67)

K dětské sexualitě je nutné přistupovat, jako k přirozené součásti dětství. Puritánská výchova a názory, že sexualita je něco nečistého a zakázaného, nebo jako opačný extrém předčasná erotizace dítěte (v nejhorším případě sexuální zneužívání), to obojí vede k poruchám sexuality. O hloubce a závažnosti poruch sexuality rozhoduje délka vystavení dítěte škodlivým vlivům. (ZVĚŘINA, 2003, s. 53-55) Je žádoucí včas děti poučit o soukromí, vhodných sexuálních projevech a o jejich právech. S dětmi je nutné prodiskutovat otevřeně témata o sexualitě a vztazích ještě před nástupem puberty a kdykoliv o to projeví zájem. Rané zkušenosti z dětského věku bezpochyby ovlivňují sexuální prožívání v dospělosti, proto se o dětské sexualitě zmiňuji.

V pubertě dochází k somato-sexuálnímu zrání, které je zřetelné díky druhotným pohlavním znakům. Ale podstatou zrání je schopnost produkovat zralé pohlavní buňky (vajíčko, spermie), což je způsobeno přibývajícím produkcí gonadotropních hormonů, které se vylučují působením hypofýzy. K první menstruaci u dívek dochází mezi 10. až 15. rokem věku. U chlapců se objevuje první ejakulace mezi 13. a 15. rokem. Jen ve výjimečných případech dochází k předčasné nebo opožděné pubertě. Chlapci jsou oproti dívkám sexuálně aktivnější, vyhledávají nezávazný sex, častěji onanují a dosahují vyvrcholení. Dívčí sexualita se vyvíjí pomaleji, je více závislá na kvalitě vztahu s partnerem, vrcholu sexuální aktivity dosahují ženy často až kolem třicátého roku. (ZVĚŘINA, 2003, s. 53-55) Adolescence je jen počátek pohlavního zrání, které je dovršené až v dospělosti. Podle Pondělíčka, Pondělíčkové (s. 44) existuje tzv. „sterilita mladistvých“, což znamená, že mladí lidé (do 19 let) mají problémy s početím či donošením dítěte přibližně 2x častěji, než kontrolní skupina nad 20 let.

Sekundární pohlavní znaky jsou signálem pro změnu sociálního statusu, z dítěte se stává dospělý, ale období plné pohlavní zralosti vrcholí až mezi 22-23 lety. Změna sociálního statusu je manifestována v naší kultuře např. dospělým stylem oblékání či společenskými událostmi, jako jsou taneční, maturitní ples nebo dokončení studia, souvisí také s poučováním o sexuálním životě. (PONDĚLÍČEK, PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, 1971, s. 41-43) V pubertě se modeluje sexuální

chování nejvíce, prožíváme první pevnější citové vztahy. Jsme zranitelnější vůči negativním vlivům prostředí, protože naše osobnost není zcela stabilní a nejsme si sami sebou dostatečně jistí. Člověk je v tomto období sice somaticky zralý pro sexuální život, později i pro početí dítěte, ale z daleka není vyspělý psychicky, ani nemá dostatek zkušeností. Sexuální reakce zrají postupně a v individuálně rozdílném tempu. (ZVĚŘINA, 2003, s. 55)

Pro zdravý sexuální vývoj je důležité, aby dítě cítilo, že to, co se týká sexuality, je normální a běžné, že může prožívat svou tělesnost a o jejích souvislostech hovořit, při čemž se mu dostane vysvětlení s ohledem k jeho věku a úrovni porozumění. (ŠTĚRBOVÁ, 2007, s. 30)

1.2 Pohlavní identita, gender

Pohlavní identita je základem celé sexuality. Už jsem zmínila, že rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím jsou určeny již v prvním trimestru prenatalního vývoje, a že tento biologický rozdíl téměř vždy kopíruje pohlavní identitu jedince. Ovšem pohlavní identita, stejně jako nadřazený pojem sexualita, prochází vývojem od početí do dospělosti a působí na ni různé vlivy. Baštecká a Goldmann (2005, s. 150) uvádějí tři faktory, kterými je tvořena. Na prvním místě je biologické pohlaví, na druhém psychosociální role (totožný je pojmem gender²). Třetím faktorem je tzv. mapa lásky, což je „individuální prožívání sebe sama jako sexuální bytosti“. Jednotlivé determinanty dále podrobněji vysvětlím.

Biologické pohlaví určuje „*genetika a fetálně-gonadální determinanty* (ZVĚŘINA, 2003, 48)“ Díky těmto vlivům se narodí holčička nebo chlapeček, což poznáme podle anatomického pohlaví. „*Biologické pohlaví tedy lze rozlišit na genetické (chromozomální), hormonální a anatomické úrovni* (FAFEJTA, 2004, s. 39)“ Pokud tyto tři úrovně nejsou ve schodě, vznikají poruchy somatosexuálního vývoje.

Tyto poruchy podrobně popisuje Zvěřina (2003, s. 29), píše, že anomálie pohlavních chromozomů mají prevalenci v populaci asi 1, 16 %. Může se jednat o absenci či polysomii³ jednoho z pohlavních chromozomů (X/Y). Další poruchy vznikají, i když počet a uspořádání chromozomů je normální, ale tělo z nějakého důvodu neprodukuje, nebo nereaguje na gonádotrofní hormony, jedná se o velmi výjimečný hermafroditismus či častěji o pseudohermafroditismus. Třetím typem poruch jsou vývojové poruchy genitálu.

Nechci se zde pouštět do vyčerpávajícího výčtu těchto poruch. Spokojím se souhrnným pojmem intersexualita, neboli mezipohlavnost, ve schodě s Fafejtou (s. 39). Ten uvádí, že v Americe podle výzkumů existují necelá dvě procenta intersexuálů, v ČR nejsou dostupná data. „*Někdy může jít o těžké vady, které je nutno léčit, aby nedošlo k ohrožení zdraví a života, jindy si jedinec intersexualitu*

² z angličtiny: pohlaví, rod (mluvnická kategorie)

³ polysomie: stav, kdy je v organismu přítomen chromozom více než dvakrát

nemusí ani uvědomovat. Důsledkem může být jen neplodnost, jinak člověk nemá žádné problémy, netrpí zdravotními obtížemi, jeho vnější vzhled je normální. Tito lidé narušují naši představu o přirozené existenci právě a pouze dvou pohlaví.“

Zde bych navázala na druhý faktor utvářející pohlavní identitu, což nemůže být nic jiného než gender: „*dobou a kulturou formovaná očekávání vztahující se k roli mužů a žen ve společnosti.*“ (MATOUŠEK, *Slovník...*2008, s. 65) Z této definice vyplývá, že tato očekávání nejsou ve všech kulturách a dobách stejná, jsou vytvářena společensky, a společnost je také může změnit. V naší společnosti rozlišujeme pouze dvě pohlaví, mužské a ženské.⁴

Pohlaví dítěte se dá zjistit ještě před narozením, dítě se tak rodí buď do růžového pokojíčku s panenkami, nebo do modrého s autíčky. Rodina i široké okolí má jasno o tom, jak se má holčička/chlapeček vychovávat, jaké oblečení a dárky mají kupovat, a jak dítě oslovovat. Dítě si díky tomu uvědomuje svou pohlavní identitu asi ve třech letech. "*Pevná sexuální identifikace se utváří již v době, kdy dítě začíná mluvit.*" (ZVĚŘINA, 2003, s. 54) Mluví o sobě užívajíc mluvnickou kategorii rod, já jsem byl/byla. Od té doby dítě zkoumá rozdíly mezi muži a ženami a přiměřeně k tomu, jestli je okolím označováno za kluka či holku, se s tou rolí během života stále hlouběji identifikuje.

Faktem zůstává, že od narození je dětem vtiskována jedna ze dvou genderových rolí, protože v každodenním životě nerozlišujeme mezi genderem a pohlavím. Vzhledem k okolí zaujímáme určité sociální role, i my sami sebe vnímáme prostřednictvím těchto rolí. Ty se v průběhu života mění, od některých se můžeme více či méně oprostít, ale za žádných okolností se nemůžeme vzdát role muže nebo ženy.

Oproti tomu Fafejta (s. 39 - 48) upozorňuje na to, že může existovat různé množství genderů, což dokládá výše zmíněný jev intersexuality, nebo transsexualita⁵. Takoví lidé, které máme problém zařadit do škatulky muž či žena, nás vyvádějí z míry. Naše společnost to tedy řeší hormonální léčbou či chirurgickým zákrokem, často ne z důvodu ohrožení zdraví, ale kvůli ochraně před společenskou stigmatizací. A máme tu bludný kruh, který se točí kolem společenské netolerance jakékoliv odchylky.

Třetí a poslední determinanta pohlavního vývoje podle Baštecké a Goldmanna (vycházejí z termínu Johna Moneyho⁶) je mapa lásky. „*Mapa lásky je mentální obraz, neuvědomovaný souhrn představ, zkušeností, očekávání a fantazií, které se vážou k sexualitě a výběru partnera. Vzniká díky zážitkům z rodiny, zkušenostem s kamarády i náhodným podmíněním. Do vytvořeného obrazu se pak určitý sexuální partner hodí, jiný nikoliv.*“ (2005, s. 150) Tento termín nám pomůže si uvědomit, že pohlavní identifikace je závislá na mnoha faktorech a nestačí si říci, že je tvořena pouze biologicky či sociálně. Tyto vlivy nemohou dostatečně vysvětlit individualitu jedince.

⁴ srov. FAFEJTA, 2004, s. 30, 31

⁵ Transsexualita je „izolovaná porucha sexuální identifikace v čisté podobě, jedinec s touto deviací postižený je identifikován s opačným pohlavím a silně puzen k opačné sexuální roli.“ (ZVĚŘINA, 2003, s. 49)

⁶ JOHN MONEY: *Gay, Straight, and In-Between: The Sexology of Erotic Orientation*. New York: Oxford University Press, 1988.

1.3 Intimní vztah

„Muž a žena jsou dvě poloviny, které spějí k tomu, aby vytvořily celek.“ (Platón)

Pokud člověk zvládl dosáhnout vlastní identifikace, je připraven pro přechod do další životní etapy, etapy párové identity neboli intimity. Erikson rozdělil psychický vývoj do osmi stádií. Stádium intimity spadá do období první poloviny mladé dospělosti a rizikem jeho nenaplnění je izolace. (sec. cit. In: VÁGNEROVÁ, 2005, s. 45) Nelze jednoznačně vymezit hranice mezi jednotlivými obdobími. I když člověk dosáhl intimního vztahu, stále se rozvíjí vlastní identifikace, která zase zpětně ovlivňuje vztah. Právě nalezení harmonie mezi vlastní seberealizací a rozvojem párové identity je jeden z nejtěžších úkolů párového soužití.

V životě člověk prožije mnoho vztahů různého druhu, pouze velice málo z nich se dá nazývat intimními. V adolescenci a mladé dospělosti máme okolo sebe největší okruh známostí. Do tohoto období spadají i první známosti milostného charakteru a významná přátelství, prostřednictvím nichž poznáváme sami sebe a získáváme zkušenosti, které uplatníme v dalším intimním soužití

Pod pojmem intimita nalezneme v Akademickém slovníku synonyma důvěrnost a soukromnost. (KRAUS, 2006, s. 360) *„Intimita je protikladem povrchních, krátkodobých vztahů. Je signálem kvalitativní proměny vrstevnického vztahu. Může jít o přátelství či partnerství, které může nakonec vyústit v trvalé soužití či uzavření manželství.“* (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 34) Prožití intimity ovlivňuje vztahy k dalším lidem i osobnostní rozvoj, uspokojuje řadu psychických potřeb, nahrazuje význam původních rodinných vztahů.

Dvojice, pár se vždy nejintimněji stmeluje, tvoří tak sociální základ sexuality. Důvody k takovému stmelování v monogamním svazku jsou biologické, hospodářsko-sociální a existenciálně-psychologické. Psychologické důvody jsou v současné době nejpálčivějším důvodem navazování intimních vztahů. (PONDĚLÍČEK, PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, 1971, s. 177) Pokud se nám podaří vybudovat s partnerem zralý a realistický intimní vztah, uspokojíme řadu základních psychických potřeb (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 75,76):

- **Potřeba orientace a učení** je naplňována získáváním nových komunikačních a kooperačních strategií. Partner nám dává zpětnou vazbu, prostřednictvím které poznáváme sami sebe.
- **Potřeba citové jistoty** je podmínkou existence intimního vztahu.
- **Potřeba seberealizace** je saturována už tím, že existence intimního vztahu funguje jako zdroj sebestvrzení, i jako verifikace normality a splnění očekávání okolí. Zejména partnerova zamilovanost podporuje naše sebevědomí.
- **Potřeba autonomie** je v podstatě pro rozvoj vztahu komplikací. Na počátku, v období zamilovanosti mají milenci téměř potřebu symbiózy, ale postupně, jak vztah přechází v realističtější, je vhodné toho využít k saturaci potřeby autonomie.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** je uspokojována plánováním společného života.

Uspokojení sexuálního pudu je samozřejmou součástí a jedním z hlavních motivů intimního vztahu. Sexualita má v partnerském vztahu funkci individuální, neboli rekreační. Přináší jedinci pocit uvolnění, rozkoše, uspokojení. Další funkce, párová, stmeluje a uvolňuje atmosféru. Milování je nejintimnějším projevem partnerské komunikace. Třetí funkce sexuality je založení prokreační rodiny. (BAŠTECKÁ, GOLDMAN, 2005, s. 153) Dlouhodobý intimní vztah ale nestojí pouze na sexualitě, spočívá především ve vzájemné otevřenosti, připravenosti zajímat se o problémy a potřeby partnera, být mu oporou. Láska v takovém vztahu není samozřejmostí, ale něčím, co je potřeba chránit a hýčkat. Šťastné partnerství tedy nezávisí pouze na správné volbě partnera, ale možná více na vytvoření správného vztahu. (BIANCHI, 2004)

1.4 Rodičovství

Vrcholným intimním vztahem je manželství a rodičovství. Manželství však už není tak těsně spjata s rodičovstvím. Podle statistiky ČSU⁷ se v roce 2011 narodilo 42% nemanželských dětí a v předchozím roce 2010 40% dětí. To je výrazný rozdíl oproti necelým 13 % nemanželských novorozenců v roce 1993. Manželství už není tak atraktivní ani nutné ze sociálně-ekonomických důvodů, a společnost je čím dál více tolerantní k alternativním způsobům soužití. I když se snižuje míra plodnosti v naší populaci, nesnižuje se počet párů, které mají děti, jen jich mají méně a častěji mimo manželství. Potřeba zplodit potomka je, jak bylo řečeno, biologickým pudem. Je to také důležitý předpoklad naplnění generativity, což je podle Eriksona úkolem dospělosti. Generativita⁸ znamená naplnění života něčím smysluplným. Lze pro objasnění použít synonyma jako produktivita či tvořivost, ale nepostihují celou šíři termínu. Pomocí tvořivosti a produktivity lze v životě vytvořit hodnoty významné třeba i pro celou společnost. Je však individuální otázka, jak silná je potřeba rozmnožování a péče o potomky, a jestli je možné ji nahradit jiným smyslem života. V současnosti dochází v ČR k odkládání rodičovství do pozdějšího věku, nejčastěji právě z důvodu naplnění ostatních cílů, které si mladí lidé dávají.

Rozhodnutí, jestli si pár pořídí dítě, by měl v ideálním případě předcházet informovaný souhlas obou partnerů. Je třeba si uvědomit, že rodičovství „*přináší určitý emoční a sociální zisk, avšak vynucuje si mnohá omezení, změnu v obsahu dosavadních rolí, ztrátu relativní volnosti a novu zodpovědnost.*“ (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 117)

Rodičovství může uspokojovat, ale zároveň i blokovat tyto psychické potřeby:

⁷ V roce 2010 se z manželského svazku narodilo 70 162 dětí a mimo manželství přišlo na svět 47 284 dětí. Nejnovější statistika uvádí, že v roce 2011 se narodilo v ČR celkem 108 990 dětí, mimo manželství 45 594.

⁸ Generativitívni podle Nového akademického slovníku (KRAUS, 2006, s. 247) znamená (z biologie): týkající se pohlaví a rozmnožování organismů.

- **Potřeba nových podnětů** je narozením dítěte velice stimulována, dítě přináší nevyčerpatelné množství nových podnětů. Na druhé straně ale rodiče už nemohou tak svobodně rozhodovat o tom, čemu se budou věnovat
- **Potřeba citové vazby** může být natolik saturovaná dítětem, že rodič odsune do pozadí ostatní citové vazby, což v důsledku může narušit přátelské nebo partnerské vztahy.
- **Potřeba seberealizace** je uspokojována v rámci rodičovské role. Děti naplní život rodiče novým nejvyšším smyslem existence. Naopak brzdí rozvoj seberealizace ve všech ostatních oblastech.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** je jasně naplněna kontinuitou rodové linie a nezrušitelností rodičovství. Ale už nejsme plně svými pány a nemůžeme svobodně rozhodovat o své budoucnosti, vždy musíme brát ohled na potomka.

Každý rodič potvrdí, že narození dítěte přináší zásadní obrat v jeho životě, přináší dosud nepoznaný cit rodičovské lásky, ale klade i velké nároky na osobnost rodičů a jejich soudržnost. I v ideálním případě, kdy rodiče mají mezi sebou harmonický vztah a jsou schopni se vzájemně zastoupit ve svých povinnostech, představuje rodičovství zátěž. V disharmonickém vztahu, nebo pro rodiče, který musí sám zvládat všechny povinnosti, je výchova dítěte úkol ještě náročnější.

Povinnosti, které rodič ke svému dítěti má, jsou jasně deklarovány v Zákoně o rodině 1963/94 Sb. Tento zákon upravuje vztahy mezi rodiči a dětmi a vymezuje, že tzv. „*rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností: a) při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, b) při zastupování nezletilého dítěte, c) při správě jeho jmění.*“ Pokud rodiče tyto povinnosti neplní, soud je podle tohoto zákona může zbavit, nebo jim omezit rodičovskou zodpovědnost. Tento krok souží k ochraně práv nezletilých dětí. Práva nezletilých dětí jsou dána na mezinárodní úrovni Úmluvou o právech dítěte (OSN, 1989) „*Dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm.*“

Úmluva obsahuje 54 článků, ve kterých jsou stanovena základní práva dětí: ochrana vlastních zájmů; život; jméno; státní příslušnost; právo poznat své rodiče, udržovat s nimi kontakt a být jimi vychováváno; vyjádření svého názoru, náboženství; základní vzdělání; volný čas, hra, zájmové a umělecké činnosti. Dále stanovuje podmínky odnětí dítěte od rodičů a náhradní rodinné péče. Státy úmluvy jsou povinny chránit děti před: užíváním a distribucí drog, vykonáváním nebezpečné práce, ponižováním, mučením nebo jiným krutým trestáním a nelidským zacházením.

2 Specifika sexuality člověka s mentálním postižením

„Člověk je sexuální bytostí, bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality jsou kontinuální, přirozenou a důležitou součástí lidského života.“ (VALENTA a kol., 2007, s. 44) Přesto jsou ve společnosti velice rozšířené mýty o sexualitě lidí s mentálním postižením. Nejrozšířenější je mýtus, že lidé s MR jsou asexuální bytosti. Sama se s tímto názorem často setkávám, když se někomu zmíním o své práci sexuálního důvěrníka. Často slyším reakce typu: „Oni taky řeší sexualitu? Myslel/a jsem si, že se jich to netýká.“ Další předpoklad je pravým opakem předešlého, že lidé s MR jsou hypersexuální bytosti s neovladatelným pudově sexuálním chováním. (KOVÁŘ, 2009) Ani jeden z těchto předpokladů se mi v praxi s lidmi s mentálním postižením nepotvrdil. „*Sexuální chování lidí s mentálním handicapem nelze zgeneralizovat. Odvíjí se od osobních zkušeností, stupně a kombinace postižení, závisí také na věku a vlivech prostředí. Samotný typ mentálního postižení nebo fyzický věk nedává komplexní informace o sexualitě jedince.*“ (THOROVÁ, 2012, s. 40)

Stejně jako každý člověk, má i člověk s mentálním postižením sexuální potřeby, touhy a city, které potřebuje uspokojit. Nejedná se jen o fyzické sexuální vybití, ale zejména o přítomnost blízké osoby, pohlázení, přitulení, líbání a psychické uspokojení ze sdílení intimity s partnerem. Milovat a být milován je základní lidskou potřebou. (VALENTA a kol., 2007, s. 47, 49) „*Potřeba blízkého člověka, lásky a přátel, je u lidí s mentálním postižením velice silná.*“ (PIPEKOVÁ, 2006, s. 110) Pokud mají možnost, navazují opravdová přátelství a partnerství, která mohou nebo nemusí vést k sexuálním aktivitám. Znáám několik partnerských dvojic lidí s mentálním postižením, které udržují platonické vztahy a nechťejí zacházet do větších intimností. Jsou spokojeni, že mají někoho, kdo je má rád.

Mezi lidmi s mentálním postižením obecně existuje určitá sbírka sexuálních zkušeností, která je podobná ostatním. I když pohlavní styk nemusí být "konečným cílem." Jde o postupný přístup od zamilovanosti nebo obdivování, flirtování, objímání, hlazení, líbání a mazlení. Zázemí jednotlivce se stává důležitým aspektem ovlivňujícím zkušenost a postoje k sexualitě a sexuálním vztahům. Ti jedinci, kteří mají možnost a schopnost zamyslet se nad jejich vlastní zkušeností a sexuálními setkáními, mají často pozitivní pohled na sexualitu. Tito dospělí jsou také více komunikativní. Mívají mírnější stupeň mentálního postižení, vedoucí k vyšší kapacitě pro zkoumání, porovnávání a hodnocení svých zkušeností. Mezi takovými lidmi je také vyšší pravděpodobnost, že mohou realizovat své naděje a touhy týkající se lásky a sexuality. Navíc mají tendenci důsledněji vyjadřovat své sny o budoucnosti s rodinou a dětmi. (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004)

2.1 Závažnost mentálního postižení

Lidé s lehkou mentální retardací si osvojí řeč opožděně a dovedou ji užívat účelně v každodenním životě. Dosahují úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických a domácích dovednostech, ačkoli je vývoj pomalejší. Potíže nastávají při teoretické práci ve škole, objevují se specifické problémy se čtením a psáním. Vhodné je proto rozvíjet spíše praktické dovednosti. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí mírný stupeň retardace působit obtíže. Problémy se mohou objevit v dospělosti, když je postižený emočně a sociálně nezralý. Např. vyrovnání se s požadavky manželství a výchovy dětí, přizpůsobení se očekávání společnosti atd. (MKN - 10, s. 180) Lehčí stupeň postižení umožňuje vznik páru i manželství. I nadále však lidé s mentálním postižením potřebují podporu okolí. Dvojice někdy chtějí mít spolu děti, ale může hrozit nebezpečí zanedbání povinné péče o dítě. (EISNER, 2011) V důsledku toho může být rodičům na základě Zákona o rodině 1963/94 Sb. (viz s. 17) odejmuta, nebo omezena rodičovská zodpovědnost. Je velký problém najít sociální službu, která by podporovala rodiče s mentálním postižením v péči o dítě. Takové chráněné bydlení v české republice v současnosti vůbec neexistuje.

Lidé s lehkým (někdy i středním) stupněm retardace jsou schopni si uvědomit rozdíly mezi pohlavími, roli muže a ženy v partnerském vztahu, projevy sexuality, pojem manželství a rodičovství. (PIPEKOVÁ, 2006, s. 111) Jsou schopni adaptovat své sexuální chování v souladu s normami společnosti. Mohou si osvojit vhodné homosexuální i heterosexuální interakce, pokud se jim dostane sexuální osvěty a poradenství. (Regional Residential Services Society sec. cit. In: STĚRBOVÁ, 2007, s. 21) „Obecně populace lidí s lehkým mentálním handicapem projevuje stejně jako běžná populace zájem o masturbaci, většinou si přejí mít partnera a užívají k tomu různé strategie.“ (THOROVÁ, 2012, s. 40) Případný sexuální vztah se nemusí spojovat s potřebou zplodit potomstvo, může být dobrovolně omezen na uspokojení sexuální potřeby, potřeby lásky a sounáležitosti.

U jedinců s diagnózou Středně těžká mentální retardace se pomalu rozvíjí chápání a užívání řeči, a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené, podobně je opožděná schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání, v dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, avšak zřídka je možný úplně samostatný život. Tito lidé bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými, a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. (MKN - 10, s. 180) U lidí, kteří projevují snahu o sblížení, je nutná podpora okolí. Někteří lidé se středním mentálním postižením nepocítují potřebu navázat s jiným člověkem intimní vztah. Podle EISNERA (2011) u těchto lidí přetrvává raná fáze sexuálního vývoje a jejich pudové napětí se vyvíjí pregenitálně.⁹ Toto napětí uspokojují většinou přejídáním, nebo masturbací. Dokážou masturbovat rukou. Při sexuálních aktivitách jsou schopni dosáhnout orgasmu, mají vyhraněnou sexuální orientaci

⁹ Podle teorie vývoje osobnosti S. Freuda: pregenitální období jsou orální stádium, anální stádium, falické stádium, stádium latence. Genitální období spadá až do období dospělosti. V tomto období člověk „rozvíjí vztahy k jiným lidem, které mají i sexuální charakter“ (VÁGNEROVÁ, 2005, s. 38)

a vybírají si osoby svého sexuálního zájmu. Při správném vedení jsou schopni pochopit, co jsou vhodné sexuální aktivity, a kde je provozovat tak, aby neomezovali a neohrožovali jiné lidi. (THOROVÁ, 2012, s. 41) „*Klienti se středně těžkou mentální retardací jsou ve svém sociálním a sexuálním chování ovlivnitelní odměnou a oceněním, pokud jde o přiměřenost či nepřiměřenost chování. Jsou velmi zranitelní a neschopni se rychle a správně rozhodnout.*“ (Regional Residential Services Society sec. cit. In: STĚRBOVÁ, 2007, s. 22)

Těžká mentální retardace se projevuje snížením úrovně schopností mnohem výrazněji než střední stupeň postižení. Většina jedinců z této kategorie trpí značnou poruchou motoriky a přidruženými defekty. Hluboká mentální retardace prakticky znamená, že postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím, nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Postižení bývají neschopni pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Někdy jsou schopni rudimentární neverbální komunikace. (MKN - 10, s. 181) Lidé s těžkým a hlubokým postižením uspokojují své sexuální pudy nejčastěji autostimulací. Nechápou souvislosti vybití sexuálního pudu v páru na základě vztahu. Mají velmi nízkou schopnost vnímat a dodržovat hranice různých vztahů. Masturbace je nejběžnější formou pohlavního uspokojení mezi osobami s mentálním postižením, ale lidé s těžkým postižením často masturbují hrubým a agresivním způsobem. (EISNER, 2011) Důvodem zvýšené frekvence provádění masturbace u osob s těžkým postižením může být neschopnost navázat partnerský vztah, reakce na nudu a nedostatek podnětů (např. v ústavním zařízení) nebo může být odezvou na nenaplnění lidských potřeb. Masturbace je někdy jediným způsobem, jak mohou tito lidé uvolnit napětí a tenzi. (PIPEKOVÁ, 2006, s. 111) Může se osvědčit nabídnout vhodné sexuální pomůcky a soukromé prostředí, kde mohou dosáhnout orgasmu. To umožní bezpečnou masturbaci a přijatelné uspokojování sexuálních potřeb v intimním prostředí. Vedle masturbace jsou dalšími častými projevy sexuality u lidí s těžkým a hlubokým mentálním postižením zájem o anální oblast, hra s exkrementy, pomočování se, pokálení se a zavádění předmětů do konečníku. Často nemají vyhraněnou apetenci a nerozlišují mezi osobami, pohlavím, nebo věkem u objektů své sexuální touhy. (THOROVÁ, 2012, s. 41)

2.2 Zdravotní, estetické a medicínské komplikace ve vztahu k sexualitě

Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je charakterizován narušením poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. „*Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoliv jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3 - 4 x častější než v běžné populaci.*“ Adaptační chování a omezená schopnost učení je narušena vždy. (MKN - 10, s. 179)

Příčinou vzniku mentální retardace je porucha centrální nervové soustavy. Tato porucha může vzniknout různým způsobem, jde o multifaktoriálně podmíněné postižení. Etiologie se projeví různou závažností postižení a převažujícími symptomy. Vznik mentální retardace může být podmíněn geneticky. V tomto případě jde často o syndrom, jehož symptomem je mentální retardace. Jedná se například o již zmíněný Downův syndrom nebo Syndrom lomivého X (postihující převážně chlapce). Pokud mentální postižení není způsobeno geneticky, mohou být příčinou teratogenní faktory, které negativně ovlivní vývoj plodu, nebo postnatální poškození mozku, ke kterému dojde do dvou let. (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 290 - 292) Plodnost lidí s mentálním postižením je často omezená, v závislosti na etiologii postižení. Například muži s Downovým syndromem bývají sterilní. Oproti tomu asi 70% žen s DS je plodných, ale těhotenství je pro ně rizikové. (THOROVÁ, 2012, s. 42)

Lidé s mentálním postižením mohou mít vedle sníženého intelektu ještě další zdravotní komplikace. Časté bývají poruchy koordinace, omezení pohybu, menší obratnost, mimovolné pohyby. Nebo poruchy smyslů, způsobující zhoršenou orientaci. Někdy se objevují u lidí s mentálním postižením různé estetické vady. Tyto zdravotní a estetické vady představují nevýhodu při hledání potencionálního partnera. (EISNER, 2011) Lidé s postižením jsou obvykle vnímáni jako sexuálně nežádoucí nebo méně žádoucí, než lidé bez postižení. Jedním z důvodů pro tento negativní postoj k sexualitě lidí s postižením je myšlenka, že jsou považováni za fyzicky neatraktivní, a proto nemohou přitahovat sexuálního partnera. Tyto myšlenky vedou k tomu, že se lidé s postižením vnímají jako oškliví a sexuálně neschopní. (GOMEZ, 2012)

Každý mentálně postižený člověk je individuálně specifická osobnost. Přesto je možné u značné části z nich najít určité společné znaky průvodních jevů mentální retardace. Tyto jevy se modifikují na základě druhu, hloubky a rozsahu mentální retardace, ne/rovnoměrnosti postižení všech složek psychiky. Lze obecně říci, že s postupující závažností mentálního postižení se zvyšuje i počet a závažnost přidružených zdravotních poruch. Somatické postižení je u jedinců s lehkou MR ojedinělé, u střední MR je výskyt somatického postižení a epilepsie častý. U těžké MR se k častému somatickému postižení a epilepsii přidávají ještě neurologické příznaky, a u hluboké MR už zjistíme velmi častý výskyt somatického postižení a kombinovaných tělesných a smyslových vad. Motorický vývoj je u lehké mentální retardace opožděn, u střední MR je toto opoždění výrazné, ale postižení jsou mobilní. Časté stereotypní automatické pohyby a výrazné porušení motoriky lze pozorovat u lidí s těžkou mentální retardací. Lidé s hlubokou MR jsou většinou imobilní nebo mají výrazné omezení pohybu. Tento trend navyšování počtu a závažnosti přidružených poruch v závislosti na hloubce mentálního postižení je možné sledovat i u poruch psychiky, poruch komunikace a řeči, i poruch citů a vůle. U některých lidí s mentálním postižením je možné diagnostikovat autismus, nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. (ŠVARCOVÁ, 2006, s. 40, 41)

Přidružené poruchy centrální a periferní nervové soustavy mohou vážně ovlivnit sexualitu člověka. Například traumatické porušení míšních drah, kdy dochází k ochrnutí. Nebo vyřazení či blokace sympatického nervstva znemožňuje pohlavní vyvrcholení a orgasmus. K takovému porušení

dochází po některých břišních operacích, nebo při léčbě vysokého tlaku. „*Sexualita bývá také změněna při některých poruchách mozku, zejména v oblasti pravého čelního nebo spánkového laloku. Například záchvaty epilepsie mohou vést ke změně sexuálního chování. Sexuální akt sám může vyprovokovat záchvat. Léčba epilepsie tlumí i sexualitu.*“ (MELLAN, 2009) Medikace je dalším faktorem, který ovlivňuje sexualitu lidí s mentálním postižením. Například neuroleptika a antipsychotika způsobují sexuální dysfunkce. Většina tradičních neuroleptik vyvolává nežádoucí vedlejší účinky, včetně sexuální dysfunkce, přibývání na váze, hypersexuality a aberantního¹⁰ sexuální chování. U lidí s mentálním postižením, kteří mají psychotické poruchy a poruchy chování, je větší riziko vzniku poruch hybnosti z častého používání antipsychotik. (GOMEZ, 2012) Na ovlivňování sexuálních projevů medikamenty poukazuje i Bazalová (2009). Lidé s mentálním postižením často berou léky, zejména utlumující. Tyto léky pomáhají spíše personálu, který pečuje o lidi s mentálním postižením a ne jim samotným. „*Mnohdy je možné po poradě s lékařem zjistit, že tyto léky nejsou potřeba nebo je jejich množství možné redukovat.*“

Pro komplexní pochopení biologických, zdravotních a medicínských vlivů, které působí na sexualitu lidí s mentálním postižením, je třeba vzít v úvahu vedle přidružených onemocnění (a medikace) také obecné biologické vlivy, které působí na sexualitu každého člověka. Vývoj sexuality jsem popsala v první kapitole. Zde uvedu ve stručnosti jen shrnutí. Biologické vlivy působící na sexualitu jsou: pohlavní chromozomální struktury; ne/přítomnost pohlavních androgenů (mužských hormonálních látek, které si vytváří plod sám); vývoj hypofýzy, která řídí vývoj většiny ostatních žláz s vnitřní sekrecí i pohlavní žlázy (gonády); vývoj somatického pohlaví (pohlavní ústrojí, vnější genitálie, druhotné sexuální znaky); organizace erotizačních nebo sexuálních center v hypotalamu (bez ohledu na genetické pohlaví, zato v přímé souvislosti s vlivem androgenů); specifický stav nervstva včetně periferních smyslů i činnosti CNS; nervové a svalové mechanismy, podílející se na erotickém či sexuálním vzrušení (mají dvojí původ: 1. Jsou nepodmíněné, vrozené, neváží se na žádnou zkušenost – př. nervová reakce vyvolaná dotykem v genitální oblasti, 2. Složitější, ovlivněné též zkušeností, individuálně rozdílné, uskutečňující se v oblasti erotiky). (PONDĚLÍČEK, PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, 1971, s 28 – 62)

2.3 *Psychosexuální vývoj člověka s mentálním postižením*

Současní intelektuálně postižení dospělí lidé tvoří velmi heterogenní skupinu, vzhledem k míře a druhu zdravotního postižení, komunikaci a úrovni sociálních dovedností, pohlaví, sociální třídě, dětství a dalším individuálním faktorům. Někteří mentálně postižení mladí lidé nevychází s ostatními ve všem, ale většina vyjadřuje potřebu lásky a sexuálního vyjádření. (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004) Vznik intimních vztahů mezi lidmi s MR mohou ztěžovat psychické

¹⁰ drogou vyvolaná psychóza

charakteristiky, například vyhraněné osobnostní rysy, komplexy méněcennosti, egocentrismus a sklony k agresii. (EISNER, 2011)

Sociální zralost a sexuální vývoj je univerzální, normální, očekávaná, a nevyhnutelná událost v lidském životě. Období, kdy dochází k biologické zralosti, je přibližně stejné u lidí s postižením, jako u obecné populace a většinou se shoduje s jejich chronologickým věkem. Při srovnání mladých lidí s mentálním postižením s jejich zdravými vrstevníky se ukazuje rozdíl v sociální zralosti, emocionální zralosti, vzdělávacích příležitostech, intelektuálním zpracování životních zkušeností, a rozsahu příležitostí pro skutečné životní učení. V důsledku toho se sociální, emocionální, prožitkové a vývojové milníky mladého člověka s MR pravděpodobně nemusí shodovat s biologickými. (WALKER-HIRSCH, 2007, s. 4,5) Sociální zralost a sexuální vývoj je také naprosto individuální, na každého člověka vedle univerzálního a očekávaného biologického zrání působí psychosociální vlivy. V první kapitole jsem uvedla výčet faktorů, které ovlivňují naši sexualitu od dětství do dospělosti. Pro úplnost zde shrnu psychosociální determinanty sexuality: matrikové pohlaví; přijetí dítěte a přijetí jeho pohlaví; vrozená vada, handicap; rodová identifikace; rodinná struktura – úplnost a typ (patriarchát vs. matriarchát); sourozenecká konstelace: pořadí, pohlaví; kulturní (náboženské) klima rodiny, etické normy; zařazení a úspěšnost mezi vrstevníky, atraktivita, sport, prospěch x šikana; traumata, ztráty, pohlavní zneužití; sexuální výchova; kultura a masmédiá. (MELAN, sec. cit. In: ŠTERBOVÁ, 2007, s. 26)

Mnoho lidí s mentálním postižením nemá životaschopný prostředek komunikace. Bez komunikačních prostředků je velmi obtížné vyjádřit své potřeby a touhy, a to vede k odcizení a vyloučení. (GOMEZ, 2012) Postižení samo o sobě ztěžuje možnost získávání informací a znalostí, které jsou potřeba k rozvoji zdravé sexuality a pozitivní sebeidentifikace. Kromě toho, jedinci s mentálním postižením často nevědí komu, jak, nebo kdy klást otázky týkající se sexuality. Mohou být kritizováni, nebo dokonce potrestáni za rozhovor o věcech týkajících se sexuality. Nemají snadný přístup ke knihám o vztazích a sexualitě, nebo nemusí vědět, že existují, často také neumějí číst. Nemají téměř žádnou příležitost pozorovat a modelovat sociální/ sexuální chování v přirozeném prostředí. Chybí jim schopnost kritického myšlení, s potížemi oddělují skutečnost od fikce a mýtus od reality. Tyto faktory mohou často vést k problémovému sexuálnímu chování, které je přímým důsledkem neinformovanosti, případně špatných informací o sexualitě. (KEMPTON sec. cit. In: WALKER-HIRSCH, 2007, s. 30) McCabe tvrdí, že obecně lidé s mírnou mentální retardací mají negativní pocity vůči sexualitě ve srovnání s lidmi bez postižení. Provedl srovnávací studii o sexuálních znalostech a postojích 60 osob s mentálním postižením, 60 osob se zdravotním postižením, a 100 osob z řad populace. Zjistil, že lidé s mentálním postižením vědí méně o sexu a zaujímají k sexualitě negativní postoje. Homosexualita byla zaznamenána ve stejném poměru, jako u běžné populace. Masturbace byla častější a frekvence exhibice pohlavního styku s jinou osobou byla nižší. Respondenti s mentálním postižením chtěli zažít seznamování, "chození", intimitu a sexuální interakci, ale cítili se nesměle z důvodu nedostatku znalostí, příležitostí a celkových negativních

pocitů. (sec. cit. In: OWEN, GRIFFITHS, 2009, s. 203) Je zřejmé, že nedostatek znalostí a negativní postoje zapříčiňují, že jejich potřeby nejsou zdaleka naplněny. To potvrzuje i studie Lesseliers a Van Hove zkoumali, jak lidé s ID vnímají vlastní sexualitu a osobní vztahy. Výzkum byl realizován v rezidenčních programech v Belgii se čtyřiceti šesti dospělými s MR. Respondenti uvádějí, že mají velmi málo příležitostí k otevřené diskusi s ostatními o jejich osobních milostných vztazích. Myslí si, že oblasti počátečního sexuálního kontaktu (např. líbání, mazlení) jsou pro ně přijatelné a vhodné. Ale pokročilejší sexuální aktivita (např. petting, nebo pohlavní styk) by byla důvodem k potrestání ze strany rodičů nebo zaměstnanců. Zřídka jsou jim nabízeny příležitosti mít soukromí v kontextu jejich životních situací. Mají strach z nesouhlasu zaměstnanců v případě, že se přiblíží k tématu sexuality. Cítí, že jejich zkušenosti intimity nejsou uspokojivé, a proto jsou lhostejní nebo pesimističtí k možnosti mít pohlavní styk. Mají jen malou možnost ovlivnit opatření týkající se chodu jejich komunálního bydlení, z čehož pociťují smutek a zoufalství. Cítí důsledky svého postižení, když čelí řešení konfliktů, a nemají žádnou oporu ze strany zaměstnanců. Cítí se provinile při masturbaci. Mají bolestivé zkušenosti se sexuálními akty a vnímají potlačenou možnost mluvit o svém zneužití. Vnímají pozitivně sňatek a možnost mít děti, ale zároveň pociťují nedostatečnou podporu v této činnosti. (LESSELIERS, VAN HOVE sec. cit. In: OWEN, GRIFFITHS, 2009, s. 202)

S uvedenými studii zajímavým způsobem kontrastuje článek Löfgren-Mårtenson, která zkoumala mladé lidi s mentálním postižením ve Švédsku. Píše, že mnoho mentálně postižených mladých lidí popisuje pozitivní osobní zkušenosti týkající se sexuality. Předpokládají, že sexuální aktivita by se měla nejlépe vyskytovat v milostném vztahu mezi dvěma lidmi. Jenomže páry mezi lidmi s MR jsou relativně neobvyklé, což může ztěžovat realizaci těchto ideálů. Pohlavní styk mezi mladými lidmi s MR ve Švédsku se objevuje také celkem málo. Existuje pouze malá skupina mentálně postižené mládeže, která se domnívá, že jejich budoucnost bude zahrnovat vlastní děti a rodinu. Na tuto skutečnost reagují různými strategiemi, nejčastěji alternativními a demonstrativními. Například, místo toho, aby měli své vlastní děti, může být pro některé jednotlivce důležitou alternativou mít neteře a synovce. Jiní vyjadřují, že budou mít vlastní děti i přes opozici od lidí kolem sebe, což demonstruje jejich sebedůvěru v prosazování svých potřeb. Avšak i tento švédský příklad pozitivní párové zkušenosti má své úskalí. „*Rozhovory a pozorování ukazují, že homosexualita je neobvyklá mezi lidmi s MR, a že homosexuální úkony jsou často interpretovány za přátelství nebo chybně nasměrované projevy, a proto upraveny. Pro mladé homosexuály s MR je obtížné získat podporu při rozvoji jejich vlastní sexuální identity a hledání sociálních kontaktů pro vytváření homosexuálních vztahů.*“ (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004)

Je málo informací o sexuální orientaci lidí s mentálním postižením. Ještě méně výzkumů se zaměřuje na jejich genderovou identitu. Lidé, kteří mají vývojové postižení, často nejsou považováni za oprávněně k rozhodování, zejména v souvislosti s jejich sexualitou a konkrétně s ohledem na jejich pohlavní identitu. Výsledky kanadského výzkumu 32 lidí s mentálním postižením (BEDARD, ZHANG, ZUCKER, 2010) ukázaly, že většina osob se vnímá jako heterosexuál (87%), následovaný

těmi, kteří se vidí jako bisexuální nebo nerozhodnutí (9,7%), a konečně ti, kteří uvedli, že se zajímají o stejné pohlaví partnerů (3,2%). Čtyři subjekty zaznamenaly vzhledem ke své pohlavní identitě dysforie¹¹, z toho dvě osoby byly ženského pohlaví. Ve srovnání se studii, které se zabývají gendrovou identitou zdravých lidí, je možné konstatovat, že výskyt poruch gendrové identity může být vyšší u populace lidí s mentálním postižením. Je ovšem třeba brát v úvahu malý počet zkoumaných subjektů v této studii. Sexuální orientace a /nebo genderová identita nejsou oblasti, které by byly předmětem diskusí v sociálních službách, ledaže by to představovalo problém. Na základě výsledků této studie se zdá, že by měl být problém prozkoumán, protože „*je součástí toho, kdo je jednotlivce a ovlivňuje mnoho komponent lidského života. Jinak budeme konspirovat k potlačení samostatné identifikace*“ (BEDARD, ZHANG, ZUCKER, 2010)

2.4 Postoje rodiny, pečovateli a veřejnosti k sexualitě osob s mentálním postižením

V sociální oblasti lidem s mentálním postižením chybí perspektiva harmonického zázemí a motivace k hledání partnera. Trpí nedostatkem možnosti sociálního učení. Velkým omezením pro zdravý rozvoj sexuality je i negativní pohled široké veřejnosti na partnerství osob s postižením. (EISNER, 2011) DeLoach (sec. cit. In: OWEN, GRIFFITHS, 2009, s. 202) tvrdí, že negativní postoje přispívají k izolaci a marginalizaci lidí s MR. Takové vnímání může poškodit osobní přesvědčení jednotlivce o sobě jako sexuální bytosti. Swango-Wilson provedl popisný průzkum 85 lidí z obecné populace od 18 až do 59 let věku v USA, týkající se jejich postojů k sexuálnímu vyjádření osob s mentálním postižením. Tito zdraví lidé měli menší pochopení pro homosexuální páry, anální sex a delší veřejné líbání. Za vhodné pro lidi s mentálním postižením byly považovány: programy bezpečného sexu, partneři opačného pohlaví, soukromé i veřejné projevy náklonnosti. (SWANGO-WILSON, 2008)

Sexuální vyjádření není problém pro lidi s kognitivním postižením, ale pro ty, kteří s nimi pracují. Ačkoli sexualita je nedílnou součástí všech našich životů, lidé s mentálním postižením mohou považovat sexuální vyjádření za nepřístupné z důvodu servisních překážek, včetně institucionalizovaného bydlení, nedostatku soukromí, nedostatku znalostí o tom, co je sexualita a možnosti se vyjádřit. Poskytovatelé péče mohou blokovat lidi s mentálním postižením v přístupu k sexuální výchově a mohou nevědomky poskytnout sexuální dezinformace (GOMEZ, 2012). Až příliš často lidé s MR žijí a pracují v systému, který ne vždy pečuje o jejich sexuální já, a kde převládá negativní, lhostejný a represivní postoje k sexualitě. (OWEN, GRIFFITHS, 2009, s. 202) V České republice je problém s institucionální péčí velmi palčivý. Snaha transformovat velká ústavní zařízení¹²

¹¹ dysforie (Gender Identity Disorder)

¹² zmínila jsem v úvodu o Koncepci transformace sociálních služeb 2007 -2013

se zdá být ze strany MPSV zatím jen formální. Život lidí s mentálním postižením je státem stále velmi podporovaný a preferovaný. Bazalová (2009) podotýká, že tento systém nemůže dobře fungovat ani z hlediska ekonomického. Největším problémem v těchto zařízeních je to, že zaměstnanci, i kdyby se snažili sebevíc, nemohou zajistit individuální uspokojování potřeb, nahradit přirozené rodinné zázemí, ani poskytnout soukromí. V těchto ústavech je tolik problémů, že na řešení sexuality už není čas, ani prostředky. Nejhorším typem jsou tzv. nekoedukované domovy pro osoby se zdravotním postižením¹³, kde žijí společně pouze jedinci stejného pohlaví. V takovém zařízení není možné, aby se zdravým způsobem rozvíjela sexualita, naopak se zde často objevuje vynucená homosexualita. (BAZALOVÁ, 2009) Shodný názor má i KOZÁKOVÁ (2004) „*To, že jsou tyto lidé trvale citově deprivováni, sexuálně frustrováni, anebo volí náhradní autoerotické či homosexuální praktiky, bývá většinou bagatelizováno.*“

Vztahy lidí s mentálním postižením se vyznačují závislostí na ostatních. Mnoho z nich věří, že rozhodnutí jiných lidí jsou lepší a zřídka tato rozhodnutí zpochybňují. Pouto mezi příbuznými a / nebo zaměstnanci a mentálně postiženými lidmi je často velmi úzké a silné. Vznikají tak nevyvážené vztahy, ve kterých je odpovědnost lidí s MR v různé míře přenášena na ostatní. Zaměstnanci a příbuzní popisují pocity ambivalence, když jde o sexualitu a mladé lidi s MR. Na jedné straně chtějí dát mladým lidem příležitost, aby sami rozhodli. Ale na druhé straně cítí, že to je zvláště obtížné a závažné téma. Především na základě strachu, že někdo otěhotní, bude sexuálně zneužíván nebo ztratí kontrolu nad svou sexualitou, je odpovědnost lidí s MR omezována. Proto mnoho z těchto lidí žije v chráněném světě s vysokou úrovní dohledu. Například zaměstnanci a příbuzní spíše podporují přátelství místo sexuálních vztahů, i když se jedná o lásku. Pokud tvoří mentálně postižení lidé pár, okolní lidé jsou často zapojeni do jejich vztahu a posuzují jeho kvalitu a projevy. (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004) „*Postoje rodičů a opatrovníků jsou mnohdy zkreslené, nechťejí připustit, že jejich dítě již dospělo v oblasti sexuální, i když intelektově zdaleka ne. Také mnohdy nemají sil toto téma řešit, museli se totiž vypořádat s mnoha jinými problémy (vzdělávání, umístění do zařízení sociální péče, nedostatek financí atd.). Proto je na personálu, zdravotnících a dalších odbornících, aby zasáhli.*“ (BAZALOVÁ, 2009)

Löfgren-Mårtenson (2004) kategorizovala různorodé služební metody přístupu zaměstnanců k sexualitě klientů takto: aktivní, pasivní, preventivní, odměřený, kontrolující a akceptující. Vztah mezi mentálně postiženými lidmi a jejich okolím se vyznačuje do značné míry tzv. sociální pedagogikou. Pro zaměstnance sociálních služeb je přesto obtížné, aby se dohodly na tom, jaká jsou sociálně pedagogická "pravidla." Tato pravidla by ovšem měla být patrná, protože individuální soukromé a osobní přesvědčení personálu o sexualitě klienta hraje významnou roli. Nedostatek jasných pokynů nebo pravidel pro to, jak by se měli zaměstnanci zabývat sexualitou mezi mentálně postiženými lidmi, vede k velkému dilematu. Zejména vzhledem k tomu, jak moc jsou zaměstnanci a příbuzní zapojeni do soukromého života mentálně postižených lidí. Mohou interpretovat sexuální

¹³ bývalé ústavy sociální péče

jednání, které neuznávají nebo mají vlastní odlišnou zkušenost. V důsledku toho, když zaměstnanci a příbuzní definují sebe ve vztahu k mentálně postiženým osobám, často užívají přístup "my a oni". A obvykle soukromá sexuální zkušenost se stává veřejnou. Zaměstnanci / příbuzní definují sexuální projevy a akty, na které nejsou zvyklí a mají tendenci je označovat za abnormální. (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004) Celý problém se ještě komplikuje tím, že personál sociálních služeb většinou nemá dostatečná práva v oblasti sexuality. Když se klientům snaží naslouchat, pomáhat a řešit problémy s jejich sexualitou, pohybují se na „tenkém ledě“. Pokud nemají zastání ve vedení organizace a nejlépe písemně stanovené kompetence, může jim hrozit propuštění nebo dokonce trestní stíhání. Chybí spolupráce mezi psychology, sexuology, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy a dalšími odborníky na sexualitu a osoby s mentálním. V organizacích, které poskytují sociální služby lidem s mentálním postižením, chybí funkce vyškoleného odborníka na sexualitu. (BAZALOVÁ, 2009)

2.5 Riziková sexualita

Jak biologická, tak psychosociální specifika sexuality lidí s mentálním postižením způsobují, že jsou vystaveni většímu riziku sexuálního obtěžování a zneužívání. *„Snadnými a bezpečnými terči se stávají pro pachatele kvůli sociální naivitě a důvěřivosti vyplývající z nezkušenosti, omezeným komunikačním schopnostem a sociálně otevřenému, někdy až příliš přátelskému chování. Omezené kognitivní dovednosti je disponují k nerozpoznání záměrů druhé osoby, nedokážou rozpoznat lež a lest, jsou snadno ovlivnitelní a manipulovatelní. Lidé mají sklon jejich svědectví považovat za méně věrohodné. Postižení bývá často kombinovaného charakteru, fyzická obranyschopnost člověka s handicapem je tak slabá. Kvůli obtížím s orientací, smyslovým vnímáním a motorikou mají omezenou možnost útěku.“* (THOROVÁ, 2012, s. 46,47)

Prevalence zneužívání lidí s mentálním postižením je uváděna v publikacích různě. Liší se zejména v závislosti na zeměpisných podmínkách, ale může se lišit i v tom, co je definováno jako sexuální zneužívání. Jak uvádí Kovář (2009), v České republice je okolo deseti procent lidí s handicapem viktimizováno sexuální agresí, oproti 23 procentům v USA a 34 procentům v Nizozemí. Rozdílná čísla ukazuje Kanadská studie RAZZA, TOMASULA, TRUAMA, úroveň sexuálního zneužívání v rámci populace lidí s mentálním postižením uvádí 83 procent u žen a 32 procent u mužů, ve srovnání s 33 a 25 procenty pro obecnou populaci žen a mužů. Zejména osoby s postižením intelektu, které žijí v komunitním rezidenčním prostředí, jsou ohroženy fyzickým, emocionálním a sexuálním zneužíváním. (sec. cit. in FACCINI, SAIDE, 2011) Další kanadská studie BEDARD, CH., ZHANG, ZUCKER, (2010) dokonce uvádí, že ve svém životě zažilo sexuální zneužití 100% žen a 69% mužů s mentálním postižením. Oproti těmto alarmujícím číslům se liší Švédská studie, z jejichž výsledků nevyplývá, že by sexuální přestupky nebo napadení byly opravdu běžné v současné generaci

mladých dospělých s mentálním postižením. (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004) Obecně se dá říci, že lidé s vývojovými vadami¹⁴ mají 4-10 krát vyšší riziko, že se stanou oběťmi sexuálního zneužívání, než běžná populace. (SOBSEY sec. cit. in THOROVÁ, 2012, s. 46)

Různé výzkumy naznačují, že genderové rozdílnosti mezi muži a ženami s mentálním postižením nebo vývojovými vadami způsobují změny v reakci na zneužití a následný rozvoj sexuality. Ženy, které jsou oběťmi zneužití ošetřovatelů vytvářejících denní režim, jsou na nich závislé a důvěřují jim, nejsou schopny rozumět emocionálnímu dopadu takového vztahu a musí se smířit s nepříjemnými pocity v tichosti. Zneužité ženy se stávají pasivními v jejich dalších vztazích, neúčastní se aktivně rozhodování, jsou odevzdané fyzickému, sexuálnímu i emocionálnímu zneužití. Vnímání jejich sexuální identity se stává negativní. Muži, kteří zažijí sexuální zneužití, tomuto aktu často vůbec nerozumí. Zvnitřní si tu situaci, stanou se agresivními v jejich vlastních vztazích s ostatními. Muži, kteří byli zneužiti, se stávají agresivními v jejich sexuálních vztazích a stávají se pachateli sexuálního zneužívání na slabších ženách nebo dětech. (SWANGO-WILSON, 2011)

„U osob s mentálním postižením se rozumí sexuálním zneužíváním každé sexuální nebo sexuálně zabarvené chování nebo sexuální kontakt mezi osobami s mentální retardací a lidmi, kteří jim mají poskytovat ochranu a péči, nebo lidmi, kteří nad nimi mají rozumovou či emoční převahu. Jde zejména o vychovatele, učitele, zdravotníky, všechny zaměstnance dané instituce, dobrovolníky a příbuzné. Každý sexuální kontakt mezi osobami s mentálním postižením navzájem nebo osobou s MR a jiným člověkem je považován za sexuální zneužití, pokud jde o kontakt nechtěný nebo takový, že oběť měla pocit, že kontakt nemohla odmítnout. Řadíme sem všechny sexuální kontakty, které neodpovídají kritériu rovnocennosti a dobrovolnosti.“ (ŠTERBOVÁ, 2007, s. 84)

Vzhledem k častému zneužívání v rámci této populace ještě naléhavěji vyplývá, že musí být této skupině poskytnuty příslušné informace a vzdělání. Musí mít možnost se vyjádřit, ptát se a prozkoumávat sami sebe. Informace by měly být dostupné a forma přizpůsobená lidem s mentálním postižením. Mnoho jedinců s MR nedokáže vysvětlit své zkušenosti, sexualitu, obavy, zájmy a pocity, a ani neznají vhodný komunikační způsob. Musíme jim zajistit právo rozvíjet komunikaci k dobrému porozumění. (BEDARD, ZHANG, ZUCKER, 2010)

Pedagogickou intervencí zaměřující se na snižování rizik spojených se sexualitou lidí s mentálním postižením představuje WALKER-HIRSCH. Podrobněji ji popíše v kapitole 4. Sexuální osvěta zaměřená na lidi s mentálním postižením.

¹⁴ Mezi vývojové vady patří mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, mozková obrna, epilepsie apod.

3 Práva lidí s mentálním postižením v souvislosti se sexualitou

Lidé s mentálním postižením zažili dlouhou historii sexuální represe. Sexualita je jedním z důležitých aspektů života, který byl ovlivněn represí společnosti a řízením lidí s mentálním postižením. Sexuální chování bylo často trestáno nebo špatně vykládáno kvůli zobecňujícím sociálním interpretacím sexuality. Segregace vedla k izolaci a odděleným životům pro většinu lidí s mentálním postižením v průběhu 19. a 20. století. Mnozí byli nahodile sterilizováni a jejich potřeba sexuality a lásky byla ignorována. (LÖFGREN-MÅRTENSON, 2004)

V současnosti jsou práva osob s mentálním postižením předmětem značné pozornosti Spojených národů, mezinárodních organizací, Vlády České republiky i nestátních organizací. V různých usneseních těchto institucí je zdůrazňováno prosazování rovných příležitostí a zlepšení životních podmínek lidí s postižením. Definují handicap jako funkci vztahu mezi osobami se zdravotním postižením a okolním prostředím, což vede ke změně přístupu k lidem s postižením a k odstraňování bariér, které společnost vytváří. Dokumenty stanovují priority a konkrétní činnosti pro následující období. Základem těchto priorit by mělo být uznání práv osob se zdravotním postižením a možnosti uplatňovat svá práva jako plnohodnotní občané společnosti. (Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, OSN 1993)

„Ve všech společnostech na světě jsou stále ještě překážky, které brání osobám se zdravotním postižením uplatňovat jejich práva a svobody a ztěžují jim plné zapojení do společenských aktivit. Státy jsou zodpovědné za to, že přijmou vhodná opatření k odstranění takových překážek. V tomto procesu by osoby se zdravotním postižením a jejich organizace měly hrát aktivní roli partnerů.“ (Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, OSN 1993);

Všeobecná deklarace lidských práv garantuje, že: *„Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv.“* Tento axiom je rozpracován v mnoha etických kodexech a mezinárodní i národní legislativě. Mezi nejdůležitější dokumenty mezinárodního významu, které prosazují práva lidí s mentálním postižením, patří: Deklarace o právech lidí s mentálním postižením (OSN, 1971); Evropská sociální charta (Rada Evropy, 1961); Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006); Madridská deklarace (Evropský kongres, 2002), Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN, 1993). Národní dokumenty ČR, které hájí práva lidí s mentálním postižením, jsou např.: Listina základních lidských práv a svobod (ČNR, 1993); Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se ZP (2004); Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014 (Vláda ČR, 2010). Tyto dokumenty zavazují státy podnikat akce pro vyrovnávání příležitostí lidí se zdravotním postižením a jejich zapojování do společnosti a obce. Jsou důležitými prostředky v boji proti segregaci a dalšímu upírání základních lidských práv. (ŠVARCOVÁ, 2006, s. 16 – 20)

Není mým cílem podrobnější popis všech dokumentů, ve kterých jsou obsažena základní lidská práva a specifická práva lidí s mentálním postižením. Uvádím jen základní přehled

nejdůležitějších právních dokumentů. Bezpochyby práva lidí s mentálním postižením zasluhují velkou pozornost, proto jmenované dokumenty alespoň stručně představím v příloze. Zde bych ráda podrobněji představila dva základní dokumenty, které deklarují všem lidem bez jakékoliv diskriminace, sexuální a reprodukční práva.

3.1 *Charta sociálních a reprodukčních práv IPPF*

Charta byla schválena Ústřední radou IPPF (International Planned Parenthood Federation) a poté potvrzena členským shromážděním v listopadu 1995. IPPF je největší světová dobrovolná organizace pro plánování rodiny. Charta vyjadřuje spojení mezi základními lidskými právy a sexuálním a reprodukčním zdravím. Má charakter právního dokumentu, protože vychází z uznávaných mezinárodních norem o lidských právech. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRPV) je od roku 1997 plnoprávným členem IPPF a má za úkol usilovat o dosažení práv zakotvených v této chartě. V chartě je definováno 12 práv, z nichž všechna jsou součástí mezinárodních dokumentů o lidských právech:

1. Právo na život;
2. Právo na svobodu a osobní bezpečnost;
 - 2.1 *„Každý má právo svobodně rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž jedná s patřičným ohledem na práva ostatních.“*
 - 2.4 *„Každý má právo na ochranu před sexuálním obtěžováním.“*
 - 2.5. *„Každý má právo být chráněn před vnějšími faktory vyvolávajícími strach, hanbu, vinu, přesvědčení založená na mýtech a před dalšími psychologickými faktory, ovlivňujícími jeho sexuální reakci nebo narušujícími jeho sexuální vztahy.“*
3. Právo na rovnost a ochranu před všemi formami diskriminace;
 - 3.1 *„Nikdo nesmí být diskriminován ve svém sexuálním a reprodukčním životě, pokud jde o přístup ke zdravotní péči a/nebo službách, z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví nebo sexuální orientaci, rodinného stavu, postavení v rodině, věku, jazyka, náboženského, politického nebo jiného smýšlení, národnostního či sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení.“*
 - 3.2 *„Každý má právo na stejný přístup ke vzdělání a informacím v zájmu zajištění svého zdraví a blaha, včetně přístupu k informacím, poradenství a službám týkajícím se sexuálního a reprodukčního zdraví a práv...“*
4. Právo na soukromí;
 - 4.3 *„Každý má právo vyjádřit svou sexuální orientaci, aby mohl vést bezpečný a uspokojivý sexuální život, přičemž zachovává potřebný ohled na blaho a práva ostatních, bez obav z perzekuce nebo odírání svobody, nebo společenských zásahů.“*
5. Právo na svobodu myšlení;

- 5.1 *„Každý má právo na svobodu myšlení a vyjadřování, pokud jde o jeho sexuální a reprodukční život.“*
6. Právo na informace a vzdělání;
- 6.2 *„Každý má právo na dostatečné vzdělání a informace, aby bylo zajištěno, že jakékoliv rozhodnutí týkající se jeho reprodukčního a sexuálního života, bude činěno s jeho plným, svobodným a informovaným souhlasem.“*
7. Právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek a založit a plánovat rodinu;
- IPPF uznává, že právo rozhodnout se, zda uzavřít sňatek a založit a plánovat rodinu je součástí práva všech mužů a žen, jakmile dosáhnou plnoletosti, bez jakéhokoliv omezení z důvodu příslušnosti rasové, národnostní nebo společenské.
8. Právo rozhodnout se zda a kdy mít děti;
- 8.2 *„Každý má právo na přístup k nejširší možné škále bezpečných, účinných a přijatelných metod regulace porodnosti.“*
9. Právo na zdravotní péči a ochranu zdraví;
- 9.5 *„Každý má právo na zdravotní služby v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví, jako součást základní zdravotní péče, které jsou komplexní, přístupné - jak finančně, tak geograficky - spolehlivé a důvěrné, a které berou patřičný ohled na důstojnost a pohodu klientů.“*
10. Právo využívat plodů vědeckého pokroku;
11. Právo na svobodu shromažďování a politickou účast;
- „Každý má právo se shromažďovat a bojovat za sexuální a reprodukční zdraví a práva.“*
12. Právo na ochranu proti mučení a špatnému zacházení.
- 12.5 *„Každý má právo na ochranu před znásilněním, sexuálním násilím, sexuálním zneužíváním a sexuálnímu obtěžování.“*

3.2 Deklarace sexuálních práv (Valencie, 1997)

Deklarace byla přijata na 13. Světovém kongresu sexuologie ve Valencii (Španělsko) v červnu 1997. Vyzývá, aby společnosti vytvářely podmínky pro uspokojování potřeb, plný rozvoj individua a respektování následujících sexuálních práv:

1. Právo na svobodu, která vylučuje všechny formy sexuálního násilí, vykořisťování a zneužívání kdykoliv a ve všech životních situacích. Boj proti násilí je sociální prioritou. Všechny děti by měly být chtěné a milované.
2. Právo na autonomii, integritu a bezpečnost těla. Toto právo zahrnuje kontrolu a požitky z našich vlastních těl bez mučení, mrzačení a násilí jakéhokoli druhu.

3. Právo na sexuální rovnost. To se týká osvobození od všech forem diskriminace, náležitě ctít sexuální rozmanitost, bez ohledu na pohlaví, gender, věk, rasu, společenskou třídu, náboženství a sexuální orientaci.

4. Právo na sexuální zdraví, včetně dostupnosti všech dostatečných zdrojů pro rozvoj výzkumu a potřebné znalosti HIV / AIDS a pohlavně přenosných chorob, jakož i další rozvoj zdrojů pro výzkum, diagnostiku a léčbu.

5. Právo na široké, objektivní a faktické informace o lidské sexualitě s cílem umožnit rozhodování o sexuálním životě.

6. Právo na komplexní sexuální výchovu od narození a během celého životního cyklu. Všechny sociální instituce by měly být zapojeny do tohoto procesu.

7. Právo svobodně se sdružovat. To znamená možnost uzavřít manželství nebo ne, rozvést se a vytvořit další typy sexuálního soužití.

8. Právo na svobodné a odpovědné rozhodnutí ohledně reprodukčního života, počtu a době narození dětí a přístup k prostředkům regulace porodnosti.

9. Právo na soukromí, což znamená schopnost dělat samostatná rozhodnutí o sexuálním životě v souvislosti s osobní a sociální etikou. Racionální a uspokojivý zážitek sexuality je podmínkou pro lidský rozvoj.

4 Vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením mají stejná práva a sexuální svobody, jako intaktní populace, včetně práva být informován o sexualitě, práva radovat se ze sexuální aktivity, práva přístupu k informacím o sexuálně přenosných nemocech a související prevenci. Dále právo vytvářet sexuální vztahy a zakládat manželství, právo rozhodovat o rodičovství a právo být chráněn před sexuálním obtěžováním. Tato práva by měla jednotlivcům pomoci cítit se součástí sociálního systému a cítit se jako plnohodnotný člověk. (SWANGO-WILSON, 2010) Neposkytování sexuální výchovy osobám se zdravotním postižením je přímým porušením Deklarace sexuálních práv (Valencia)¹⁵. Informace o sexualitě by měl poskytovat odborník, který má dostatečné znalosti o sexuálním vývoji, zkušenosti a citlivý přístup. V oblasti sexuality osob s mentálním postižením existují problémové okruhy, které vyžadují zvláštní pozornost. Jedná se o dosažení soběstačnosti, životní zkušenosti, oblast rodičovství, a zdravotní komplikace. (OWEN, GRIFFITHS, 2009, s. 189)

V odborných textech nenajdeme sjednocené užívání termínu, který by označoval vzdělávání v oblasti sexuality a vztahů, zaměřené na lidi s postižením. V literatuře nejčastěji čteme o sexuální osvětě, výchově, poradenství, edukaci, školení i intervenci. Setkáme se i s názvy jako prevence rizikové sexuality, programy sociálně-sexuální výchovy, rodinná výchova, sexuálně vzdělávací programy, rodinné životní vzdělávání. Ve své práci používám různou terminologii, většinou v závislosti na citovaném autorovi.

4.1 Cíle vzdělávání v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením

Vzdělání posiluje osobnost lidí s mentálním postižením a poskytuje nástroje potřebné k úspěšné integraci do společnosti. Tato integrace pomůže nejen postiženým lidem, ale posiluje i společnost, protože vytváří pozitivní sociální změnu tím, že posiluje rozmanitost společnosti a toleranci minorit. (SWANGO-WILSON, 2011)

Vzdělávací programy pro lidi s mentálním postižením by měly být věkově přiměřené, zaměřené na sexuální vyjádření jako běžnou součást života. Neměly by být příliš soustředěné na kognitivní postižení. Například ve Velké Británii a Austrálii existují projekty s názvem Sexual and Relationship Facilitation Project for People with Disabilities¹⁶, které podporují lidi s postižením, aby zlepšili své tělesné pocity a sebeúctu. Účastní se jich jak personál (pečovatelé, asistenti), tak osoby s mentálním postižením, a společně hovoří o sexualitě a vztazích. Tím se dosahuje větší humanizace služeb. Svoboda informovaného sexuálního projevu může zmírnit sebe-zraňující a rizikové chování. (GOMEZ, 2012) Programy by měly být více adresné. Vývoje programu by se měli účastnit hlavně

¹⁵ Viz kapitola Práva lidí s mentálním postižením v souvislosti se sexualitou

¹⁶ Projekty facilitace sexuality a vztahů pro osoby se zdravotním postižením

klienti, a poznámky ošetřovatelů a členů rodiny by se měly také zohlednit. Lidé s mentálním postižením potřebují mít možnost účastnit se rozhodnutí vztahujících se k jejich životům. (SWANGO-WILSON, 2011)

TÄUBNER charakterizuje cíle (úkoly) sexuální výchovy zdravých i handicapovaných lidí takto (sec. cit. In ŠŤERBOVÁ, 2007, s. 40):

- a) *„Podávat základní informace o lidském těle, zdraví a jeho ochraně, životním stylu, lidském sexuálním chování, základních mezilidských vztazích, partnerství, manželství a rodičovství, o vlastní ochraně a umění jednat s lidmi.*
- b) *Vytvářet pozitivní racionálně a emocionálně koncipované postoje k základním lidským hodnotám, jako je např. zdraví, přátelství, láska, rodičovství atd. a negativní postoje k jevům jako je alkoholismus, drogy, promiskuita.*
- c) *Vytvářet žádoucí dovednosti, návyky a sexuální chování v nejširším slova smyslu, které konstituují lidskou seberealizaci a subjektivní pocity lidského štěstí v pozitivním kontextu s očekávaným sociálním chováním.“*

WALKER-HIRSCH (2007 s. 31) uvádí tyto cíle programu sexuální výchovy pro jedince s mentálním postižením:

- a) *„Podpora sociálního přijetí,*
- b) *dosáhnout větší sociální kompetence,*
- c) *zvýšit kvalitu života, snížit riziko sexuálního vykořisťování,*
- d) *zabránit přenosu sexuálně přenosných nemocí“*

Sexuální vzdělávání může pomoci jednotlivcům s mentálním postižením v mnoha ohledech. Za prvé může přispět k tomu, aby mohli hovořit bez rozpaků o svých sexuálních potřebách a aby lépe rozuměli, co jsou sexuální projevy, v rámci jejich schopnosti přístupu k informacím. Za druhé, může sexuální výchova pomoci jednotlivcům vyhnout se sexuálnímu zneužívání, onemocnění a nechtěnému těhotenství. Za třetí, může sexuální výchova pomoci jednotlivcům objasnit své vlastní hodnoty a touhy a přijmout osobní zodpovědnost za své činy. Čím vyššího stupně způsobilosti osoba dosáhne, tím více má možností k dispozici. Tyto příležitosti mohou vést k bohatší životní zkušenosti a vyšší životní spokojenosti. (WALKER-HIRSCH, 2007, s. 19 - 24)

4.2 Adresáti sexuálního vzdělávání

Problémem v oblasti sexuality jedinců s mentálním postižením bývá nedostatečná informovanost jich samotných, ale stejně tak i rodinných příslušníků, pečujícího personálu, odborné i laické veřejnosti. (PIPEKOVÁ, 2006, s. 111) Tyto skupiny lidí jsou v zorném poli odborníků zabývajících se sexualitou.

Na prvním místě z cílové skupiny pro sexuální výchovu jsou pochopitelně osoby s mentálním postižením, dále pak jejich rodiče (nebo opatrovníci), vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové a všichni, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením. Velice důležitá je spolupráce zaměstnanců organizace a rodičů. Nesmíme zapomenout ani na budoucí profesionály, kteří by měli absolvovat alespoň základní kurz o sexualitě lidí s postižením na školách, kde se připravují na budoucí povolání. K celkové změně negativních postojů a předsudků o sexualitě lidí s mentálním postižením je potřeba působit i na nejširší veřejnost např. pomocí osvětových akcí. Prvním krokem je, aby si společnost uvědomila, že každý člověk má stejné základní potřeby. Uvedení mýtů a předsudků na pravou míru by mělo pomoci veřejnosti k pochopení a překonávání bariér mezi „normálními a postiženými“ lidmi. (KOZÁKOVÁ, 2004)

4.2.1 Dospělí lidé s mentálním handicapem

Sexuální vzdělávání je pro lidi s mentálním postižením důležité, aby předešli, rozpoznali a ohlásili pohlavní vykořisťování. Často jsou příliš ovlivnitelní a závislí na druhých, mají málo nebo žádné přátele, a jen malou sociální podporu. Mohou mít špatný sociální úsudek a potíže při předvídání důsledků svých činů. Jejich výpovědi jsou považovány zapisovateli zneužívání za méně spolehlivé, protože nemusí být schopni převyprávět souvislý příběh. Dospívající a dospělí s mentálním postižením, kterým se nedostává adekvátní sexuální výchovy, jsou náchylnější k sexuálnímu vykořisťování. Někdy mohou používat sexualitu jako nebezpečný a nevhodný způsob, jak získat přijetí nebo pozornost. Ve snaze získat sociální přijetí nebo zabránit vlastní samotě mohou být vmanipulováni do sexuálních situací, při kterých bude zneužito jejich postižení a izolace. Lidé s mentálním postižením jsou riziková skupina ohrožená sexuálním násilím, nechtěným těhotenstvím, HIV/AIDS, nebo jinými sexuálně přenosnými chorobami. (WALKER-HIRSCH, 2007, s. 20). Mezi lidmi s mentálním postižením a ostatními členy populace jsou rozdíly ve schopnosti učit se. Proto výuka musí být naplánována tak, aby vyhovovala všem zúčastněným, a tak splňovala předpoklady k asimilaci. (SWANGO-WILSON, 2010)

Chyby ošetřovatelů ve vztahu ke klientům vedou k navození atmosféry, která separuje postižené od většího sociálního systému, mohou vést ke ztrátě důvěry, a dokonce i ke vzdorovitému až nebezpečnému chování. Postižený člověk je zásadně ovlivněn tím, co ošetřovatel považuje za nejdůležitější a vhodné. Izolace od běžného prostředí způsobuje ztrátu přirozených mezilidských kontaktů a brání získávání nových zkušeností. Proto vzdělávání v sexualitě musí být prezentováno co nejvíce tak, aby se ho postižení nebáli, mohli překonávat hranice, které je limitují a zkoumat zkušenosti, které byly předtím zapovídány. Jestliže jde podpora správným směrem a se správnými informativními pomůckami, tato expanze do nového prostředí by měla být osvobozující a pozitivní zkušeností. To nejen pro lidi s mentálním postižením, ale i pro ošetřovatele, kteří jim tyto hranice otevírají. (GOMEZ, 2012) Postižení lidé potřebují mít podporu při poznávání neznámého prostředí a učení se dělat vlastní rozhodnutí, která jim dovolí navazovat nové vztahy včetně sexuálních. Bohužel

je pro ně realitou umístění ve společných domech a práce v chráněných (v orig. „primitivních“) dílnách. Tato praxe limituje zkušenosti a brání v přístupu k hlavnímu proudu populace, což způsobuje pocit izolace a osamění. (SWANGO-WILSON, 2010)

4.2.2 Pečující osoby (rodiče, personál)

Čím víc ošetřovatel nebo rodina porozumí a akceptuje klientovy potřeby, tím víc jsou schopni podporovat jeho intelektuální a sociální rozvoj. Z tohoto důvodu sexuálně vzdělávací program musí obsahovat komponenty pro trénink ošetřovatelů a rodinných příslušníků. (SWANGO-WILSON, 2010) Rodiče si většinou o svých dospělých potomcích s MR myslí, že jsou v podstatě děti a nepřemýšlí o sexualitě. Je nezbytné, aby lépe rozuměli realitě sexuálního vývoje. Nevšímavost k potřebám postižených lidí v sexuální oblasti může sabotovat celkový vliv a autoritu rodiče či ošetřovatele. (SWANGO-WILSON, 2011) Rodiče lidí s mentálním postižením svou přehnaně protektivní výchovou brání naplňování sexuálních práv. A z tohoto důvodu často nejsou nakloněni sexuální výchově. Zaměstnanci by si tento postoj rodičů měli uvědomovat a respektovat ho. (ŠTERBOVÁ, 2007, s. 50) To dokládá i vyhodnocení dotazníkového šetření mezi rodiči mentálně postižených osob k problematice sexuality. (PLESNÍKOVÁ, 2004) V něm mimo jiné odpovídali na otázku, jestli by jejich potomek měl mít možnost žít v partnerství. Ano si myslí 92 respondentů, ne 48, neví 5 a nevedlo odpověď 28 respondentů. Na otázku jestli by jejich dítě mělo mít možnost uzavřít manželství, odpovědělo 52 respondentů ano, 48 ne, 10 neví, 22 nevedlo. A na otázku, jestli by jejich potomek měl mít možnost mít dítě, odpovědělo pouze 11 rodičů, že ano, proti je 141.

Ošetřující osoby jsou velmi důležité tím, že definují přiměřený osobní prostor a ne/přiměřené chování, které překračuje svobodu ostatních lidí. Role ošetřovatelů pro rozvoj pozitivních sociálních návyků je rozhodující. (SWANGO-WILSON, 2011) Postoje ošetřovatelů k sexualitě jejich klientů odhaluje SPILKOVÁ (2004) ve vyhodnocení dotazníkového šetření mezi 358 pracovníky Ústavů sociální péče v ČR. Respondenti na otázku, mají-li lidé s mentálním postižením právo na sex, odpověděli v 83 procentech, že ano, 13 procent neví a 1 procento respondentů si myslí, že nemají právo na sex. Právo na partnerské soužití akceptuje 82 procent respondentů, 15 procent neví, 3 procenta toto právo nerespektuje. Právo na manželství uznává 48 procent pracovníků, neví 28 procent a 24 procent toto právo neuznává. Právo na rodičovství mají pouze podle pěti procent respondentů, oproti 57%, kteří si myslí, že toto právo nemají, ostatní neví. Se sexualitou mentálně postižených pracuje 34,2 procent respondentů. Tato práce se uskutečňuje formou poradenství ve 3 procentech, besed v 10 procentech, důvěrnictví v 18 procentech, trénink psychosexuálních dovedností provádí jen 1 procento pracovníků.

Je žádoucí, aby se personál v oblasti sexuality vzdělával. Nelze však očekávat, že by každý pracovník v přímé péči řešil s klienty jejich problémy se sexualitou. Už vůbec nelze očekávat, že by takový přístup byl jednotný. Proto se doporučuje v organizaci určit jednoho (nebo více) odborníka na

práci se sexualitou (sexuální důvěrník), který bude vyškolený a bude se klientům kvalifikovaně věnovat. Jednotný přístup k tomuto tématu ze strany pečujícího personálu, zajistí v organizaci tzv. Protokol sexuality. V něm by měly být stanoveny kompetence sexuálního důvěrníka i pečujícího personálu. (THOROVÁ, 2012, s. 75) Zpravidla základní poradenství v oblasti sexuality poskytují pracovníci v přímé péči podle své ochoty a schopnosti toto téma řešit. V komplikovanějších případech problém řeší sexuální důvěrník, externí psycholog, gynekolog nebo sexuolog. (THOROVÁ, 2012, s. 78)

4.3 Základní předpoklady pro realizaci vzdělávání v oblasti sexuality a vztahů

Při realizaci sexuální výchovy není možné postupovat podle přesných návodů, i kdyby takové existovaly. Přesto lze v obecné rovině postupovat při zavádění sexuální výchovy v nejrůznějších typech sociálních služeb podle následujících kroků. (KOZÁKOVÁ, 2004)

Vytvoření obecných podmínek pro realizaci sexuální výchovy v konkrétní sociální službě. Základní podmínkou pro realizaci sexuální výchovy je koedukovanost¹⁷ zařízení, a ochota k naplňování idey humanizace sociální péče a integrace lidí s mentálním postižením do společnosti. Integrace je velice důležitá pro rozvoj sociálně-sexuálních vztahů, partnerství i osobní rozvoj, vede k osamostatňování a větší péči o sebe. Další důležitou podmínkou je zřizování (modernizování) budov tak, aby klienti mohli naplňovat své sexuální potřeby v soukromí a neobtěžovali tím ostatní klienty. Toto jsou základní pilíře, bez jejichž naplnění nelze v zařízení sociální péče účinně realizovat sexuální osvětu.

Vytvoření konkrétních podmínek pro realizaci sexuální výchovy v konkrétní sociální službě. Druhou podmínkou pro realizaci sexuální osvěty, poradenství a ochrany před sexuálním zneužíváním je vytvoření a zavedení rámce, souhrnu vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, podle kterých se budou všichni zaměstnanci řídit. Nejčastější forma, která je v ČR zaváděna po vzoru např. Holandska, je tzv. Protokol sexuality. Ale směrnice a pokyny pro práci se sexualitou mohou být zařazeny i do jiných vnitřních dokumentů organizace, např. do pokynů pro personál.

Jednotlivé organizace, poskytující sociální služby (zejména pobytové), by měly mít jasně formulované postoje k sexualitě svých klientů, kterými by se měli řídit všichni zaměstnanci, a to ve formě protokolu sexuality. Protokol o sexualitě a vztazích u nás zatím nemá legislativní zakotvení, přesto takový dokument začínají zavádět moderní poskytovatelé sociálních služeb.¹⁸ Každý protokol o sexualitě musí vycházet zejména z mezinárodně uznávaných dokumentů, jako je např. Všeobecná deklarace lidských práv a svobod (charta OSN, 1948), Deklarace práv mentálně postižených (OSN,

¹⁷ Koedukace je společná výchova, společné vyučování chlapců a děvčat (AKADEMICKÝ Slovník, 2006, s.) Vztaheno na podmínky sociální péče se tímto termínem míní společné soužití chlapců a děvčat, mužů a žen. Opakem koedukovaného zařízení jsou tzv. nekoedukovaná zařízení, kde žijí pohromadě pouze příslušníci stejného pohlaví a také personál bývá téhož pohlaví.

¹⁸ Jako první u nás vypracovala protokol sexuality pro své potřeby organizace Klíč (Olomouc).

1971), Charta sexuálních a reprodukčních práv (IPPF, 1995) nebo Charta sexuálních práv (Valencia 1997). Dokument musí být také v souladu se standardy kvality sociálních služeb (MPSV, 2002). (ŠTĚRBOVÁ, 2007, s. 53)

Speciální příprava cílových skupin sexuální výchovy. Záleží na historii sexuální osvěty v konkrétním zařízení sociální péče, jak moc je třeba adresáty sexuální výchovy připravovat. Pokud v daném zařízení dosud žádná sexuální výchova neproběhla, je vhodné zmapovat názory a očekávání všech zúčastněných. Sexuální osvěta by měla probíhat kontinuálně, nestačí jedno školení pro celý chod organizace na příštích několik let. Speciální problémy s učením a pamětí u lidí s mentálním postižením vyžadují časté opakování informací. Důležité je i předávání informací a zkušeností mezi zaměstnanci a odborníky na sexualitu. Každý nový pracovník by měl dostat základní informace o sexualitě lidí s mentálním postižením a dodržovat postoj organizace stanovený v protokolu sexuality, nebo jiném materiálu obdobné hodnoty.

Sexuální osvěta a výchova jedinců s mentálním postižením. Základní forma sexuální osvěty je edukace ve skupině. Výhody jsou v tom, že školitel získá přehled o úrovni znalostí, prožívání a přání, téma se odtabuizuje, klienti se naučí používat vhodné termíny. Skupinové školení je vhodné použít pro základní témata sexuální výchovy, aby opadl stud mezi účastníky. Na skupinovou osvětu navazuje individuální poradenství. To se zaměřuje více do hloubky problému, a hlavně vychází z požadavků jednotlivce a reaguje na ně.

4.4 *Témata (okruhy) sexuální výchovy lidí s mentálním postižením*

Pro porovnání uvádím témata sexuální výchovy lidí s mentálním postižením, jak je definují tito autoři ŠTĚRBOVÁ, THOROVÁ, SWANGO-WILSON A WALKER-HIRSCH. Ve výsledné komparaci se od sebe výčet témat příliš neliší. Sexuální výchova by měla obsahovat základní informace o sexualitě, poznatky z anatomie, fyziologie, informace o pohlavní dospělosti a reprodukci. Komplexní program sexuální výchovy musí zahrnovat i diskuze o vztazích, komunikaci a vzájemném respektu partnerů. Je nutné také zdůraznit riziko pohlavně přenosných chorob a způsoby prevence početí, stejně jako důsledky nechráněného pohlavního styku. (s. 37) ŠTĚRBOVÁ upozorňuje i na to, že některé programy sexuální výchovy zahrnují či vylučují tzv. kontroverzní témata, jako je homosexualita, transsexualita či sexuální abstinence atd. Pro každého může být kontroverzní téma jiné, ale „obsah programu může diktovat a tím i ovlivňovat budoucí pocity a postoje k sexu.“ (2007, s. 39)

SWANGO-WILSON, (2011) pomocí otevřených rozhovorů s lidmi s mentálním postižením¹⁹ hovořila o smyslu programů sexuální edukace. O tom, co by mělo být jejich součástí a jaké je jejich

¹⁹ vybraných z řad sebeobhájců na Aljašce

očekávání. Účastníci se shodli na třech hlavních tématech, která by chtěli probírat při programu sexuální výchovy:

- a) **Vytváření přátelství.** Účastníci přátelství dokázali definovat slovy: důvěra, spolehlivost, důvěryhodnost, schopnost mluvit o problémech. Byli schopni reprodukovat informace, které se dozvěděli v sexuální výchově, ale s neúplným pochopením. Necháпали plně obsah pojmu důvěra, ani přátelství. Považují za přítele každého, kdo je k nim vlídný.
- b) **Rozvoj dlouhodobých vztahů a manželství.** Termíny jsou pro ně abstraktní, i když vyjadřují potřebu mít stálého partnera, nebo ho už mají. Byl vznesen návrh, že by zde měl být nějaký reálný pár lidí, kteří by jim povídali o sbližování a partnerském životě.
- c) **Bezpečná intimita.** Jak použít kondom, základní informace o pohlavním styku a o pohlavně přenosných nemocech.

THOROVÁ, (2012, s. 77) stanovuje několik hlavních doporučených okruhů sexuální edukace. Je to normalizace sexuality a její pozitiva i negativa, rozdíly mezi pohlavími v oblasti fyziologické i genderové, intimní tělesné partie, intimní chování a aktivity, intimní verbální projev a témata, základy hygieny a zdravotní prevence sexuálního zneužívání a sexuálního obtěžování. Důležitým okruhem je diskuze o vztazích, přátelství, partnerství, manželství, sexu, antikoncepci a rodičovství.

Podrobně popisuje jednotlivá témata sexuální edukace a podpory k rozvoji sexuálního zdraví WALKER-HIRSH (2007, s. 32 - 51):

1. **Péče o sebe v dospělosti.** Sebeobsluha dospělých lidí se týká oblékání, toalety, péče o svůj vzhled a sexuální hygieny. Jedná se o standardní a konkrétní oblasti sexuální výchovy. Behaviorální psychologie pro dosažení těchto cílů používá metody, jako je analýza úkolů, opakování, formování chování a odměna. Tím lze úspěšně docílit přibližování se a dosahování konkrétního cíleného chování. Vlastní péče není kontroverzní oblastí, proto bychom se neměli setkávat s překážkami způsobenými předsudky okolí. Každý se musí naučit, jak se osprchovat a použít toaletu, společně se souvisejícími sociálními dovednostmi, např. rozlišovat pánské a dámské toalety, umýt si ruce po použití toalety atd.

2. **Anatomie a fyziologie.** Toto téma zahrnuje pojmenování částí těla, jako je penis, vulva, vagína, šourek, konečník, žláza, a znalost normální funkce reprodukční soustavy. Pro jednotlivce je velmi důležité vědět, jak jejich vlastní orgány pracují a jak je pojmenovat. Znat sexuální termíny nebo jejich dospělé slangové ekvivalenty, je nezbytné k tomu, abychom mohli mluvit o svém těle, přesvědčit se, zda jsou jeho funkce zdravé a normální, moci sdělit jakýkoli sexuální zásah, zneužití nebo zdravotní problémy. V neposlední řadě je potřeba osoby s mentálním postižením poučit o soukromém charakteru tohoto tématu a naučit je rozlišovat bezpečný prostor pro hovor i projevy sexuálního chování.

3. **Zplnomocnění (posílení osobní zodpovědnosti).** Zplnomocnění se zakládá na sebeúctě, nezávislosti, osobní preferenci, osobních hodnotách a procesu rozhodování. Je to síla a jistota, která nám pomáhá vyjádřit své osobní preference a určit směr našeho životního stylu. Lidé, kteří mají určitou kontrolu nad možností volby svého životního stylu, vykazují charakteristiky, které jsou

spojené s dobrou sebeúctou. Jako je pozitivní působení a zdvořilé sociální chování, udržování očního kontaktu, jsou také více přátelští a pozitivně motivovaní.

Lidé s mentálním postižením musí pochopit, že to, co se děje dnes, má své následky zítra. Příležitost vyjádřit preference v praxi znamená činit malá rozhodnutí s malým rizikem. I to je důležitým krokem k zodpovědnosti. První rozhodnutí by měla být respektována a podporována, kdykoliv je to rozumné. Neměla by být vyjádřena kritika těchto preferencí, ledaže je pravděpodobné, že výsledek bude nebezpečný. Rozhodnutí dospělých lidí s mentálním postižením by měla být podporována důvěryhodnými osobami, aby sami postupně získali větší schopnost chápat důsledky svých rozhodnutí. Pomalý proces přebírání zodpovědnosti by měl začít ideálně už v útlém dětském věku, ale je potřeba u lidí s mentálním postižením podporovat rozvoj samostatného rozhodování i v dospělosti. Dokonce i osobám, které nebudou nikdy schopny předvídat důsledky svých činů, může být poskytnuta podpora bez zbavování autonomie se zachováním přiměřené bezpečnosti.

Riziko zplnomocnění můžeme snížit například přípravou klientů na neznámé situace. Úspěšné je prakticky nacvičovat konkrétní neznámé situace, zkoušet a hrát role. Přijímání přesných informací od důvěryhodné autoritativní osoby představuje výchozí bod pro zklidnění úzkosti a získání lepší kontroly nad situací. (WALKER-HIRSCH, 2007, s. 20)

4. Vztahové dovednosti. Nalezení, pěstování a udržování vztahů může být nejobtížnější z lidských úkolů. Rané přátelství a vztahy s rodinnými příslušníky jsou vynikající pro rozvoj dovedností jako je asertivita, diskutování, sociální jednání, kompromis, empatie a péče. Naučit se přijímat a odmítat, dovolit či zamítnout a respektovat odlišný názor je užitečné asertivní chování i při složitějších situacích v dospělosti. Pro zlepšení či rozvíjení sociálních vztahů je důležité pomoci člověku s MR pochopit hodnotu přátelství. Jak získat, mít přítele a být přítel, je důležitým aspektem sociálního rozvoje a sexuální výchovy. Poradci poskytující službu by měli mít přístup k telefonním číslům a kontaktním údajům na místní organizace, které zprostředkují zapojení do kolektivu, seznámení nebo smysluplné trávení volného času. Zatímco milující rodina je samozřejmě důležitý aspekt sociální a emocionální podpory, není náhradou za přátelství s vybranými kolegy. Jedinci, kteří jsou ochuzeni o přátele, mohou být tolerantnější k manipulování a zneužívání, protože předpokládají, že takový vztah je lepší než žádný. Naučit se, jak získat přítele a být přítelem, i paralelní přehrávání činností, snižuje depresivní pocity z vyloučení a izolace. Sdílení, péče, spolupráce, pomoc a podpora je pět základních vzdělávacích aktivit, které je třeba se učit, upozorňovat na ně, chválit a odměňovat za tyto projevy mezi klienty. (WALKER-HIRSCH, 2007, s. 20)

Vztahy, které jsou vzájemné, nezahrnují zneužívání, přidávají velkou radost a vzrušení do života. Nejúspěšnější romantické páry jsou obvykle ty, ve kterých partneři mají rádi společnost toho druhého, mají podobné intelektové schopnosti a pohled na svět, mají nějaké společné zkušenosti a zážitky a mají podobný nebo překrývající se životní styl.

5. Sociální dovednosti. Sociální dovednosti jsou chování a konvence, prostřednictvím nichž komunikujeme s okolím, klidným, sympatickým způsobem sdělujeme své postoje a potřeby. Dobré

sociální dovednosti zaručují přijetí v komunitním prostředí a poskytují společný způsob komunikace. Běžné sociální dovednosti, jako říkat „prosím, děkuji, ahoj, sbohem“, použít kapesník, vědět, jak prostříť stůl, by měl znát každý člověk. Intimních sociálních dovedností často nejsou obsahem osnov všeobecné sexuální výchovy. Často jsou tyto dovednosti ponechány až organizacím, které poskytují služby klientům s mentálním postižením v dospělosti. Proto by v nich měl být zaměstnán sexuální pedagog nebo jiný pracovník, který nese tuto odpovědnost. Přímé poučení o veřejných i soukromých sociálních / sexuálních dovednostech, má zásadní význam pro bezpečnost a blaho jednotlivce s mentálním postižením. Nejúčinnější metodou pro rozvoj sociálních dovedností je integrace a inkluze. Důvěra, že jsme součástí větší skupiny, je důležitá opozice proti sociální izolaci.

6. Sociálně-sexuální práva a možnosti. Sociální a sexuální práva jsou v každé zemi jiná. WALKER-HIRSH (2007, s. 32 - 51) Podrobně jsem se tímto tématem zabývala v kapitole Práva lidí s mentálním postižením v souvislosti se sexualitou. V současném kontextu práv, lidé s mentálním postižením mohou žít svobodný sexuální život. Mezinárodní právo chrání práva lidí s mentálním postižením. Aby bylo možné žít sexuální život, potřebují lidé s mentálním postižením pravidelný společenský život. Proto, aby se mohli spřátelit, vzdělávat o sexualitě a jejich vlastních tělech, umět vyjádřit své sexuální potřeby, mít příležitost pro sexuální chování a vztahy, soukromí a právo dělat chyby. Ochrana osobních sexuálních práv musí zahrnovat poskytovatele služeb, kteří mají politickou podporu. Podpora lidí s mentálním postižením žít plnohodnotný život znamená, podporovat je k prožívání plnohodnotného sexuálního života. Jasně pokyny kolem sexuality a sexuálního vyjádření uživatelů služeb, pomáhají pracovníkům cítit oporu, identifikovat úlohu rodiny a poskytovatelů služeb, a lidem s mentálním postižením pomáhá cítit respekt. I když politické přínosy nejsou bezprostřední, může politika přímo ovlivnit obtížná témata, jako jsou sociální vztahy s personálem, fyzické interakce, přístup k sexshopům, podpora sociálních příležitostí atd. (GOMEZ, 2012)

4.5 Pomůcky a techniky pro sociální práci se sexualitou

Pro pochopení intimní zóny a nácvik vztahových dovedností, představuje WALKER-HIRSCH (2007, s. 44-46) užitečnou edukační metodu **The Circles (Kruhy)**²⁰. Tento vzdělávací program má umožnit poznat pravidla společenského života. Je to multimediální program, který používá mnoho učebních strategií, pro pochopení abstraktních konceptů vztahů konkrétní cestou. Osnovy zahrnují videa, krátké příběhy, názorné pomůcky, diskuze, výuku ve dvojicích, umělecké techniky, hraní rolí. Tvůrci (WALKER-HIRSCH, CHAMPAGNE) tyto praktiky doporučují použít u tématu sociálního rozvoje a vztahů pro lidi s MR. Autorka představuje základní pomůcku, schematický duhový kruh (mapka/obrázek), z kterého se celý vzdělávací program Kruhy odvíjí. Šest barevných kruhů soustředných do sebe představuje sociální vzdálenosti, osobní prostor, hranice vztahů a úroveň

²⁰ Zmínku o podobné technice jsem zcela nezávisle našla i u autorů (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 72)

intimity. Ve středu kruhu jsem já sám, každý následující barevný kruh představuje chování, pocity a činy odpovídající vzdálenosti od centra, neboli ode mě. Program pomáhá rozlišovat různé stupně intimity a tak přizpůsobit své chování odpovídajícím způsobem. Studenti jsou vyzváni, aby přemýšlely a diskutovaly nad vhodnou úrovní hovoru, důvěry a dotyků pro každý kroužek. To poskytuje konkrétní odkaz na jinak subjektivní a neurčité pojmy, které může být pro osoby s mentálním postižením²¹ obtížné plně pochopit. Program Kruhy může být přizpůsoben práci ve skupině i individuálním potřebám klienta a/nebo k řešení konkrétních problémů (např. nevhodné dotýkání, mluvení s cizími lidmi).

Barevné kruhy a jejich významy²²

1. **Soukromý fialový kruh.** Každá osoba je ve středu svého kruhu. Vy jste nejdůležitější člověk ve vašem světě. Duhová mapka je okolo každé osoby, i když není vidět, a tak nejenom vy jste ta nejdůležitější osoba, ale stejně i všichni ostatní. Nikdo se vás nesmí dotknout, pokud to nechcete. Jste ve svém privátním kruhu, pokud jste sami, je to místo jen pro vás. Doména soukromí každého člověka, a každý se musí naučit to respektovat. Každá osoba má jistou část sebe, o které se ostatní nikdy nedoví. Jakmile vidíte někoho jiného, přesouváte se do jiného kruhu.

2. **Modrý rodinný kruh.** Existuje jen velmi málo lidí, se kterými jste si velmi blízcí a objímáte se. Je zde například vaše matka, otec, bratr, sestra, přítelkyně nebo přítel. Někdy zde mohou být i ostatní členové rodiny (prarodiče, tety a strýcové) v závislosti na tom, jak blízký máte vztah. Část osnov zahrnuje vytvoření vlastní nástěnky s reálnými postavami vlastního života.

3. **Zelený kruh přátelství.** Sem patří také jen několik málo lidí, kteří si jsou blízkými přáteli. Mohou to být přátelé, vzdálená rodina nebo lidé, kteří nahrazují rodinu. S nimi můžete být běžně ve fyzickém kontaktu. Například při poplácání po zádech, nebo přátelském, ne intimním objetí. Zde by měl být brán zřetel na vymezení hranic fyzického kontaktu.

4. **Žlutý kruh známých lidí.** Potkáváte mnoho lidí třeba i každý den, kteří se o vás zajímají a vy o ně, ale nejsou to přátelé, spíš známí. S nimi si většinou jen podáme ruce a více se nedotýkáme. Můžeme si s nimi povídat, nebo je jen pozdravit. Není zde mnoho vzájemné důvěry.

5. **Oranžový kruh komunitních pracovníků.** Máte ve svém životě dospělé lidi, kteří jsou zde, aby vám pomáhali. Tito lidé vás mohou poznat velmi dobře. Je to například váš učitel, pracovník sociální nebo zdravotní péče, trenér, lékař apod. Někdy se tito lidé mohou stát důležitou součástí vašeho života. Ale vy rozhodnete, jakým způsobem budou ovlivňovat váš život. Můžete jim říct "stop", pokud vám nebudou jejich zásahy a dotyky připadat komfortní.

6. **Nebezpečný červený kruh neznámých lidí.** Existuje mnoho lidí, které vídáte, ale vůbec je neznáte. S cizími lidmi nemusíte konverzovat. Někdy je vhodné říct například „dobrý den“, „promiňte“, nebo ze zdvořilosti podržet dveře. Ale není vhodné se dotýkat cizích lidí, a oni se nemají dotýkat vás. Vy rozhodnete, kdo se vás může dotknout, kdy říci "stop" nebo kdy odejít.

²¹ i autismem a jinými vývojovými poruchami

²² obrázek, jak má vypadat Circles, jsem umístila do Přílohy

Míra mluvení, důvěry a dotýkání je v každém kruhu jiná. Můžete se rozhodnout, jakou úroveň konverzace, dotýkání a důvěry umožníte lidem, které máte ve svých různých barevných kruzích. Každá úroveň se liší v závislosti na míře intimity, která je požadována, nebo dávana.

Vhodnou technikou pro nácvik odmítání a obrany před sexuálním obtěžováním je hra „**Co kdyby...**“ Při této hře vyučující klade nejdřív jednoduché otázky a postupuje k obtížnějším, tak aby bylo jasné, že jedinec ví, jak má na fiktivní situace reagovat. „*Vhodné je i jednotlivé situace prakticky nacvičovat.*“ (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 72) Podobný princip jsem využila v části nahrávaného rozhovoru s klientkou chráněného bydlení:

Jak dáte najevo, že vás cizí člověk obtěžuje? Například, kdyby si k vám cizí člověk přisedl tady na náměstí, na lavičku a sáhl vám na stehno. Co byste udělala?

„*Řekla bych, nechte mě být.*“

Udělal byste ještě něco?

„*Odešla bych.*“

O co dál, kdyby šel za vámi?

„*Tak to nevím.*“

Máte u sebe mobil? Komu byste mohla zavolat?

„*Jo. Asistentovi, nebo policajty.*“

Správně. A když byste odešla, kam byste šla?

„*Domů.*“

Šla byste spíš někam, kde jsou lidé, nebo kde nejsou?

„*Kde jsou lidi.*“

Ano, to je bezpečnější. Řeknete někomu o pomoc?

„*Řeknu, že mě obtěžuje nějaký chlap...a když tak zavolám asistentovi.*“

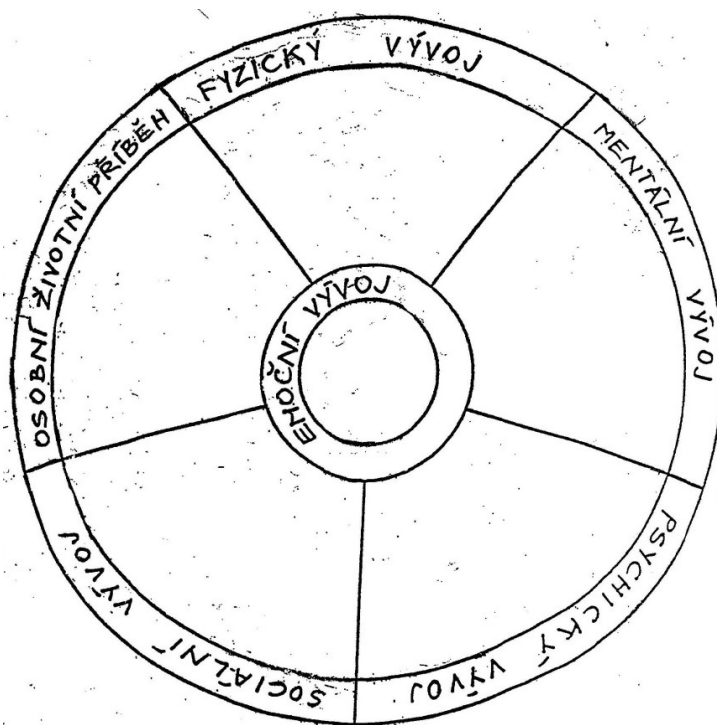
Komu se svěříte, pokud se vás bude cizí osoba dotýkat na intimních místech?

„*Asi asistentovi, nebo vedoucímu bytu.*“

Další užitečnou pomůckou při individuální práci se sexualitou klienta je **Hermeneutický kruh** podle EISNERA (2011). Je to diagnostický nástroj, který pomáhá odborníkovi k navržení správného řešení individuálního problému klienta. Pomocí tohoto kruhu zohledníme všechny aspekty osobnosti, které sledujeme vzhledem k sexualitě. Tento kruh je vhodné vypracovat pro každého klienta, se kterým pracujeme dlouhodoběji (více než dvě sezení).

Jednotlivé komponenty Hermeneutického kruhu:

1. **Fyzický vývoj** obsahuje pohlavní zralost, vývin, funkce a vzhled pohlavních orgánů, zdravotní stav, nemoci, medikaci, celkovou hybnost, schopnost kopulačních pohybů nebo masturbace.



Obrázek č. 1²³

2. **Mentální vývoj** zahrnuje stupeň mentální retardace a reálné kognitivní schopnosti (př. čtení, psaní, počítání, úsudek...)
3. **Psychickým vývojem** jsou míněny osobnostní a charakterové vlastnosti. Zvažuje se i psychiatrická diagnóza a vliv medikace.
4. **Sociální vývoj** vyjadřuje zejména sociální schopnosti, zájmy a sociální vliv okolí.
5. **Osobní životní příběh** by měl zahrnovat rodinou anamnézu a důležité životní události.

Těchto pět složek osobnosti utváří u každého člověka jiný emoční vývoj. **Emoční vývoj** je středem kruhu, protože je nejdůležitější pro prožívání osobních vztahů a sexuality vůbec. Tato metoda pomáhá k pochopení celistvosti klienta. (EISNER, 2011)

Užitečnou pomůckou při dlouhodobé práci s klientem je odměňování a připomínání úspěchů. Lidé s mentálním postižením ve formování vztahů často zažívají neúspěchy a odmítnutí, ale jistě zažívají i úspěchy. Tyto úspěchy by měly být uchovány pro lepší zapamatování ve formě fotografie, ocenění, článku z novin či zpravodaje, osobního diáře. Pokud prezentujeme ocenění či fotografie zaznamenávající úspěch, umožní to vzpomenout si na pozitivní životní zkušenost a pocit dosažení úspěchu. Každý úspěch zasévá půdu pro další a může poskytnout potřebnou odvahu pouštět se do nových vztahů i po zkušenosti neúspěchu. (WALKER-HIRSCH, 2007s. 20)

²³ převzato z EISNER, P. *Materiály ke kurzu: Sexualita lidí s mentálním postižením I. a II.* Praha: o.p.s. Pohoda, nepublikovaný text, 2011

5 Předpoklady pro sociální práci se sexualitou v chráněném bydlení

5.1 *Kompetence odborníka na sexualitu a zázemí organizace*

Stejně jako u nadřazeného pojmu sexuální vzdělávání, ani zde se odborné texty neshodují na pojmu, který by označoval specialistu, který se v praxi zabývá intimitou klientů a jejich edukací. V literatuře najdeme pojmy sexuální důvěrník, poradce, školitel, odborník, profesionál, specialista na sexualitu lidí s postižením. Zejména v anglické literatuře najdeme různorodá pojmenování. Já níže užívám názvosloví v souvislosti s citovanými autory.

„Abychom mohli vzdělávat, musíme se být vzděláni, mít informace, zkušenosti a přehled. Vzdělání v oblasti sexuality osob s mentálním postižením umožní všem zainteresovaným být jisti v otázkách sexuality.“ (ŠTĚROVÁ, 2009) Odborník musí být schopen rozpoznat potenciály klientů a vlivy působící na jejich sexualitu a vztahy. Musí používat vzdělávací pomůcky k rozvoji různých účastníků, mít znalosti k porozumění individuálním potřebám, zkušenosti z životního prostředí klientů. Měl by se snažit maximálně zefektivnit program sexuálního vzdělávání a tím uživatelům umožnit uspokojivější život. (SWANGO-WILSON, 2010) Odborníci²⁴ mají důležitou roli v úsilí o potlačení zranitelnosti osob s mentálním postižením. Mají schopnosti zvýšit vzdělání a pomoci klientům získat nové zkušenosti, tím snižují rizika. Rovněž mohou ovlivňovat vzdělání ošetřovatelů a tato vzrůstající vzdělanost může vést k prevenci, častější identifikaci a terapii sexuálního zneužívání či útoku spáchaných na lidech s mentálním nebo vývojovým postižením. (SWANGO-WILSON, 2011)

Schopnosti odborníka na sexualitu lidí s mentálním postižením podle EISNERA (2011):

- a) stanovit si a udržovat své hranice (duševní hygiena)
- b) vyjasnění rolí, pozic, úloh ve vztahu k zakázce a klientovy
- c) být schopen otevřeně a s jistotou mluvit o sexu a vztazích
- d) nepřednášet, ale doptávat se, snažit se klienta co nejvíce zapojit
- e) hledání a diagnostika příčin, důvodů problému, frustrace, snaží se o pochopení celistvosti klienta např. použitím Hermeneutického kruhu
- f) získat důvěru a vytvořit bezpečný prostor pro rozhovor
- g) schopnost vést individuální rozhovor i vést skupinové vzdělávání
- h) dávat příklady ze své praxe nebo života (otevřeně, ale bez osobních intimních podrobností)
- i) umožnit klientům informovanou volbu
- j) seznámit klienty s riziky a předávat jim odpovědnost
- k) nehodnotit názory a potřeby klienta, nevměšovat se
- l) nastavovat sociální hranice

²⁴ v originále je termín Behavioral health professional

- m) nezaměřovat se příliš na odlišnost klienta a detaily jeho pohlavního života, není předmětem naší zvědavosti. Pozor na patologizování odlišného chování.
- n) používat názorné pomůcky²⁵ (ne pornografický materiál)
- o) informovat o technikách antikoncepce, hygieně, masturbace, pohlavního styku...
- p) důsledně dodržovat mlčenlivost při sdílení intimních informací
- q) ukotvení pravidel pro práci se sexualitou klientů nejlépe v Protokolu sexuality.

Sexuální poradenství osobám s mentálním postižením může poskytovat jak pracovník v přímé péči s klientem, tak i vyškolený odborník v organizaci, nebo externí specialista. Kdo poskytne poradenství a na jaké úrovni, můžeme určit podle BURTOVÉ. Ta rozděluje podle druhu a vážnosti problému poradenství do čtyř úrovní:

Permission (povolení). Tuhle základní úroveň intervence může poskytovat každý pracovník v přímé péči. Není potřeba speciální školení, ale předpokládá se dodržování norem a hodnot organizace, jak jsou stanoveny v protokolu sexuality.

Limited Information (omezené informace). Předpokládá hlubší zainteresování a do oblasti sexuality lidí s mentálním postižením a identifikaci s filozofií poskytovatele služby v oblasti sexuality klientů.

Specific suggestions (konkrétní návrhy). Poradce musí zvládat obě předchozí úrovně, být speciálně proškolen v sexualitě lidí s mentálním postižením a být schopen účinně komunikovat s klientem o jeho problému. Poradce v této úrovni musí být schopen klientovy poskytnout individuální a kontinuální podporu.

Intensive therapy (Intenzivní léčba). Jedná se o individuální terapeutický program. Poradce by měl být odborník, nejlépe sexuální terapeut, psychoterapeut, behaviorální, nebo rodinný terapeut a současně by měl znát specifika lidí s mentálním postižením a umět s nimi komunikovat. Pokud terapeut nemá zkušenosti s lidmi s mentálním postižením, může být zvolena forma tzv. zprostředkujícího poradce. Tím se stává člověk blízký člověku s mentálním postižením. Pomáhá terapeutovy při komunikaci s klientem a klientovy poskytuje podporu. (BURTOVÁ, 1998. sec. cit. In ŠTĚRBOVÁ, 2007, s. 47, 48)

Australský model programů sexuálního vzdělávání popisují autorky CHIVERS a MATHIESON (2000), ty se pokusily o definování kompetencí odborníka na sexualitu. Konzultovaly s lidmi, kteří se považují za odborníky z praxe, ti charakterizovali svou práci těmito druhy komentářů: „*Ne každý může pracovat v této oblasti.*“ „*Musíte být uvědoměli.*“ „*Musíte být správný druh člověka.*“ „*Musíte pracovat přes všechny své vlastní problémy.*“ „*Není možné popsat kompetence pro tento typ práce.*“ Tyto komentáře svědčí o to, že profesionál se má naučit „správným“ hodnotám a postojům, je povinen být úspěšný pracovník. Účastníci vnímají své zaměstnání jako subjektivně těžší, než má většina

²⁵ např. grafické listy nabízí společnost Pohoda

pomáhajících profesí. Tento model pomáhání, omezuje zaměstnance od vzájemné spolupráce s lidmi s postižením na určení a uspokojení jejich potřeb, přání. Odrazuje zaměstnance od vytvoření smysluplného pracovního partnerství. Pocity zmatku a frustrace jsou posíleny, a zaměstnanci jsou vzdáleni od pokusu o vyhovění potřebám osob se zdravotním postižením v oblasti sexuality. Pocit zodpovědnosti a nutnosti rozhodovat správně zbavuje klienty možnosti nést zodpovědnost za svá rozhodnutí.

Autorky uskutečnily školení pro zúčastněné profesionály, kteří pracují se sexualitou lidí s mentálním postižením. Pokusily se vytvořit alternativní přístup k učení, aby účastníci byli skutečnými aktéry vlastního učení. Tento přístup by měli přenášet do svých pracovních postupů s lidmi se zdravotním postižením. Účastníci byli vyzváni, aby kriticky přemýšleli o dominantním společenském mínění, a jakým způsobem ovlivňuje jejich praxi. V souvislosti s etickým a odpovědným využíváním síly a moci, uvažovali, jak zaměstnanci mohou spolupracovat s lidmi s postižením, když je mezi nimi nerovný poměr sil. Mnozí účastníci uvádí, že to bylo poprvé, co si uvědomili, že mají takovou moc v životech lidí. Autorky určily strategie pro školení profesionálů v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením. Na prvním místě je doporučení pro celou organizaci, usilovat o začlenění výcvikového programu do její kultury a podporovat své zaměstnance při práci se sexualitou. Kurz je možné uskutečnit na pracovišti i mimo něj. Seminář umožnil účastníkům využívat obrazný výukový materiál i distanční vzdělávací materiál, se zaměřením na otázky přímo související s jejich pracovištěm. Další strategií je použití hlasů osob se zdravotním postižením ve vzdělávacím programu. Různí lidé se zdravotním postižením vyprávěli své vlastní příběhy, které byly zapracovány do osnov prostřednictvím videa a písemného autobiografického materiálu. Důraz byl věnován i názorům, které definovaly sexuální intimitu nejen ve vztahu k penetraci. Polovina distančního vzdělávacího materiálu je doplněna účastí na supervizním setkání s jejich přímým nadřízeným nebo jiným zkušenějším zaměstnancem. Tím je účastníkům dána možnost iniciovat diskusi o pracovních postupech v rámci týmového prostředí, stejně jako využívat spolupráci mezi zaměstnanci včetně manažerů. Jako výsledek má personál příležitost demonstrovat své kompetence v souladu se standardem tréninkových znalostí, jak v obsahu, tak v praktických dovednostech. (CHIVERS, MATHIESON, 2000)

Při práci se sexualitou se objevují rizika a chyby ze strany odborníků, pečujících i vedení organizace. Nejčastější chyby jsou špatné vymezení a neudržení osobních hranic a pozic vzhledem ke klientovi, nesladěnost týmu v pojetí sexuality a v přístupu k sexualitě klientů, uplatňování soukromých norem a hodnot na život klientů. Nedostatečná podpora práce se sexualitou klienta ze strany vedení organizace naprosto znemožňuje sexuální edukaci. Vymezení postoje organizace k sexualitě uživatelů je základní stavební kámen sociální práce se sexualitou. Ze strany pracovníků organizace se nejčastěji objevují chyby jako diskriminace některých forem sexuality (př. homosexuality, transsexualita), povolení nepřijatelných projevů, protože je klient postižený, nebo používání sexuality jako nástroje k dosažení efektu (př. nechám ho sáhnout na prsa, aby šel nakoupit). Nevhodný přístup je přílišné

zaměřením na postižení uživatele, patologizace odlišného chování, volba řešení, které neodpovídá přání a možnostem klienta, či používání nesrozumitelného slovníku. (EISNER, 2011) U vyškolených pracovníků, poskytujících intervenci v oblasti sexuality a vztahů lidem s mentálním postižením, stoupá potřeba sdílení, týmové konzultace i konzultace s nezávislými odborníky. Ideálním řešením je supervize s odborníkem zaměřeným na toto téma. V České republice se jedná o okrajovou záležitost²⁶. (ŠTĚRBOVÁ, 2009)

5.2 Etické zásady sociální práce se sexualitou

Sociální pracovníci i pracovníci v přímé péči se často dostávají do situace, kdy musí samostatně rozhodovat, jak přistupovat k člověku s mentálním postižením. Tato profesní pravomoc a zodpovědnost má velký vliv na život jejich klientů, nejen v oblasti sexuality (ŠTĚRBOVÁ, 2007, s. 71) Pracovník je velmi mocnou osobou vůči konkrétnímu klientovi, protože je zástupcem zákona, státu a většiny proti menšině. Požadavek etiky vystupuje tím spíše, uvědomíme-li si moc pracovníka a křehkost vztahu s klientem. Pro oba je obtížné najít společnou řeč, dojednat si společnou práci a dojít uspokojivých výsledků. Oba mají své motivy, přání a potřeby, které vnašejí do setkání. Většina pozornosti by měla být věnována potřebám klienta, ale i pracovník může tímto procesem uspokojovat například potřebu být dobrý, být příslušníkem většinového názoru, být profesionál, mít moc, legálně ovlivňovat soukromí druhých, mít práci, která je těžko kontrolovatelná, být zaměstnaný a vydělat si na živobytí, být potřebný, nebo otevírat lidem cestu k lepšímu životu. Je otázkou etiky zabývat se potřebami, které pracovníka vedou k tomu, proč své zaměstnání dělá a jakým způsobem ho dělá. Každý pracovník v sociální péči by si měl na takové otázky průběžně odpovídat. Touto sebereflexí by měl dojít k respektování svých potřeb, ale ne jejich prosazování na úkor klienta. (ÚLEHLA, 2009, s. 113-115)

Dalším prostředkem boje proti zneužití moci sociálních pracovníků je etický kodex. „*Znalost etických teorií a hodnotové báze sociální práce, včetně etického kodexu, pomáhá sociálnímu pracovníkovi v situaci, kdy má řešit etický problém nebo dilema. Zároveň přispívá k identifikaci s oborem a k větší jistotě při provádění sociální práce.*“ (MATOUŠEK, *Metody a řízení...*, 2008, s. 47) Etický kodex sociálních pracovníků v ČR²⁷ vydala Společnost sociálních pracovníků v roce 1995. Kodex zahrnuje základní Etické zásady (1) sociální práce, jednat dle hodnot demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti, respektovat, jedinečnost každého člověka a právo na jeho seberealizaci, přispívat k řešení konfliktů mezi jednotlivci a společnostmi a dávat přednost profesním zájmům před osobními. Upravuje pravidla etického chování pracovníka (2) ve vztahu ke klientovi (2.1). Pracovník podporuje klienta k vlastní odpovědnosti, chrání jeho důstojnost, pomáhá bez jakékoliv diskriminace,

²⁶ Z vlastní zkušenosti vím, že ve společnosti Pohoda nabízí možnost konzultace a účasti na metodickém setkání, na téma práce se sexualitou lidí s mentálním postižením, pořádané několikrát ročně.

²⁷ Nebudu zde uvádět doslovné znění etického kodexu. Je dostupný například online: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

chrání právo na soukromí a důvěrnost sdělení, podporuje při využívání všech dostupných služeb a dávek, zapojuje klienty do řešení problémů. „*Sociální pracovník si je vědom svých odborných a profesních omezení.*“ Jsou zde upravovány také pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke svému zaměstnavateli (2.2), ve vztahu ke kolegům (2.3), ve vztahu ke svému povolání a odbornosti a ve vztahu ke společnosti (2.5). Etický kodex také upozorňuje na etické problémové okruhy, které vznikají z konfliktu odpovědnosti sociálního pracovníka vůči osobám, se kterými pracuje, kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením (2.6). (*Etický kodex sociálních pracovníků ČR, 1995*)

Vedle etického kodexu se může pracovník řídit hodnotami, zásadami a teoriemi pro sociální práci, které jsou definovány v odborné literatuře.²⁸ Často citovaný je NOVOSAD, který definuje etické zásady v poradenství a dalších pomáhajících profesích. Na prvním místě je kritičnost k oboru i k vlastní osobě a schopnost sebereflexe. Pomáhající pracovník má nelehký úkol, měl by si uvědomovat jeho náročnost a nepřeceňovat vlastní schopnosti ani znalosti. Za druhé by měl mít obětavost pod kontrolou. I sociální pracovník je jen člověk, potřebuje odpočinek, relaxaci, soukromí a vlastní život. „*Dlouhodobé preferování obětavosti a potlačování osobních zájmů je jednou z příčin syndromu vyhoření i naprostého duševního i fyzického vyčerpání.*“ Další etickou zásadou je snažit se nepreferovat odborný či osobní zájem na úkor zájmů klienta. Na to navazuje čtvrtá zásada, zabezpečení citových potřeb pracovníka, z důvodu ochrany klienta. NOVOSAD vyjmenovává potřeby pracovníka podobně jako ÚLEHLA a shodují se i v nutnosti reflexe těchto potřeb a pocitů. Základní předpoklady profesionální solidarity jsou vyjmenovány v páté zásadě. Jde o kolegiální, názorovou pluralitu, vzájemnou úctu, respektování zkušeností ostatních i předávání úplných, nezkrácených informací. Poslední etickou zásadou je respekt k důvěrnosti informací a údajů, mlčenlivost a profesionální tajemství. To je základní předpoklad k úspěšné práci s klientem. (NOVOSAD, 2000, s. 96-98)

Sociální práci se sexualitou, jak už bylo řešeno, poskytují pracovníci přímé péče i sociální pracovníci.²⁹ Je jejich profesní povinností řídit se podle etických zásad sociální práce. Intimnost a kontroverznost tématu k tomu ještě naléhavěji vybízí. V souvislosti s etikou sociální práce a sexualitou klientů, dává ŠTĚRBOVÁ do kontextu souhlas klienta se sexuálním vyjádřením. Je to nástroj, který poslouží poskytovatelům služeb k „*udržení rovnováhy mezi ochranou i bezpečím klientů a právem na jejich zdravé sexuální vyjádření.*“ (2007, s. 75) Pokud definujeme, jaké má klient schopnosti sexuálního chování, obrany proti sexuálnímu zneužívání a zda sám neobtěžuje jiné osoby, můžeme tím určit možná rizika a snažit se jim předcházet. *Škála znalosti lidské sexuality* a *Škála bezpečnostních praktik* (KENNEDY, 2003) se staly v Americe nezbytným nástrojem pro posouzení sexuální způsobilosti. Škála bezpečnostních praktik se užívá i jako zákonné kritérium informovaného souhlasu se sexuálním vyjádřením pro lidi s mentálním postižením.

²⁸ Přehled různých přístupů k etice sociální práce předkládá např. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce.* 2008. (s. 21 – 48)

²⁹ děleno podle Z 106/2008 O sociálních službách

Škála znalosti lidské sexuality:

- a) „Jedinec určí základní části těla.
- b) Jedinec určí vlastní pohlaví.
- c) Jedinec umí rozlišovat, co je typické pro muže a co pro ženy.
- d) Jedinec pozná mužské a ženské genitálie (na obrázku).
- e) Jedinec je schopen demonstrovat znalosti a základní funkce vztahující se k mužským a ženským pohlavním orgánům.
- f) Jedinec demonstruje porozumění a znalosti masturbace.
- g) Jedinec demonstruje znalost pohlavního styku.
- h) Jedinec umí rozpoznat významné důsledky sexuální aktivity.
- i) Jedinec prokáže znalost regulace porodnosti.
- j) Jedinec prokáže znalost o AIDS a o dalších sexuálně přenosných nemocech.
- k) Jedinec rozlišuje mezi vhodným a nevhodným místem pro sexuální aktivitu.
- l) Jedinec chápe a má představu o nezákonné sexuální aktivitě.“

Škála bezpečnostních praktik:

- a) „ Jedinec demonstruje preferenci některých lidí před jinými.
- b) Jedinec je schopen činit volby založené na preferencích.
- c) Jedinec je schopen efektivní bezpečnostní praxe.
- d) Jedinec efektivně sdělí další osobě, že se nechce účastnit aktivity.
- e) Jedinec je schopen odmítnout nechtěné nabídky nebo dotěrnosti.“

(KENNEDY. sec. cit. In ŠTĚRBOVÁ, 2007, s. 74)

V ČR neexistuje žádná obdobná zákonná norma ani profesní standard, který by řešil, zda je osoba s mentálním postižením schopná dát kvalifikovaný souhlas se sexuální aktivitou, či ne. „Pokud budou k dispozici vhodné diagnostické nástroje, bude docházet k minimu případů, kdy by bylo klientům zabráněno užívání si vzájemného sexu z důvodu, že poskytovatelé služeb nepřesně vyhodnotili touhy klientů nebo usoudili, že klientovo mentální postižení brání kvalifikovanému souhlasu.“ (ŠTĚRBOVÁ, 2007, s. 76) Takové opatření by mělo zabránit i opačným případům, kdy v důsledku neznalosti a nedostatku zkušeností člověka s mentálním postižením, dochází k jeho zmanipulování, či zneužívání.

Etické zásady i kodex jsou užitečné, ale zjednodušující modely, není zaručeno, že každý sociální pracovník je s nimi ztotožněn. Do profesionální práce se promítá celý pracovníkův přístup k životu a k lidem. Proto je stále nejdůležitějším imperativem úcta k člověku, jako vlastnímu účelu. (ÚLEHLA, 2009, s. 114)

5.3 Obecné podmínky pro sociální práci se sexualitou v chráněném bydlení

V předchozí kapitole jsem představila základní předpoklady pro realizaci vzdělávání v oblasti sexuality podle KOZÁKOVÉ (2004). Tyto obecné předpoklady aplikuji na službu chráněného bydlení. Pokusím se tak zjistit, jaké jsou v této službě možnosti práce se sexualitou. Z důvodu ochrany intimních informací o klientech jsem se domluvila s vedením Chráněného bydlení, že název organizace nebudu zveřejňovat.

Chráněné bydlení je moderní alternativou k ústavní péči. Přirozeně vychází z ideálu transformace a humanizace pobytových sociálních služeb. Je to jedna z forem péče (společně s podporovaným bydlením), do které by se postupně měla měnit všechna ústavní zařízení.

„Samotné uzavření nebo reprofilace ústavu je možné pouze v případě, je-li vytvořena dostatečná síť alternativních služeb v komunitě. Relativně nejsnazší cesta k tomuto cíli vede přes podporu stávajících poskytovatelů ústavní péče v transformaci poskytovaných služeb na služby chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení, vždy však s možností využití běžné sociální infrastruktury... Proces transformace musí také nabídnout možnosti dostatečného odborného vzdělávání.“ U chráněného bydlení nebo služby podpory samostatného bydlení je nutné udržovat nízký počet uživatelů v jednom bytě. Uživatelé bydlí v běžné zástavbě. Je podporována realizace běžných denních aktivit. Je podporována kvalita denního života uživatelů (respekt spoluobčanů, ekonomická nezávislost). Je umožněno využívání dalších veřejných služeb. *(Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb..., 2007)*

Hlavním cílem služby chráněného bydlení je právě integrace uživatelů služby do společnosti a sociálně terapeutické vedení k samostatnému životu. Integrace je zajištěna zejména tím, že byty nebo domy jsou v běžné zástavbě, a klienti chráněného bydlení využívají služby dostupné široké veřejnosti. Chodí nakupovat do obchodů v místě svého bydliště, navštěvují restaurace, zajdou ke kadeřníkovi nebo na masáž, kosmetiku, navštěvují lékaře v okolí, jezdí městskou hromadnou dopravou, potkávají se s cizími lidmi apod. Chráněné bydlení podporuje využívání dostupných služeb pro veřejnost. To je jeden z důležitých předpokladů integrace.

Podporu samostatnosti klienta zajišťují zejména pracovníci v přímé péči. V chráněném bydlení jsou to asistenti. Konkrétní klient má svého osobního asistenta, který ho dobře zná, má přístup k jeho osobním údajům. Asistent vede klienta k samostatnosti a pomáhá se zajišťováním jeho potřeb. Samozřejmě, že péči nemůže zastat jediný člověk, asistenti se v bytě střídají. Tým asistentů v konkrétním bytě nebo domě je tvořen většinou z osobních asistentů (klíčových pracovníků). Menší počet klientů na jednoho pracovníka v sociálních službách nepochybně umožňuje kvalitnější péči a plnění individuálních potřeb klienta, tím i humanizaci služeb. Chráněné bydlení umožňuje, aby se navzájem klienti dobře poznali a mohli vzniknout přátelské vztahy, což je základ pro vytvoření rodinné atmosféry. Vlastníkem bytu nebo domu může být sám klient nebo organizace poskytující službu. Byty mohou být i státní, ve společnosti vlastníků, nebo i soukromého majitele. Organizace

poskytující službu chráněného bydlení potom byt pronajímá klientům, kteří se podílí na hrazení poplatků spojených s užíváním bytu a poskytnuté péče. Je důležité, že chráněný byt umožňuje svým nájemníkům soukromí. Někdy mají samostatný pokoj, mohou být sami v koupelně, nebo mohou nastat chvíle, kdy jsou sami v celém bytě. Chráněné bydlení automaticky splňuje podmínky koedukovaného zařízení. Ani v nejmenším se nesnaží separovat klienty, ani zaměstnance od přístupu k opačnému pohlaví. V bytech společně žijí muži i ženy, podle vzájemných vztahů a míry poskytnuté podpory.

Je zřejmé, že již samotný charakter služby chráněného bydlení zajišťuje obecné předpoklady pro realizaci sociální práce se sexualitou. Předpoklady KOZÁKOVÉ (koedukovanost, humanizace, integrace, soukromí) by v každém chráněném bydlení měly být splněny.

5.4 Konkrétní podmínky pro sociální práci se sexualitou v chráněném bydlení

Konkrétní podmínkou je vytvoření pravidel pro sociální práci se sexualitou. Tyto pravidla bývají čím dál častěji, hlavně v chráněném bydlení, upraveny ve formě protokolu o sexualitě. Organizace rozdělují postupy v oblasti intimních i neintimních vztahů do dvou materiálů. „*V protokolu sexuality, intimacy a vztahů jsou uvedené pouze postoje a postupy, které můžeme použít u všech klientů bez rozdílu v mentálním handicapu a jejich životních zkušenostech. V individuálních plánech rozvoje vztahů jsou pak uvedeny postupy u jednotlivých klientů.*“ Protokol sexuality by měl zahrnovat šest oblastí: tělo a zdravotní péče; prostředí a soukromí klienta; postoje, normy a hodnoty organizace; vztahy; zajištění bezpečnosti; možnosti vzdělávání klientů i personálu v oblasti vztahů a sexuality. (THOROVÁ, 2012, s. 74)

KOZÁKOVÁ (2004) popsala, co má být v protokolu sexuality, v jiném pořadí a s trochu rozdílnými důrazy:

- a) Postoj zařízení k sexualitě a sexuální výchově klientů
- b) Témata osvěty (včetně konkrétního obsahu informací pro klienty)
- c) Způsob řešení možných důsledků sexuality (antikoncepce, těhotenství,...)
- d) Přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory (hranice vztahu klient asistent, hygiena)
- e) Osvěta a prevence (témata, prevence PPCH)
- f) Zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality (zodpovědnost všech pracovníků, kompetence sexuálního důvěrníka, spolupráce s odborníky a rodiči)
- g) Spolupráce s rodiči a zákonnými zástupci
- h) Postoj při sexuálním zneužití (podezření, hlášení, vyšetřování, pomoc a podpora...)
- i) Preventivní politika uvnitř zařízení (osvěta klientů i pracovníků)

5.5 *Protokol sexuality v praxi*

V následujících odstavcích představím skutečný protokol sexuality, tedy i pravidla pro práci se sexualitou v konkrétním chráněném bydlení. V následujících řádcích budu citovat a parafrázovat tento interní materiál. Současnou podobu Protokolu sexuality vytvářela pětičlenná skupina „sexuálních důvěrníků“, kteří byli vybráni z asistentů chráněného bydlení ve spolupráci s odborníky v oboru sexuality v průběhu roku 2009. Sexuální důvěrníci s tímto dokumentem seznámili všechny asistenty a individuálně i rodiče. Protokol sexuality slouží k sjednocení postojů asistentů i celé organizace k problematice sexuality dospělých lidí s mentálním postižením, klientů služby chráněného bydlení. V každém chráněném bytě je tento protokol dostupný všem asistentům, pro podporu práce s klientem v oblasti sexuality. Všichni asistenti svým podpisem stvrdí, že protokol četli, respektují ho a nebudou jednat v rozporu s ním.

Protokol je dokument, který by měl pružně reagovat na potřeby klientů i organizace. Není to neměnný dokument, naopak vyžaduje aktualizace a revize reagující na změny. Chráněné bydlení v současnosti připravuje aktualizaci a doplnění protokolu.

5.5.1 **Obecná část**

Obsahuje vymezení pojmu sexualita jako cenné součásti lidského života. Je zde také vymezen cíl a hodnoty, které organizace zastává. Organizace pomáhá klientům prožít sexualitu způsobem, který si sami zvolí, pokud to není v rozporu se zájmy jiných lidí. Přičemž platí, že „*všechny úrovně prožití sexuality jsou rovnocenné*“. Klientům je poskytnuta podpora v posilování právního vědomí a jejich obranyschopnosti proti zneužívání. Organizace respektuje a uznává práva dospělých lidí s mentálním handicapem na „*sebeurčení, sexuální prožívání a plánování rodiny*“ a podporuje jejich intimní vztahy. Ve shodě s kulturními normami organizace zastává názor, že dva lidé spolu mohou sexuálně žít, i když nejsou manželé.

5.5.2 **Základní principy a postoje v oblasti sexuality, které organizace prosazuje:**

1. Ochrana práv a bezpečí klienta.
2. Nepopiratelná sexuální práva a potřeby.
3. Právo na sexuální vyjádření.
4. Organizace nenaléhá na klienta žít sexuálně.
5. Podpora v oblasti sexuality na základě žádosti nebo potřeby.
6. Právo na důvěrnost, důstojnost, soukromí, potřebu lásky a vztahů.

Organizace omezuje klienty při prožívání sexuality v co nejmenší míře, každé takové omezení je projednáváno týmově a písemně zaznamenáno. Hranicí v oblasti sexuality je zdravotní ohrožení sebe nebo ostatních a odmítnutí sexuálního partnera. „*Organizace v oblasti sexuality spolupracuje s externími odborníky.*“

Ve spolupráci s klientem organizace rozlišuje mezi přáním a zodpovědným rozhodnutím. Proto poskytuje klientům dostatek informací, aby co nejvíce rozuměli důsledkům svého jednání a dokázali uchránit své bezpečí a zájmy. Organizace poskytuje klientovi informace, pokud o to požádá nebo pokud je třeba bránit rizikovému chování. Rizikové chování je vždy posuzováno týmově.

Spolupráce s rodiči a opatrovníky je založena na vzájemném respektu. Organizace je seznamuje s tímto dokumentem a nabízí možnost konzultací a zodpovězení jejich otázek.

„*Pravidla a principy obsažené v tomto dokumentu jsou pro všechny pracovníky závazné, a to i v případě, že se neshodují s vlastními názory, představami a hodnotami zaměstnance.*“ Svůj odlišný názor by měl asistent konzultovat v týmu a na supervizi. Asistenti nebudou vnucovat klientům své soukromé názory na sexualitu, poskytnou klientovi informace v rozsahu tohoto protokolu, řešení konkrétních problémů projednávají týmově. Pokud asistent má osobní zábrany hovořit o tématu sexuality, obrátí se na koordinátora, který zajistí klientovi spolupráci s důvěrníkem nebo s externím odborníkem. „*Asistent má povinnost hlídat si profesní hranice, poskytujeme sociální služby a nenavazujeme úzké přátelské vztahy.*“

5.5.3 Soukromí klienta

Přístup k informacím týkajícím se sexuality klienta a postup při provádění hygieny je popsán v Systému spolupráce, ke kterému mají přístup asistenti pracující v přímé péči s konkrétním klientem. Individuální plány, které zpracovávají oblast sexuality a jiné důvěrné informace, jsou uloženy na bezpečném místě. Článek vyjmenovává, kdo má přístup k těmto informacím a za jakých podmínek. „*Asistenti jsou samozřejmě vázáni mlčenlivostí.*“

Dále se zde pojednává o zásadách při poskytování hygieny, návštěvách lékaře, zprostředkování lékařské péče, pokud v těchto oblastech klient potřebuje podporu, je pro každou oblast zvlášť zpracován individuální plán. Asistent respektuje soukromý prostor každého klienta, před vstupem do bytu zvoní, před vstupem do pokoje klepe a dotazuje se, zda může vstoupit.

5.5.4 Masturbace

Masturbace je respektována jako zdravé a přirozené vyjádření sexuality. Pokud klient projeví zájem, důvěrník mu poskytne základní informace o masturbaci. Pokud klient masturbuje na veřejnosti, asistent slovně přeruší aktivitu a doporučí klientovi, aby se přemístil do soukromí. Případně se pokusí soukromí klientovi zajistit. Pokud to není možné, zakryje klientovi intimní partii. Tento článek jedná o sebeubližující masturbaci. Pokud má asistent podezření, že klient praktikuje sebeubližující

masturbaci, kontaktuje koordinátorku a důvěrníka. V akutním případě (krev, křik) zajistí lékařskou pomoc. „*Personál ani důvěrníci neprovádí trénink řízené masturbace! Tuto službu zprostředkují u odborníka!*“

5.5.5 Další podoby intimních sexuálních prožitků

Organizace nedoporučuje klientům využívat služby prostitute, pokud o ně přesto klient projeví zájem, budou mu poskytnuty základní informace podle tohoto protokolu. V případě, že prostitute využije, doporučí organizace návštěvu obvodního lékaře. „*Zprostředkování setkání klienta s prostitutkou je nepřijatelné. Zároveň za klienta organizace nepřijímá v tomto směru zodpovědnost.*“

Naopak organizace neodrazuje klienty od koupě legálně dosažitelných intimních materiálů. Pokud je klient v tomto směru iniciativní, ale není schopen koupit materiály samostatně, může požádat o podporu asistenta. Asistent může zprostředkovat podporu důvěrníka. „*V případě podezření na výskyt poruchy sexuální preference³⁰ bude organizace spolupracovat s odborníky. Pokud se deviace potvrdí, je klientovi zprostředkována lékařská péče, kterou není naše organizace schopna zajistit.*“

5.5.6 Vztahy

Ve vztahu klient a asistent není přípustný žádný sexuální projev. Pokud dojde k sexuální náklonnosti ze strany klienta, přejde asistent do jiného týmu. Asistent se snaží o tolerantní a respektující vztah ke klientovi, pomáhá mu orientovat se ve společenských zvyklostech a vede ho k zodpovědnému přístupu k sexualitě a vztahům.

Ve vztahu klient a klient organizace respektuje jejich intimní i neintimní vztahy, podporuje vzájemné schůzky a návštěvy, poskytuje potřebné soukromí. Dále stanovuje, že klient musí respektovat také práva svých spolubydlících a pravidla chodu domácnosti. „*Asistent nezasahuje do vztahů klienta, pokud není ohroženo jeho zdraví a bezpečí.*“ Jestliže mají klienti vážný vztah, chráněné bydlení se jim na základě jejich přání snaží umožnit společné bydlení. „*Organizace podporuje informované rozhodnutí klienta/klientky žít s partnerem a uzavřít manželský svazek.*“

5.5.7 Regulace porodnosti

„*Antikoncepce je vnímána jako prostředek vedoucí k zodpovědnému plánování rodičovství ze strany klientky.*“ Pro zavedení antikoncepce je potřeba informovaný souhlas klientky, souhlas opatrovníka a odborné vyšetření a souhlas gynekologa. Po zavedení antikoncepce sleduje asistent schopnost klientky antikoncepci užívat, pokud má klientka s užíváním problémy, je tato schopnost s klientkou trénována. Pokud potíže i nadále přetrvávají, je antikoncepce vyměněna. „*Sterilizaci jako formu antikoncepce organizace odmítá.*“ Může být provedena výhradně za účelem ochrany zdraví, na

³⁰ fetišismus, exhibicionismus, voyeurství, sadismus, masochismus, pedofilie a další filie

doporučení lékaře a se souhlasem klientky a jejího opatrovníka. Organizace doporučuje klientům používání kondomu jako vhodnou ochranu před těhotenstvím a PPCH.

5.5.8 Těhotenství a rodičovství

Organizace zprostředkovává základní informace týkající se početí a rodičovství, snaží se, aby se klienti zodpovědně a informovaně rozhodli o početí. Připomíná klientům právo na rodičovství, ale i z něho vyplývající povinnosti. *„V případě, že se klienti odpovědně rozhodnou k rodičovství, rozhodnutí organizace respektuje. Organizace poskytne klientům maximální možnou péči po nezbytně nutnou dobu a současně s tím bude hledat vhodnou sociální službu, která by klientům poskytla vhodné zázemí pro výchovu dítěte. V cílové skupině naší organizace nejsou klienti – rodiče, pro tuto cílovou skupinu není služba přizpůsobena.“*

5.5.9 Pohlavně přenosné choroby

Prvotní poradenství v případě podezření na PPCH klientovi poskytne asistent, ten případně zprostředkuje konzultaci s důvěrníkem nebo odborné poradenství. Při podezření, že klient trpí PPCH, je mu doporučeno vyšetření. Asistent poskytne podporu při vyšetření na PPCH. Jestliže toto vyšetření klient odmítá podstoupit, i když u něj asistenti rozpoznali příznaky choroby, je taková situace řešena týmově. *„Po poradě s týmem je vytvořeno takové (restriktivní) opatření, které by mělo vést k okamžitému řešení.“* V případě podezření na PPCH organizace spolupracuje se sexuologem, lékařem, opatrovníkem a rodiči. Klientům jsou zprostředkovány informace o PPCH, jsou zmapované konkrétní postupy ochrany před PPCH, zejména užívání kondomu a dodržování hygieny.

5.5.10 Sexuální zneužívání

Tento článek definuje sexuální zneužívání, zmiňuje rizikové faktory, pro které bývají lidé s mentálním postižením častěji oběťmi sexuálního zneužívání než zdravá populace. Dále pojednává o hranicích mezi sexuálním obtěžováním a tělesnou péčí (veškerá intimní hygiena je popsána v systému spolupráce), o prevenci sexuálního zneužívání a postupu při podezření nebo zjištění sexuálního zneužívání. *„Pokud má asistent podezření na sexuální zneužívání klienta, kontaktuje koordinátora, ten svolá schůzku pracovníků, kteří pracují v daném bytě, a důvěrníků... bude domluvena schůzka s potenciální obětí.“* Této schůzky se účastní osobní asistent, důvěrník, koordinátor nebo vedoucí ch. b.“ Jestliže vyjde najevo, že došlo k sexuálnímu zneužití, asistent klientovi *„pozorně naslouchá, zůstává klidný a bere obvinění vážně. Společně s koordinátorem učiní patřičné kroky k ochraně klienta. Pokusí se zamezit dalšímu zneužívání, poskytnout oběti pomoc, podporu, ochranu a lékařskou péči. Koordinátor kontaktuje policii a opatrovníka.“* Pokud je klient způsobilý, může písemně odmítnout informování rodinných příslušníků. Ze schůzky je zpracována zpráva a výpověď oběti (viz přílohy) *„Asistent (ani důvěrník) nesmí tlačit na klienta/ku k popisování detailů, komentovat, hodnotit*

či soudit to, co se stalo. Nesmí pohybovat věcmi a případnými předměty doličnými, konfrontovat podezřelého s obětí ani ho kontaktovat.“ Oběť znásilnění by neměla jíst, pít a mýt se.

5.5.11 Tým důvěrníků

Důvěrník je člověk, který je speciálně proškolen pro oblast sexuality a vztahů lidí s mentálním postižením a většinou pracuje v organizaci jako asistent, tudíž zná i specifika chráněného bydlení. Tým důvěrníků reviduje a aktualizuje tento dokument, konzultuje s klientem jeho otázky a problémy z oblasti sexuality v rozsahu tohoto dokumentu, pomáhá kontaktovat odborníky, využívá možnosti supervize. „V případě potřeby spolupracuje s osobními asistenty (nejen) při zpracování formuláře *Obecná struktura sexuality* (viz příloha). Sleduje poznatky v oblasti sexuality a průběžně si rozšiřuje znalosti. Zpracovává zápisy z konzultací s klienty či asistenty.“

Důvěrníci dodržují profesní hranice při práci s klientem. Používají zpracované přílohy tohoto dokumentu a další vzdělávací materiály, například film *O sexu*, vyrobený o. s. Inventura. „Neprovádí žádnou fyzickou demonstraci na tělech svých či tělech klientů. Neprovádí invazivní zákroky. Neprovádí trénink řízené masturbace, ani asistovanou soulož. Nepoužívají čistě pornografické materiály.“

5.5.12 Přílohy

Přílohy obsahují šablony formulářů, metodické postupy, doplňující informace a základní vzdělávací materiál uzpůsobený pro klienty.

- a) Seznam kontaktů na odborníky a organizace zabývající se sexualitou lidí s mentálním postižením.
- b) Obecná struktura oblasti sexuality klienta (formulář určený důvěrníkům).
- c) Základní informace o prostituci (určeno pro klienty, doplněno ilustracemi).
- d) Typy antikoncepce.
- e) Těhotenství a rodičovství (informace pro klienty, doplněno ilustracemi).
- f) Pohlavně přenosné choroby (základní charakteristika rozpoznání pohlavních chorob, určeno pro asistenty).
- g) Aspekty sexuálního zneužívání (základní pojmy; formy sexuálního zneužívání; rozpoznávací znaky; projevy osoby, která zneužívá; určeno pro asistenty).
- h) Zpráva o podezření / odhalení sexuálního zneužívání (formulář).
- i) Výpověď oběti (informace, návod pro asistenty).
- j) Dotazník pro rozhovor s klienty (pro důvěrníky, vyhodnocení schopnosti klienta poskytnout informovaný ne/souhlas).
- k) List pro stvrzující podpisy asistentů, že četli a respektují protokol.

5.6 Speciální příprava cílových skupin sexuální edukace

Charakteristiku cílových skupin i specifika jejich sexuální edukace jsem zmínila v kapitole Adresáti sexuálního vzdělávání. V této kapitole se zmíním o historii práce se sexualitou v konkrétním chráněném bydlení, ve kterém jsem pracovala jako sexuální důvěrník. Tuto historii jsem proto mohla zmapovat díky studiu dokumentů i rozhovorům s vedením organizace. Toto konkrétní chráněné bydlení je velice pokroková organizace, systematická práce v oblasti sexuality zde začala už v roce 1999 seminářem pro zaměstnance, který lektorovala Dr. Baštecká. Na základě tohoto semináře si organizace poprvé pevně stanovila pravidla a postoje k sexualitě svých klientů. V roce 2000 vznikl ve společnosti Protokol sexuality. Na tento protokol navázala svou prací interní psychologka, která s ním seznamovala klienty. Následně vedla také pravidelná setkání s klienty, tzv. dámské a pánské jízdy, do roku 2002. Na těchto skupinových setkáních s klienty probírali témata týkající se partnerství, sexuálního života, antikoncepce, osobní hygieny apod. Po odchodu psychologky byla práce se sexualitou na rok pozastavena, v roce 2003 tuto oblast převzala sociální pracovnice, která toho času v chráněném bydlení pracovala. Společně se zaměstnanci i klienty zrevidovala Protokol sexuality a začala individuálně pracovat s klienty, kteří vyjádřili potřebu ujasnit si toto téma. V roce 2004 využilo několik klientů možnosti docházet na cyklus skupinových setkání. Setkání vedla Mgr. Venglářová z PL Bohnice. Témata skupinového setkání byla: uvědomění si sebe, své jedinečnosti a práv, své sexuality; vnímání rolí, odlišností mužů a žen; porozumění vztahům mezi lidmi, oddělení přátelských a intimních kontaktů; sexuální život, bezpečný sex, hygiena se vztahem k sexu; rodičovství, antikoncepce, zodpovědnost; ochrana práv každého jedince, ochrana před sexuálním zneužíváním. Pro velký zájem na tato setkání navázala i sociální pracovnice s klienty chráněného bydlení, témata byla obdobná. Setkání se konala jednou týdně, klienti měli samozřejmě i možnost individuálního setkání.³¹ Vedení organizace proškolilo v roce 2003 všechny své zaměstnance. Školení bylo formou jednodenního semináře, vedeného Mgr. Venglářovou. Kontinuita je zachovávána proškolením nových zaměstnanců, jedná se zejména o seznámení s Protokolem sexuality a ujasnění hranic poskytované péče. Spolupráce s rodiči a příbuznými klientů je zajištěna při individuálních setkáních či seminářích. Jednotlivé programy společnosti mají v metodikách zpracované téma Zneužívání lidí s mentálním postižením v rámci zpracovaného Standardu sociálních služeb č. 2: Ochrana práv klientů. V roce 2008 se organizace rozhodla revidovat a doplnit Protokol sexuality. V roce 2009 se podařilo zajistit program Vytváření celoživotního vzdělávání.³² Díky tomuto programu měli pracovníci chráněného bydlení možnost využít pravidelné týmové i individuální supervize a vzdělávací kurzy. Proběhlo školení „Sexualita lidí s mentálním postižením“ pro všechny pracovníky. Vznikla pracovní skupina, která na základě tohoto kurzu zpracovala materiál „Postoj Společnosti (...) k oblasti sexuality klientů Chráněného bydlení“ neboli (dále jen) Protokol sexuality. Tato pracovní skupina fungovala

³¹ Srovnej se STOČESOVÁ-LINHARTOVÁ, 2004.

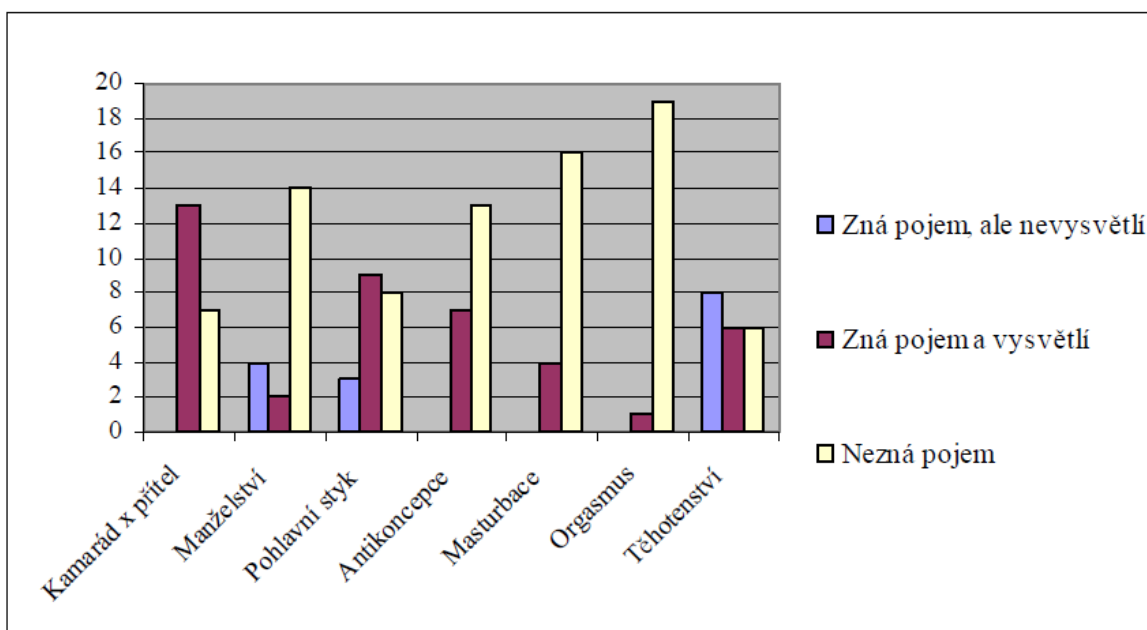
³² Program byl financovaný Evropským sociálním fondem a Magistrátem hl. města Praha (v rámci programu OPPA).

jako tým důvěrníků až do roku 2011. V červnu 2011 bylo také ukončeno financování projektu Vytváření celoživotního vzdělávání, a tak asistenti přišli o možnost vzdělávání i supervizí. Z důvodu zhoršující se finanční situace od roku 2011 neprobíhá další vzdělávání asistentů v oblasti sexuality. Také z důvodu velké fluktuace asistentů v přímé péči se zatím vedení rozhodlo, že nebude investovat do proškolení nových asistentů a utvoření skupiny důvěrníků. Práci se sexualitou klientů převzala sociální pracovnice a vedoucí chráněného bydlení. Ti také každého nového pracovníka chráněného bydlení seznámí s postoji organizace a s Protokolem sexuality.

V době, kdy jsem pracovala v týmu důvěrníků, jsme se³³ pokusili zmapovat názory a očekávání klientů. Zjišťovali jsme, jak jsou klienti informovaní v oblasti přátelských a partnerských vztahů; jak rozumí základním pojmům z oblasti sexuality; jestli dokážou popsat části lidského těla a určit na obrázku intimní zóny; zda jsou připraveni čelit sexuálnímu zneužívání a chránit se před pohlavním zneužíváním. Na základě odpovědí klientů byla stanovena jejich schopnost poskytnout informovaný souhlas nebo nesouhlas či projevit libost nebo nelibost. Typologie souhlasu je určena podle Jůna³⁴. Názory byly zmapovány u 20 klientů pomocí strukturovaného rozhovoru na základě dotazníku, který je v příloze Protokolu sexuality. RŮŽKOVÁ (2010, s. 38–43) publikuje výsledky průzkumu: partnera má 7 klientů, partnera nemá, ale chce mít 10 klientů, a partnera nemají a nechtějí 3 klienti. Sexuální zkušenost v podobě líbání má 7 klientů, hlazení 6 klientů, pohlavní styk realizovalo 5 klientů a jeden klient uvedl, že má sexuální zkušenost v podobě lásky. Klienti získávají informace o sexualitě od učitele, asistenta nebo lékaře v 7 případech, v jednom případě od partnerky, 6 klientů získává informace z médií a 6 klientů uvedlo, že tyto informace nedostává od nikoho. Znalosti z oblasti sexuality a porozumění pojmům jsou pro přehlednost znázorněny graficky. Klienti měli za úkol vysvětlit pojmy, které jsou v dotazníku, a to rozdíl mezi kamarádem a přítelem, popsat pojem manželství, pohlavní styk, antikoncepci, dále pojem těhotenství, masturbace a vyvrcholení. Často bylo nutné klást klientům doplňující otázky.

³³ Tým důvěrníků měl ustanoveného vedoucího – Nadě Růžková výsledky publikovala ve své diplomové práci: Protokol o sexualitě a vztazích v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby osobám s mentálním postižením, Západočeská univerzita v Plzni, 2010.

³⁴ V protokolu je citace: JŮN, H. (2009). „*Protokol sexuality*“. Nепublikovaný text.



Obrázek č. 2³⁵

V další části dotazníku měli klienti za úkol popsat (na obrázku) lidské tělo, mužské i ženské. Tento úkol klienti zvládají dobře, objevoval se u nich ostych při popisu genitálií a většinou používali slangové výrazy, pouze 3 měli problémy s popisem celého těla. V dotazníku následuje část zaměřená na ochranu proti sexuálnímu zneužívání. Klienti měli za úkol na obrázku lidského těla označit intimní partie. Velice pozitivní je zjištění, že „všichni klienti mají vymezeny své intimní partie. Většina klientů jmenovala oblast rozkroku, zadek nebo prsa.“ Další otázky byly zaměřené na to, jak by klienti reagovali při sexuálním obtěžování. Reakce byly různé: 5 klientů by odešlo, 1 klient by zavolal policii, 11 klientů by dokázalo verbálně odmítnout, 4 klienti by dokázali neverbálně odmítnout, 1 klientka by zakřičela, pouze 1 klient by neudělal nic. Důležitá je i poslední otázka, zda by se klienti svěřili, kdyby je někdo sexuálně obtěžoval. Dva klienti by se nesvěřili nikomu, 1 klient by se svěřil někomu, ale neví komu, 15 klientů uvedlo, že by se svěřili asistentovi, 3 klienti by se svěřili rodičům a 4 klienti by kontaktovali policii. Z odpovědí na tyto otázky vyplývá, že téměř všichni klienti, kteří byli dotazováni, byli schopni vyjádřit informovaný nesouhlas, kromě dvou klientů, kteří to nedokážou. Ti jsou proto velice ohroženi sexuální zneužíváním. (RŮŽKOVÁ, 2010, s. 38–43)

Příklady polo-strukturovaných rozhovorů (vedených podle dotazníku obsaženého v Protokolu sexuality) s klienty chráněného bydlení jsem zařadila jako přílohy. Rozhovory byly nahrávané, klienti k nahrávání poskytli informovaný souhlas. Části rozhovorů jsem zařadila na různá místa v textu.

Tato organizace poskytující chráněné bydlení má dlouhou historii práce se sexualitou klientů. I přes to, jak vyplynulo z těchto rozhovorů s klienty, jejich znalosti o sexualitě a vztazích nebyly moc uspokojivé. To lze přičítat faktu, že osvěta nebyla úplně kontinuální, v některých obdobích se klienti vzdělávali skupinově, a jindy dostávali individuální podporu. Není ale možné tvrdit, že by u klientů

³⁵ Obrázek č. 2 převzat z: RŮŽKOVÁ, 2010, s. 41.

tohoto konkrétního chráněného bydlení byla někdy oblast vztahů a sexuality zanedbávána. Je také nutné zohlednit, že respondenty uvedených rozhovorů tvoří všichni klienti chráněného bydlení. Ze svých zkušeností vím, že klienti, kteří žijí sexuálním životem, mají mnohem lepší informace než klienti, které sexualita nezajímá, a ve svém životě takové znalosti neuplatňují. Pravděpodobně se předchozí poskytovaná osvěta pozitivně odrazila na schopnosti klientů dát najevo informovaný nesouhlas, bránit se při sexuálním obtěžování a oznámit takové obtěžování důvěryhodné osobě. Dá se to považovat za úspěch, protože prevence sexuálního zneužívání je nejdůležitějším cílem při poskytování sexuální osvěty. Nesmíme ale usínat na vavřínech, jak upozorňuje KOZÁKOVÁ (2004), je důležité poskytovat podporu v oblasti vztahů a sexuality kontinuálně, a to všem cílovým skupinám.

5.7 Sociální práce se sexualitou klientů chráněného bydlení

VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ (2008, s. 91) rozdělují sexuální osvětu na dvě na sebe navazující formy. Základní osvěta je ve skupině, na ni navazuje individuální edukace/poradenství. Oproti tomu NOVOSAD (2000, s. 40) rozděluje poradenství/osvětu v oblasti sexuality do tří vzájemně se prolínajících rovin. První rovina je obecně preventivní, která zahrnuje základní informace o anatomii, sexualitě a vztazích. Tuto preventivní rovinu poradenství lze uskutečnit v rámci skupinové edukace i individuálně. Navazuje individuálně preventivní poradenství, které už se uskutečňuje formou individuální a řeší otázky sexuálních technik, antikoncepce, partnerských dovedností atd. Třetím pilířem je intervenční poradenství, které se soustřeďuje na řešení aktuálních problémů jednotlivce či partnerské dvojice.

„Forma vzdělávání klientů se musí přizpůsobit jejich věku a mentální úrovni. Vzdělávání klientů v dospělém věku probíhá s jejich souhlasem.“ (THOROVÁ, K., 2012, s. 78) *„Mezi doporučené techniky patří: individuální rozhovory, školení, zážitkové semináře. Obecně platí, že při výuce lidí s mentálním postižením je nutné používat jednoduchý jazyk, vizualizovat informace a být velmi konkrétní.“* Abychom toho docílili, můžeme využít různé edukační pomůcky, např. obrázky, procesní schémata, manuály, fotografie, modely, sebezkušenostní výtvarné techniky, PC programy, videa, filmy, srozumitelné a ilustrované knihy, encyklopedie a časopisy. Můžeme využít i médií a rozebrat pomocí diskuze např. populární pořady se vztahovou tematikou (př. oblíbené seriály, telenovely). *„U klientů s těžším mentálním postižením se zaměřujeme na rozpoznání částí těla, nácvik intimní hygieny a zajišťujeme vhodné podmínky k masturbaci v soukromí. V případě potřeby je vhodné zajistit nabídku sexuálních pomůcek i jako prevenci před zraněním nevhodnou formou masturbace.“* (s. 76)

5.7.1 Skupinové programy

Při skupinové výchově nejprve zjišťujeme úroveň znalostí jedinců. Ideální je zařazovat osoby do vzdělávací skupiny podle jejich individuální vývojové křivky. Tato křivka zahrnuje mentální úroveň, sociálně-sexuální vývoj a schopnosti klienta osvojit si vědomosti a sociální dovednosti. *„V rámci skupiny je zapotřebí vytvořit atmosféru vnímání, pochopení, vztah důvěry a bezpečí. Důležité je klást důraz na zásadu názornosti a komunikace, postupovat malými kroky s následným opakováním, ponechat dostatečný prostor pro diskusi, pracovat se situacemi a ilustracemi z konkrétního života, uvádět příklady a případové studie, které si jedinec dokáže reálně představit.“* (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 68)

Pro lidi s mentálním postižením je často těžké porozumět tomu, co je od nich okolím očekáváno. Řešením je představit jim model přijatelného chování. To znamená vysvětlovat, jaké negativní a nepřiměřené chování může být, a demonstrovat chování přijatelnější. Důležité je toto chování prakticky nacvičovat a opakovat. Nacvik zahrnuje sexuálně sugestivní komentáře a v souvislosti s tím upřesnění hranic společenského chování; procvičování dovedností pro seznámení a zvyklosti pro první schůzky. *„Aby se poznatky staly co nejtrvalejšími, musí projít fází identifikace, tomu napomáhají právě aktivizační metody. Aktivizačními metodami mohou být metody dialogické, problémové, inscenační nebo hrové. Je důležité využívat co nejvíce prožitkových forem práce, hraní modelových situací a podobně.“* (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 68)

Příležitost klást otázky a dávat pravdivé odpovědi vyžaduje iniciovat nabídku informací a podporovat studenty v tázání. Důležité je pro klienty vědět, jak klást otázky o kontrole porodnosti, antikoncepci a sexuálně přenosných chorobách. Všechno jsou to aspekty vývoje, které umožňují mít kontrolu nad vlastními životními zkušenostmi. (SWANGO-WILSON, 2010) *„Prožitkové techniky umožňují poznávat své pocity i pocity ostatních, vytvářet vlastní hodnotový systém apod. Čím více je jedinec vtažen do procesu učení, tím více informací a schopností získává. Klasické frontální vyučování, kdy pedagog s využitím názorných pomůcek přednáší dané téma, má jen 20procentní efekt.“* (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 68)

Většina sexuálně vzdělávacích programů, které existují, byly vytvořeny bez doteku a vlivu postižených lidí, a tím se pro ně stávají jen částečně srozumitelné. Hledání informací vycházející od studentů a volný průběh komunikace zaručují, že se školitel opravdu dozví, jaké vzdělání potřebují. Studenti jsou více motivováni pro spolupráci a mají chuť do učení. Je to také předpoklad pro zaručení nejvyšší kvality vzdělání pro každého zúčastněného. (SWANGO-WILSON, 2010) *„Tradiční programy sexuální osvěty berou méně v úvahu potřeby jednotlivce, například témata homosexuality, sexuální dysfunkce nebo problémové sexuální chování. Také méně zohledňují fakt, že by informace měly být úzce spojeny s klientovým osobním životem, nebo opomíjejí podporu romantických vztahů. Méně se věnují možnosti zdravého sexuálního vyjádření, podporují spíše vzdělávání.“* (STĚRBOVÁ, 2004)

Účastníci výzkumu SWANGO-WILSON (2011), lidé s mentálním postižením, se shodli na tom, jak by měl program sexuální výchovy probíhat. Studenti by měli být při výuce ve velké skupině, společně muži i ženy. Pro upřesnění BZŮCHOVÁ (2000) uvádí, že optimální velikost skupiny u lidí s lehkým mentálním postižením je 10 až 15 lidí a u jedinců s těžším mentálním postižením 3 až 5 lidí. (Sec. cit. In. VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 68) Měly by se zapojit do programu pomáhající profese, aby mohly dávat praktické rady o vztazích a o budování vztahů. Tito pracovníci by měli projít i vlastním školením o tom, jak se v takových situacích chovat. Je žádoucí pokračovat v informování o bezpečném sexu, ale nedělat z toho hlavní téma. Užitečnou pomůckou se může stát návod, jak oznámit sexuální obtěžování a zneužívání. (SWANGO-WILSON, 2010)

Skupinovou sexuální osvětu není jednoduché v podmínkách chráněného bydlení uskutečnit. Klienti bydlí v bytech, které jsou různě rozmístěné po městě, proto je složité je shromáždit na jednom místě. Navíc mívají rozdílný denní režim a často se sami nedokážou dopravit na neznámé místo. Sladit tyto podmínky a zorganizovat skupinovou edukaci vyžaduje úsilí ze strany vedení organizace a velkou podporu asistentů. Skupinová edukace je závislá na spolupráci a plánování celého pracovního týmu. Podíl na tvorbě programů edukace by měli mít klienti i asistenti, v chráněném bydlení by bylo vhodné organizovat skupinové vzdělávání: podle návrhu SWANGO-WILSON (2011, viz výše) se jedná o školení klientů v přítomnosti asistentů a v malé skupině, podle jejich schopností a zkušeností. Protože osobní asistenti většinou dobře znají potřeby a přání klientů, je lehčí přizpůsobit skupinové vzdělávání individuálním požadavkům, navíc se odtabuizuje téma a klienti se nebudou ostýchat mluvit o sexualitě s asistenty. Tímto způsobem proškolit všechny klienty chráněného bydlení je náročný úkol, zejména na čas a celkovou organizaci ze strany všech zúčastněných.

5.7.2 Individuální přístup

„Potřeba podpory v oblasti sexuality a sexuální výchovy osob se zdravotním postižením je jednoznačně individuální. Závisí především na věku jedince, období života, na konkrétních potřebách a přáních, na pohlaví, na individuálních charakteristikách, na specifických a charakteristikách postižení, na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, a jeho specifických vlivech. U každého jedince se zdravotním postižením by měla být zcela individuální forma podpory v individuálním výchovně-vzdělávacím plánu.“ Individuální osvěta má být poskytnutá při ostýchavosti klientů, v otázkách soukromí a vždy, když o ni klient projeví zájem. (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 59) Individuální podporu a plánování by neměl vykonávat pouze jeden člověk (odborník na sexualitu/důvěrník). ŠTĚRBOVÁ upozorňuje na důležitost týmové spolupráce. Rodina, pracovníci sociálních i zdravotních služeb, psycholog, koordinátor/supervizor, který má výcvik v sexuální osvětě, případně i další specialisté, by se měli podílet na podpoře jedince v oblasti sexuality jako běžné součásti života. Tyto osoby z okolí klienta jsou důležité, protože odborníci nemusí znát klientovy potřeby, schopnosti ani limity. Navíc každý přispěje jiným pohledem a svými specifickými znalostmi.

(2007, s. 41) Spolupráci s okruhem lidí okolo klienta shledávám jako velmi důležitou součást individuální práce s klientem s mentálním postižením. Například proto, že klient sám nemusí být schopen sdělit všechny relevantní informace a nemá schopnosti k tomu, aby sám vyřešil problém. Lze uvést mnoho důvodů pro širší spolupráci, ale myslím si, že by individuální sexuální edukaci měl vést jeden člověk (mohli by být i dva lidé, nejlépe muž a žena), odborník na sexualitu lidí s mentálním postižením, který zná a shromažďuje všechny informace o klientovi z důvodu ochrany intimních informací. Ten by zapojoval ostatní do procesu, spolupracoval s nimi a získával od nich informace. Tento odborník by měl mít možnost supervize. Toto je můj názor založený na zkušenosti důvěrníka v oblasti sexuality dospělých klientů s mentálním postižením v chráněném bydlení. Osobní témata z oblasti sexuality vzbuzují zvědavost, proto si myslím, že by nemusel každý pracovník, který přijde do styku s klientem, mít všechny informace o jeho intimním životě.

Práce se sociálně-sexuálními tématy začíná přirozeně u spolupráce asistenta a klienta. Asistenti jsou stěžejními pracovníky, kteří působí přímo v jednotlivých domácnostech klientů. V chráněném bydlení jsou vytvořeny dva základní týmy asistentů, které vede koordinátor. Asistence v chráněném bydlení umožňuje dospělým lidem s mentálním postižením žít důstojným životem. Asistenti docházejí do bytů a pomáhají jeho obyvatelům s úkony zajišťujícími správný chod domácnosti nebo klienty doprovází tam, kam potřebují, např. na nákup, k lékaři, na úřady, za zájmovou činností apod. Pracovníci sloužící v určitém bytě jsou většinou osobní asistenti (klíčoví pracovníci) klientů. Ti zastávají zásadní roli v plnění individuálních potřeb konkrétního klienta. Poskytované služby jsou s každým klientem plánovány individuálně. K tomuto účelu má společnost vytvořen tzv. Systém spolupráce asistenta a klienta. Systém spolupráce odráží způsoby poskytování služeb: jestli klientovi pomáháme nebo ho kontrolujeme.³⁶ Zaměřuje se na plánování a naplňování konkrétních cílů klienta. Je důležité, aby se klient co nejvíce účastnil procesu plánování a aby byl pro něj srozumitelný. K tomuto účelu jsou stále častěji v chráněném bydlení vytvářeny plány ve zjednodušené verzi, s větším písmem nebo s obrázky.

Systém spolupráce tvoří Individuální plánování, Rizikové situace a popř. Restriktivní opatření. Základní struktura těchto dokumentů je předem daná. Všechny plány, které jsou obsaženy v Systému spolupráce, jsou pravidelně revidovány, nejméně jednou za rok. V revizi se zaznamenává vývoj spolupráce na daném plánu a potřebné úpravy v postupu dosahování cíle. Po dosažení cíle je plán ukončen a pokračuje se v plnění dalšího plánu. Může se stát, že i přes veškeré vynaložené úsilí se cíle nepodaří dosáhnout. I v tomto případě je možné plán ukončit nebo přehodnotit. **Individuální plány klienta** vznikají na základě jeho přání a žádosti. Následuje společné vytváření postupu a stanovují se konkrétní kroky, které bude třeba udělat pro dosažení cíle. Klient mimo jiné určuje osoby, které by mu v plnění plánu měly pomoci. Tato procedura je zapisována do formuláře individuálních plánů. Individuální plán klienta může být například zaměřen na domácí práce (někdy se klient chce

³⁶ Jako základní metody profesionální práce s klientem rozlišuje ÚLEHLA, pomoc a kontrolu. Oboji je nevyhnutelné a potřebné. Odkazují: ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2009.

naučit např. sám práť, obsluhovat sporák, vařit atd.), na kulturu (chce pravidelně chodit do divadla, navštívit určitý koncert, chodit do tanečních apod.), cestování (jet na rekreaci nebo se naučit určitou trasu atd.). Všechny plány, které podporují samostatnost klientů a jejich sociální začleňování, jsou důležité i pro oblast sociálně-sexuálních vztahů. Jakékoli komplikovanější přání klienta z oblasti vztahů a sexuality pomáhá asistentům zpracovat a realizovat sexuální důvěrník. Samozřejmě že se nemusí psát plán na každou činnost, kterou si klient vymyslí, v takovém případě by na realizaci už asi nezbyl čas. Zmapovat je nutné především cíle dlouhodobější, k jejichž splnění je třeba se naučit nějakou novou dovednost. Individuální plány mohou vznikat v některém případě i na popud osobního asistenta, ale vždy se souhlasem klienta. Asistent iniciuje vznik plánu, když má pocit, že by se klient mohl něco nového naučit nebo rozvinout své zájmy a schopnosti. Uvádějí se také důvody vzniku, co asistenta vedlo k vytvoření konkrétního plánu. Často se jedná o nácvik úkonů, ve kterých by dle názoru osobního asistenta mohl být klient samostatnější. Každý klient má v plánech zmapovanou oblast osobní hygieny, zdravotního stavu a hospodaření s penězi, aby se sjednotil pracovní postup všech asistentů, kteří klientům poskytují v těchto oblastech podporu. „*Individuální program (plánování), který jasně stanovuje cíle, kterých klient chce dosáhnout, má charakter smlouvy mezi zařízením a uživatelem služby... Tento program je závazný pro všechny pracovníky zařízení a jeho součástí by měla být i oblast sexuality a sexuální výchovy.*“ (VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 93)

Rizikové situace slouží ke zmapování nebezpečných situací, objevujících se v životě klienta chráněného bydlení. Každý osobní asistent respektuje právo klienta na přiměřené riziko. Zpracováním formuláře Rizikové situace se organizace snaží o prevenci výskytu některým zdraví či život ohrožujících událostí. Osobní asistent popíše, jak těmto situacím lze předcházet a co pro to učinil. Rizikové situace někdy vznikají současně s Plány asistenta a jsou v nich popsána konkrétní rizika související s plánem. Rizikové situace vytváří asistent s klientem a konzultuje obsah s koordinátorkou i vedením chráněného bydlení. Riziková situace by měla být zpracována vždy, když se zjistí, že klient není schopen vyjádřit informovaný nesouhlas, a proto je ohrožen sexuálním obtěžováním/zneužíváním. V krajních situacích, pokud klient svým chováním ohrožuje zdraví či život svůj nebo jiných osob, je vypracováváno týmově Restriktivní opatření. Příkladem restriktivního opatření z oblasti sexuality může být opatření k zabránění sebe-ubližující masturbaci.

Navazující podporu sexuality klienta poskytuje důvěrník, koordinátor týmu chráněného bydlení, sociální pracovnice, vedoucí Chráněného bydlení a externí specialisté. Odborník/důvěrník pro oblast sexuality a vztahů pracuje s klientem systematicky a zaměřuje se jen na tuhle konkrétní oblast. Jeho práce s klientem začíná tam, kde možnosti a schopnosti osobních asistentů v tomto směru končí. Pokud asistent nechce s klientem řešit otázky týkající se sexuality, může kontaktovat důvěrníka. Důvěrník má schopnost poskytnout radu a podporu nejen klientům, ale i asistentům, protože dobře zná jejich práci. Spolupracuje i s rodinou klienta nebo s opatrovníkem, ale není nutné rodině předávat veškeré informace o intimním životě klientů, obzvlášť pokud si to dospělý klient nepřeje.

Osobní asistent zastává důležitou funkci v životě klienta chráněného bydlení, dobře zná osobní údaje, které někdy ani klient neví. Proto vždy spolupracuje s důvěrníkem na předávání informací. Asistent předá důvěrníkovi základní informace o zakázce (pokud ji zná, jinak jen zprostředkuje kontakt) a pokračují ve spolupráci i nadále. Důvěrník se schází s klienty většinou v jejich v chráněných bytech, kde mají možnost vést soukromý rozhovor. Při prvním rozhovoru je zvykem se vzájemně představit, navodit atmosféru důvěry a spolupráce. Důvěrník seznámí klienta se svými kompetencemi, způsobem předávání informací ostatním zaměstnancům organizace, povinností mlčet a ostatními etickými zásadami, kterými se jako sociální pracovník řídí. Při prvním rozhovoru důvěrník klienta seznámí s jeho právy, souvisejícími se sociálně-sexuální oblastí. Klient by měl vědět, že spolupráce s důvěrníkem je dobrovolná a kdykoliv může rozhovor ukončit. V této první fázi seznamování také důvěrník jasně vymeze hranice spolupráce s klientem. Na začátku spolupráce důvěrník zjišťuje, jaké má klient znalosti v oblasti sexuality a jestli je schopen dát informovaný souhlas/nesouhlas. Při tom postupuje podle dotazníku, který je jako příloha v Protokolu sexuality. Z každé schůzky s klientem důvěrník pořizuje zápis, aby bylo jasné, jaká témata řešili a na čem se domluvili. Následující intervence se už odvíjí od charakteru zakázky, se kterou klient přišel. Někdy stačí jedno sezení, pokud klient potřebuje pouze konkrétní informace a dál nechce spolupracovat. Jindy je třeba několik schůzek či dlouhodobá podpora. Při dlouhodobější práci důvěrníka s klientem by měl mít stanovený cíl v systému spolupráce, například jako plán asistenta (viz výše). Kompetence a hranice možností práce důvěrníka v chráněném bydlení jsou uvedeny v Protokolu sexuality, při práci s klientem důvěrník využívá přílohy pro to určené. Dokumentace, kterou tvoří důvěrník (zápisy ze schůzek, přepis rozhovorů, postupy řešení apod.), se uschovává v neprůhledných deskách u klienta v pokoji. Nadřízeným důvěrníka je koordinátor a vedoucí chráněného bydlení, důvěrník jim předává relevantní informace o problému klienta a o všech postupech spolupráce s klientem. V případech, kdy problém vyžaduje týmové řešení, spolupracují asistenti, kteří pracují v konkrétním bytě, koordinátorka, sociální pracovníce (zároveň metodička), sexuální důvěrník a vedoucí chráněného bydlení. Pokud problém klienta vyžaduje odborné poradenství či terapeutickou léčbu, spolupracuje důvěrník se specialisty.

5.7.3 Příklady individuální sociální práce se sexualitou klientů Chráněného bydlení.

V následujícím textu představím ve dvou případových studiích tři jedinečné osobnosti. Jsou to dospělí lidé s mentálním handicapem, kteří využívají službu chráněného bydlení. V těchto případových studiích nepoukazuji na typické aspekty praxe. Uvádím příklady proto, abych zdůraznila náročnost a úskalí sociální práce se sexualitou klientů. Většina klientů chráněného bydlení má méně komplikované sexuální vztahy nebo potřebují poskytnout jen základní informace. Někteří klienti nemají vůbec žádnou sexuální zkušenost a ani o ni nestojí.

Případová studie: pan Jindřich, 39 let.

Diagnóza: lehká mentální retardace³⁷

Rodinná anamnéza: Pan Jindřich byl v dětství vychováván babičkou, která byla jeho opatrovnici. Jeho matka žila v zahraničí, v současné době jsou občas v kontaktu. Pan Jindra bydlí v chráněném bydlení už 19 let.

Osobní anamnéza: Pan Jindřich je právně způsobilý, má plný invalidní důchod a pobírá příspěvek na péči ve II. stupni. Jeho zdravotní a fyzický stav je dobrý, působí na první pohled, jako by žádné postižení neměl. Je na plný úvazek zaměstnán jako pomocný dělník v parku již mnoho let. Z práce jezdí rovnou domů (do chráněného bytu), nemá žádnou volnočasovou aktivitu. Jako své zájmy uvádí hru na elektrickou kytaru (v minulosti za ním docházel soukromý učitel), „*koncerty, zajít na pivo, pokecat*“. Pan Jindřich kouří cigarety, s kolegy z práce občas zajde na pivo, hlavně se snaží zapadnout do kolektivu a nevypadat divně. Jindřich dokáže své chování přizpůsobit lidem, se kterými zrovna je. Na víkendy jezdí k babičce, v létě společně jezdí na chalupu, pokud je s babičkou, tak nekouří, ani nepije. K babičce má citový vztah, i když ho sám nedokáže definovat a nemluví o tom. Babička má na něj silný vliv, nejspíš je jediný člověk, kterého má Jindřich rád. Jinak se zdá, že nemá dostatečně vyvinuté emocionální citění. Sice se snaží se všemi vycházet dobře, ale hlubší vztahy (přátelství, partnerství) v podstatě nenavazuje. S některými asistenty/ asistentkami vychází lépe, s jinými hůře. Dříve bydlel v chráněném bytě se dvěma spolubydlicemi. Vyjádřil přání, že by chtěl žít sám v garsoniéře. Toto přání se mu splnilo v roce 2012, od té doby bydlí sám a je mu poskytována asistence 4–5x týdně přibližně po třech hodinách. Jindra patří k těm nejschopnějším klientům a v současnosti se plánuje jeho přechod z programu chráněného bydlení do podpory samostatného bydlení.

Už v roce 2010 se svěřil asistentce, že by si „*chtěl najít holku*“. V té době ho spolubydlicí seznámil se svojí kamarádkou (klientka chráněného bydlení), která si také chtěla najít partnera. Jindřich nevěděl, jak s ní navázat kontakt, navíc prohlásil, že se mu nelíbí, „*jak nahlas se směje*“. Od té doby se nepokoušel s nikým seznámit. Po přestěhování do garsoniéry se potřeba najít si partnerku znovu objevila. Pan Jindřich s bývalým osobním asistentem řešil i otázky sexuality a svěřil se mu s tím, že by chtěl mít sexuální styk se ženou. Tento asistent³⁸ se s ním domluvil, že až rozváže pracovní poměr s organizací, tak společně navštíví veřejný dům. Jindřich se na tento plán, jak uspokojit své sexuální potřeby, velice upnul. Od té doby se jeho zájem o uspokojení sexuálních potřeb stal téměř hlavním tématem diskuzí s asistenty. Jeho současná osobní asistentka v dotazníku uvedla, že častými tématy hovoru s Jindrou jsou návštěva veřejného domu a masturbace. Poprvé se u Jindry

³⁷ F70 podle WHO: Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize.

³⁸ Tento asistent jednal neprofesionálně, překročil hranice vztahu asistent klient. Jednal v rozporu s protokolem sexuality, ve kterém je řečeno, že zprostředkování setkání klienta s prostitutkou je nepřipustné. Vedení chráněného bydlení s jeho přístupem nesouhlasí a nikdy ho v takovém konání nepodporovalo. Asistent působil v organizaci jen krátce, v současnosti v chráněném bydlení nepracuje.

objevilo problémové sexuální chování, když před koordinátorkou³⁹ začal masturbovat. Koordinátorka celý incident výborně vyřešila. Popsala situaci v dotazníku takto: „*Po pomoci s aplikací masti na záda klienta, použila jsem jednorázové rukavice, se dožadoval i „namazání“ pohlavního údu. Zdůvodňoval to tím, že i na onom místě má ekzém. Na to jsem mu řekla, že to měl říct lékařce, u které jsme před chvílí byli, případně se na intimních místech namazat sám v koupelně. Klient však nereagoval, obnažil se a začal se ukájet. Velmi důrazně jsem ho okřikla, ať okamžitě přestane. Z bytu jsem odešla, cca po hodině jsem se vrátila a klientovi vysvětlovala, že to co udělal, se nesmí opakovat! A to ani u žádné jiné asistentky.*“

Postup řešení problému: Koordinátorka se obrátila na důvěrníka (interní spolupracovnice chráněného bydlení vyškolená v oblasti sexuality lidí s mentálním postižením), která momentálně působila v organizaci, a předala jí základní informace. Důvěrnice si domluvila s Jindrou schůzku. Při první schůzce Jindřich definoval svou potřebu: „*Najít si ženskou ... hlavně pro sex.*“ Tím klient určil zakázku. Následující krok je zamyšlení, jak tuto potřebu uspokojit. Jindřich se vyjádřil, že nejdříve chtěl mít sex s prostitutkou, proto, aby ho „*zaučila*“. Domluvil se s „*kamarádem*“, ale potom na smluvenou schůzku do veřejného domu nepřišel. „*Protože je v okolí hodně známých, ještě by mě někdo viděl.*“ Důvěrnice mu sdělila, jaká jsou nebezpečí prostituce, použila pro názornost obrázkovou přílohu z Protokolu sexuality. Po této diskusi Jindřich řekl, že už si to rozmyslel a jít do veřejného domu nechce, že je to moc nebezpečné. (Přesto o tom v dalších dnech nepřestal s asistentkou mluvit.) Dalším tématem bylo vyjasnění vztahu s asistentkami. J. chápe hranice vztahu asistent – klient. Ví, že asistentky (koordinátorka i sexuální důvěrnice) vykonávají svou práci, za kterou dostávají plat. Navíc „*všechny mají přátele*“. Popsaný incident lze zatím považovat za neobvyklý výstřelek v chování. Přesto vymezení hranic je třeba nastavovat stále znovu a frustraci v oblasti sexuality řešit. Jindra sexuální potřebu uspokojuje masturbací, ale to mu nevynahradí fyzický kontakt. Proto se ústředním tématem další spolupráce s důvěrníci stalo téma, jak najít partnerku. Při diskusi o tom, jak se lidé seznamují, společně došli k několika možnostem a následujícímu postupu, jak dosáhnout cíle:

1. Hledat vhodné seznamovací akce pro lidi s mentálním postižením.
2. Zkusit hledat partnerku přes inzerát. Na stránkách <http://www.orfeus-cr.cz/seznamka> důvěrnice vybrala 5 inzerátů od žen podobného věku a postižení, jako má J., ten si vybral jednu z žen. Společně vytvořili seznamovací dopis. Důvěrnice ho (jako prostředník) odeslala e-mailem na uvedený kontakt v inzerátu. Bohužel uplynuly 3 měsíce a odpověď zatím nedorazila.
3. Registrace do seznamky (Orfeus). Vyplnění dotazníku (základní údaje o sobě, představa o partnerovi). Z organizace Orfeus zatím také nepřišla odpověď.

³⁹ Koordinátor v chráněném bydlení má pravidelně jednou měsíčně službu na každém bytě, který vede. V tomto případě koordinátorka zná klienta 6 let, nikdy dřív se podobný incident neobjevil.

4. Důvěrnice se pokusila zjistit, jestli se nějaká klientka chráněného bydlení chce seznámit s potenciálním partnerem. Spolupracovala při tom s asistenty a koordinátory, ale žádná taková klientka se v chráněném bydlení nenašla.
5. Najít pravidelnou volnočasovou aktivitu, kde by se mohl seznámit.
6. Navázat další spolupráci s odborníky (psychologie/psychoterapie/speciální poradenství).

Spolupráce s dalším odborníkem by měla mít podobu dlouhodobé intenzivní terapie. Je důležité, aby Jindřich souhlasil a terapeut mu byl sympatický. Jindřich není člověk, který by se otevřel každému. Zatím vyjádřil předběžný souhlas, je motivován především tím, že by si mohl o čemkoliv povídat s jedním člověkem, který by mu pomáhal řešit jeho těžkosti. Zatím je toto řešení ve fázi domlouvání a hledání vhodného terapeuta, který rozumí specifickým potřebám lidí s mentálním postižením. Příhodná volnočasová aktivita se zdá být jako nejlepší řešení. Neslibuje sice jisté dosažení cíle, ale rozhodně toto řešení bude mít pozitivní dopad na klienta. Začne trávit svůj volný čas aktivně, zdokonalí se v nějaké dovednosti podle svého výběru, pozná nové lidi, zdokonalí své sociální chování. Ostatní možnosti budou také využity, ale neumožňují dostatečné zapojení klienta do procesu řešení svého problému. Navíc seznamovacích akcí pro lidi s postižením je zoufalý nedostatek. Předpokládaných obtíží, které mohou v plánu nastat, je hned několik:

1. Jindřich se vyjádřil, že by chodil někam, kde by ho to bavilo. Může se stát, že žádnou takovou aktivitu nesežene a nikam chodit nebude.
2. Jindřich se v kolektivu s nikým neseznámí. Bude se ostýchat, nebo nebude vědět, jak dívku oslovit. Pokud se seznámí, nebude vědět, jak se chovat k partnerce. To lze řešit nácvikem vztahových dovedností.
3. Aktuální sexuální frustrace se tímto neřeší. Jindřich je v poslední době nevyrovnaný a nespokojený. Jindřich nepřestal uvažovat o využití prostituce. Důvěrnice mu znovu vysvětlila rizika, upozornila ho, že ho nikdo z asistentů nemůže doprovodit a nikdo za něj nenese odpovědnost. Pokud to i přes rizika bude chtít vyzkoušet, je poučený o použití kondomu a ví, že je to akce na jeho vlastní zodpovědnost.

Pomocí polo-strukturovaného rozhovoru (vedeného podle dotazníku v příloze protokolu sexuality) důvěrnice zjišťovala, jak je klient informovaný o sexualitě a jestli je schopen vyjádřit informovaný souhlas/nesouhlas se sexuální aktivitou. Pan Jindřich dobře zná termíny z oblasti sexuality (pohlavní styk, masturbace, vyvrcholení, těhotenství, antikoncepce) a dokáže je vysvětlit. Na základě tohoto rozhovoru vyšly najevo další zakázky, zejména vztahového charakteru. Dokázal definovat termíny kamarádství, přátelství, manželství, chápe, co tato slova znamenají: že rozdíl mezi kamarádem a partnerem je hlavně v sexuální aktivitě; také ví, co je manželství. Ale nechápe význam citové roviny těchto vztahů. Na otázku, co je manželství, odpověděl: „*To je nejhorší, co může být. Pozor, to je nejhorší. Manželství fujtajxl, to je hrozný. Furt z tebe tahá prachy a nechod' do hospody.*“

To víš, že jo! Dej pokoj... manželství.“ A na otázku, jak by se k sobě měli manželé chovat, odpověděl: *„Slušně, aby si nenadávali, nemluvit sprostě. A takový ty nadávky, jako nechod' do hospody.“* Bylo by vhodné dále diskutovat o vztazích a o lásce.

Na otázky týkající se sexuálního obtěžování pan Jindřich odpověděl informovaně, i když přesně nerozuměl termínu zneužívání. Za intimní partie označil krk, uši, obličej, ruce, břicho, oblast genitálií, zadek. Na otázku, co udělá, když na něj bude cizí člověk sahat, odpověděl: *„Já bych mu řekl nevošahávej mě! Odejdi! Já nevím, co bych mu řekl slušně. Vodejdi ode mě!“* (s důrazem v hlase). Klient ví, jak předcházet těhotenství a jak se bránit pohlavně přenosným chorobám. Umí aktivně verbálně vyjádřit informovaný nesouhlas, odmítnout nepříjemné podněty. Navíc lze předpokládat, že by se ubránil fyzickému ataku, protože je tělesně zdravý. Na druhou stranu nerozumí vztahům, nemá rozvinuté vztahové dovednosti. Na základě tohoto rozhovoru by důvěrník mohl shledat klienta schopného projevit informovaný souhlas, ale překážkou je zejména jeho ovlivnitelnost okolím. Navíc pan Jindřich zatím neprokázal, že umí rozhodovat podle svého uvážení a umí odhadnout důsledky svého chování.

Dalším problémem je, že klient spolupracuje jen s tím, kdo je mu sympatický⁴⁰. Nechce komunikovat se sociální pracovníci, která v organizaci pracuje se sexualitou klientů. Dobrou spolupráci navázal s důvěrníci, ale ta v organizaci působí pouze omezenou dobu. Na schůzkách s důvěrníci byla definována zakázka, zmapovány znalosti v oblasti sexuality a schopnost projevit nesouhlas se sexuálním obtěžováním, doplněny informace o sexualitě, které klient neznal, diskutovány otázky vztahů, hranice vztahu asistent – klient, rizika prostituce, společně s klientem byl určen postup pro dosažení cíle. Dalším krokem je spolupráce osobního asistenta, důvěrnice a klienta na tvorbě individuálního plánu s cílem seznámit se s potenciální partnerkou. Praktickým úkolem pro osobního asistenta bude v následujících měsících hledat s klientem vhodnou volnočasovou aktivitu a začlenit ji do programu. Zmíněný trénink sociálně-vztahových dovedností bude aktuální až v době, kdy ho klient bude moci prakticky využít ve svém životě, až se seznámí s potenciální přítelkyní. Jindřich se vyjádřil, že po odchodu důvěrnice by se obrátil s problémem v oblasti sexuality na vedoucího chráněného bydlení. Možnost navázat spolupráci s terapeutem zatím neodmítá.

Případová studie: pan Jan a pan Lumír

Pan Jan, 38 let

Diagnóza: Downův syndrom, střední mentální retardace

Rodinná anamnéza: Pan Jan je nejmladší ze čtyř dětí, se sourozenci se nevidá. V dětství ho vychovávala babička s dědou. Od 10 let do dospělosti Jan žil v dětském domově. Je možné, že v té době zažil sexuální obtěžování. Vyprávěl několik příběhů o tom, jak zažíval šikanu a naznačil, že šlo i

⁴⁰ Jeho osobní preference nesouvisí s mírou profesionality pracovníků. Sociální pracovníce je u jiných klientů oblíbená.

o sexuální zneužití (asi mimo dětský domov). Říká, že se díky své babičce dostal do chráněného bydlení, kde bydlí už 20 let.

Osobní anamnéza: Pan Jan je částečně zbaven způsobilosti, pro oblast nakládání s majetkem v hodnotě vyšší než 500 Kč má veřejného opatrovníka. Pobírá příspěvek na péči ve druhém stupni⁴¹ a má invalidní důchod třetího stupně⁴². Pan Jan je kuřák a trpí chronickou bronchitidou. Dochází k psychiatrovi, užívá medikaci Rispen.⁴³ Svou první sexuální zkušenost popsal pozitivně: „*Jo, to mám (sexuální zkušenost). Jsem to zažil od těch ženských, který předtím jakoby byly. Jsem s nima navázal i kontakty.*“ Mezi jeho záliby patří fotbal, frisbee, počítání falešných peněz, stolní fotbálek, hraní na kytaru, na flétnu, poslouchání hudby na kazetách. V minulosti vystřídal různá chráněná zaměstnání. Jan sám sebe představil: „*Začal jsem v (jmenuje organizaci) bydlet jako druhý klient. A poznávám tady život lidí, jak si žijou. Udělal kolečko po různých bytech, v kterých byli klienti, kteří tam bydleli. Někteří si prožili podobný život jako já. Ted' už mám trvalé bydlení na (jmenuje adresu). Moje babička byla herečkou. Já taky, natáčel jsem v televizi, v různých reklamách a teleshoppingu. Poznal jsem tam hodně hereček. Chtěl bych pracovat ve filmové dílně. Zajímá mě, jak si žijou herci a herečky, a rád bych s nimi mluvil do mikrofonu. Je to pro mě zajímavá představa. Zajímá mě příroda, voda. Voda je můj živel. Staral jsem se o květiny a o přírodu na zámku Kozel. Rád jezdím na koních. Rád pěstuji ve svém bytě hodně činností, rád se zapojuji do různých pracovních činností, které jsou třeba. Mám okolo sebe moc kamarádských přátel. Jsem bezva chlap.*“ Díky tréninkovému programu má v současnosti Jan brigádu v kině, kde pracuje jako uvaděč, a pomáhá s drobným úklidem. Janovu povahu popsala jeho osobní asistentka: „*Je náladový, vznětlivý, ale na druhou stranu velmi společenský a zábavný. Je rád středem pozornosti a baví své okolí. Náladovost pramení z frustrací (když nemá, cigarety, kávu).*“

Současný stav: Jan má necelý rok známost. „*S partnerkou jsem se seznámil v kavárně... My jsme tam pracovali, protože jsme byli kavárníci.*“ Mají hezký vztah, zatím bez sexu. Jan má svou přítelkyni rád a chtěl by s ní bydlet. Ale v současnosti má i paralelní intimní vztah se svým spolubydlícím Lumírem. Tento vztah začal v roce 2011, brzy potom, co se pan Lumír nastěhoval. Jan se několikrát vyjádřil, že mu intimnosti s Lumírem nejsou příjemné, ale neodmítá je. Chráněné bydlení nemá problém s tím, že je tento vztah homosexuální, respektuje právo klientů na intimní vztahy i homosexuální orientaci, pokud je takový vztah dobrovolný. Ale asistenti i vedení zpozornělo, aby zjistili, jestli se ze strany Lumíra nejedná o sexuální obtěžování. Navíc jejich spolubydlící (Igor a Jiřina) vztah Lumíra a Jana nechápou a nelíbí se jim. Pan Jan s podporou asistentky navštívil sexuologa, který určil diagnózu nezralá sexualita. Zaznamenal u Jana ambivalentní postoje k homosexuální intimitě. Anamnéza a

⁴¹ středně těžká závislost

⁴² pokles pracovní schopnosti nejméně o 70 %

⁴³ Rispen se používá k léčbě psychických poruch myšlení, pocitů, popř. chování jako zmatenost, narušené vnímání (např. slyšení hlasu někoho, kdo není právě přítomen), neobvyklá podezřívavost, odcizení se společností nebo silný sklon soustřeďovat všechen zájem na sebe a v důsledku toho narušený duševní stav, bázlivost a napětí. Rispen lze užívat při léčbě akutních (náhlých) i chronických (dlouhodobých) poruch. Po zmírnění příznaků daného onemocnění se Rispen dále užívá z preventivních důvodů, tzn. z důvodu předcházení návratů choroby. (Informace z příbalového letáku.)

sexuální fantazie vypovídají spíše o heterosexuální preferenci, ale je možná i akceptace homosexuálních praktik. Celkově má problémy v těchto sexuálních interakcích udržet hranice a uvědomit si, případně verbalizovat své potřeby.⁴⁴ Pan Jan začal spolupracovat i s psychiatrem, protože popisoval, že slyší hlasy, potkává divné lidi, má skleslou náladu, je unavený, nemá chuť k jídlu. Psychiatr došel k závěru, že je to ze strachu z Lumíra.

Pan Lumír, 36 let

Diagnóza: střední mentální retardace, dyslálie, epilepsie

Rodinná anamnéza: Pan Lumír vyrůstal v rodinném prostředí, vychováván matkou a otcem. Měl bratra, který zemřel v dětství. V dospělosti se odstěhoval do chráněného bydlení, současný byt je už v pořadí třetí, ve kterém bydlí. Před dvěma lety zemřela jeho matka, se kterou měl silný citový vztah. Osobní asistentka se vyjádřila: „*Matka byla hodně úzkostlivá, vše za něj rozhodovala. Teprve poslední dobou to vypadá, že začíná dospívat.*“ Lumír vždy jezdil na víkend za rodiči, i v současné době jezdí každý víkend za otcem, v létě společně jezdí na chatu.

Osobní anamnéza: Pan Lumír je způsobilý k právním úkonům. Má invalidní důchod ve třetím stupni a pobírá příspěvek na péči ve druhém stupni. Užívá léky na epilepsii Orfiril⁴⁵ a Neurotop Retard⁴⁶. Jeho zálibou je hudba, kterou poslouchá na různých typech přehrávačů. Magnetofon, gramofon, walkman jsou také jeho velkými zálibami, umí je výborně ovládat. Rád vaří a učí se nové recepty nebo staví stavebnice. Každý den jezdí do Centra denních služeb, ve kterém si může vybírat z různých tvořivých činností (keramika, práce se dřevem, výroba košíků, květináčů, svíček, práce s kartonem, výtvarné činnosti, výroba svatebních oznámení) i jiných pracovních činností (pečení, praní a žehlení). V současné době se pokouší najít zaměstnání. Dříve bydlel v chráněném bytě s dvaceti čtyřhodinovou asistencí. Lumír má dlouhodobý individuální plán v osamostatňování a jeho schopnosti se stále zlepšují. V roce 2011 se přistěhoval do bytu, ve kterém bydlí s Janem, Igorem a Jiřinou, zde je poskytována asistence v menším rozsahu. V minulém bytě měl intimní vztah se spolubydlícím. V rozhovoru se vyjádřil takto: Od koho získáváte informace o sexualitě? „*Ten první, David.*“ David, ten bývalý spolubydlící? „*Ano*“ Jak vás poučoval o sexualitě? „*Jemu je šedesát let. Vy jste spolu měli intimní vztah? Jo, předtím. Bylo vám to příjemné? Ne, blbý moc. Z informací od vedení chráněného bydlení jsem se dozvěděla, že rozhodně nešlo o zneužívání. Pan David je bezproblémový klient, rozhodně se nedá říct, že by byl agresivní. Pan Lumír jejich vztah neodmítal, někdy sám kontakt inicioval, jindy se spíše distancoval. Asistenti, kteří měli na bytě neustálou službu, o jejich vztahu věděli, reagovali na jejich potřeby. Vedení chráněného bydlení spolupracovalo i s rodiči, kteří o*

⁴⁴ Cituji ze zprávy sexuologa.

⁴⁵ Orfiril se používá k léčbě epilepsie, mánie, což je stav, kdy můžete cítit velké vzrušení, rozjásanost, rozrušení, nadšení nebo hyperaktivitu. Mánie nastává při onemocnění zvaném „bipolární porucha“. Orfiril se užívá v případech, kdy není možné užívat lithium.

⁴⁶ Neurotop Retard je antiepileptikum, antikonvulzivum. Neurotop se užívá k léčbě různých druhů epilepsie. Neurotop se užívá k léčbě mánie (chorobně povznesená nálada) a jako prevence vzniku bipolární afektivní poruchy (střídání mánie s depresí – chorobně smutnou náladou). (Informace z příbalového letáku.)

vztahu Lumíra s jeho spolubydlícím také věděli, ze všech stran mu byla poskytnuta podpora, aby mohl vyjádřit své pocity. Lumír nemá vyhraněnou sexuální orientaci, chtěl by mít s někým intimní vztah, ale je mu jedno, jestli to bude žena nebo muž, důležitý je pro něj mladistvý vzhled. Na pravidelných dovolených poznal slečnu, o které se vyjadřuje jako o své přítelkyni, ale vídají se jen jednou nebo dvakrát do roka a nemají spolu intimní vztah. Nejvíce ho sexuálně přitahují děti, hlavně malí chlapci. Tančí s fotkami dětí (vystříženými z časopisů, jsou na nich děti oblečené) po pokoji a říká, že je miluje, ví, že se děti nesmí nikdy dotýkat ani je pozorovat nahé. Byl několikrát informovaný, že děti nikdy nesmí být objektem sexuálních aktivit, dotýkat se dětí je trestné, ví, že by za to mohl jít do vězení. V rozhovoru řekl: *Mám rád malé kluky. Víte, že s malými chlapci nemůžete nic mít, žádné dotyky? Můžu vám něco ukázat, paní? Tyhle miluju, ty děti. A znáte je? Odkud je ta fotka? Ne, neznám, ty jsou z nějaké školy. Z počítače vytisknuté.* Už jsme o tom mluvili. Víte, že s dětma nemůžete...? *Spát a šahat.* S podporou osobní asistentky navštívil pan Lumír sexuologa. Sexuolog došel k závěru, že jeho sexualita je nezralá, homosexuálně preferenční a nelze vyloučit akceptaci i pedofilních objektů. Což neznamená jasnou preferenci orientace, sexualita je vzhledem ke střední mentální retardaci nezralá, v popředí zájmu je intimní kontakt. Nikdy nedošlo k intimnímu kontaktu s dítětem. U pana Lumíra neshledal riziko pro hypertestosteronemii ani výraznější poruchy chování.⁴⁷

Současný stav: Lumír a Jan jsou spolubydlící, každý má vlastní pokoj a ve třetím pokoji bydlí ještě další dva klienti. V chráněném bytě je asistence poskytována v rozsahu 5–6 hodin denně. Lumír Janovi dává drobné dárky nebo mu např. vaří večeře či dává sladkosti. Jan je rád přijímá. Po odchodu asistenta někdy dochází mezi Janem a Lumírem k intimnímu fyzickému kontaktu. Jan intimnosti v rozhovoru popsal slovy osahávání, onanování. Jan se postupně začal asistentce svěřovat, že za ním Lumír chodí do pokoje a vyžaduje po něm intimnosti. Jan mluví o tom, jak s ním Lumír manipuluje a „tahá“ ho k sobě do pokoje: *„Ne fyzicky ne, tou komunikací. Já mam hranici hezkou a pak tu nehezkou, a mám si vybrat, jakou cestou mám jít. A Lumírovi říkám, někdy, když se blíží večer, tak jsem unavenej, za celej den jsem udělal spoustu věcí, bolí mě záda, nohy. Tak mu občas říkám: Nech mě žít, nech mě žít. On je na mě jako štěnice, že se přísaje a nechce se ode mě pustit. Já mu nemůžu říkat, nech mě, jinak mu udělám křivdu. On mi zase udělá nějaké překvapení, nebo něco jiného. Aby ty moje myšlenky byly vymazané z hlavy, abych na to zapomněl. A když jsem utahaný, on jde jako silou a když tam pobíhá, jako většinou v obýváku. Vždycky když je večer, čeká, až odejde asistentka, tak si mě vezme Lumír na parádu. Já jsem celej votrávenej, nevyspalej.“* Je třeba podotknout, že Jan neudrhuje osobní prostor a k Lumírovi se chová mile (jako asi ke všem). Nikdy neodmítl fyzický kontakt Lumíra a někdy ho sám od sebe obejmě, nebo jinak se „přitulí“. Jejich komunikace je přátelská, vzájemně o sobě prohlašují, že se mají rádi.

Jan se před několika měsíci začal asistentce svěřovat s tím, že se mu někdy kontakt s Lumírem nelíbí, ale nevyjádřil jasný nesouhlas. Osobní asistentka zapojila do diskuze i vedoucího chráněného

⁴⁷ Cituji zprávu sexuologa.

bydlení a společně i s Lumírem o jejich vztahu diskutovali. Lumír a Jan si vyjádřili názory a hledali společně řešení. Jan přišel s nápadem. Vymyslel pomůcku, která by mu měla pomoci vyjádřit souhlas/nesouhlas. Nad postel si umístil obrázek „smajlíka“, usměvavý obličej vyjadřuje zájem/souhlas s intimní aktivitou a zamračený obličej značí nezájem/nesouhlas. Lumír na schůzce demonstroval porozumění a objasnil, co „smajlík“ znázorňuje. Společné diskuze a doporučení ani nápad s použitím pomůcky „smajlík“ nebyl účinný a situace se uspokojivě nevyřešila.

Problém se začal projednávat týmově⁴⁸ a byli zapojeni i externí odborníci (sexuolog, psychiatr). Pracovní tým s klienty po několika schůzkách (byl pořízen zápis) na základě společných diskuzí a zejména přání Jana došli k dohodě, že Lumír nebude Jana navštěvovat na jeho pokoji. Nejedná se o restriktivní opatření, pouze o dohodu mezi klienty, asistentkami a vedením. Protože Jan nikdy nevyjádřil zřetelně nesouhlas a sexuální zájem Lumíra toleruje, vedení organizace vyhodnotilo, že se nejedná se o sexuální obtěžování. Dohoda je dobrovolná, vedení ani asistenti nemají prostředky, aby znemožnili vzájemné navštěvování klientů. Když asistent odejde z bytu, klienty nikdo nekontroluje. K domluvě o nenavštěvování se Jan vyjádřil: *„Asistenti tady na bytě si opravdu přejou, abychom to nedělali. Říkali to mně i Lumírovi.⁴⁹ Ale on se toho nebojí. Nerespektuje zákaz vstupu do pokojů a sexu. Jenže Lumír je v tom špatnej, v tom sexu, jako, že to neovlivňuje, protože ho to bolí, když to nedělá. Když to nedělá, tak je dobrej, bavím se s ním jako s kamarádem. On furt nadává na asistenty, že mu to pokazili, že ho to hrozně bolí. A jak vy jste spokojený se zákazem návštěv na pokoji? Já jsem spokojený, to jo. Ale Lumír není moc spokojený. Vy jste říkal, že tu dohodu porušuje. Velice často ho porušuje, protože on přijde. Je tu ještě jedno opatření, smajlík. To vymyslela ... (jmenuje osobní asistentku), to vám ukážu, je támhle nad postelí. Když je veselej, tak to můžu, a když je smutný, tak ne. Domluvili jsme se, že to nebudeme dělat, on sám to říkal, ale pak zase říkal, že ho to bolí a je celej ubulenej... jako z toho sexu a tak to porušuje a nejde tomu zabránit. Co se týče sexu, vždycky říkám, nejsem velký pán.“* Dohoda o tom, že Lumír nebude navštěvovat Jana v jeho pokoji, nechtěné intimnosti neomezila, pouze klienti změnili prostředí. Jan začal chodit do pokoje k Lumírovi. Opět proběhla diskuze týmu pracovníků s klienty, došlo k nové dohodě o úplném nenavštěvování na pokojích. Domluva o nenavštěvování ani „smajlík“ nad postelí Jana, který symbolizuje souhlas či nesouhlas, nevyřešily problém. Intervence ze strany pracovníků ch. b. měla pozitivní dopad, ale vždy jen na krátkou dobu. Do řešení situace se zapojila důvěrnice, která v tom čase s ch. b. spolupracovala. Oba klienty začala individuálně vzdělávat v oblasti vztahů a sexuality.

Jan nedokáže Lumíra odmítnout, rád od něj přijímá různé dárky a sladkosti, Lumír tímto způsobem s Janem manipuluje, i když ví, že mu intimnosti nejsou příjemné: *„On mluví hodně, ale neřekne ne. Ne neřekne.“* Vy víte, že se mu vaše dotyky nelíbí? *„On neřekne ne.“* Druhou dohodu o

⁴⁸ Tým byl složen s osobních asistentek obou klientů, koordinátorky, sociální pracovnice, vedoucího chráněného bydlení.

⁴⁹ Z přímé řeči Jana vyznívá, jako by společná dohoda byla zákaz na základě přání asistentů. Připomínám, že ch.b. reagovalo na podnět a přání Jana. Z ostatních rozhovorů je znát, že Jan si přeje situaci řešit a opatření mu vyhovuje.

vzájemném nenavštěvování vyřešili klienti tak, že své intimnosti přesunuli do obývacího pokoje. To způsobilo ještě větší problémy v soužití se spolubydlicími. Tahle situace je velice komplikovaná a náročná pro všechny zúčastněné a společné soužití všech klientů na bytě je problémové. Nabízí se řešení, které není přímou reakcí na tuhle problémovou situaci, ale přispěje k jejímu řešení. Lumír od nástupu do Ch. b. pracuje na osamostatnění s cílem jednou bydlet ve svém bytě. Proto vedení chráněného bydlení začalo spolupracovat i s otcem Lumíra a společně došli k nápadu, že se Lumír přestěhuje do bytu, který je v jeho vlastnictví. Organizace přeřadí Lumíra z programu chráněného bydlení a poskytne mu potřebnou podporu v programu podporované bydlení. Lumír se těší na bydlení ve svém bytě. Na otázku, proč se musí stěhovat, odpověděl: „*Kvůli Jiřině. Jí se to nelíbí vůbec. Ta říká, že mam jít pryč už, huš. Ona na mě křičela, jdi pryč odsud. A Jiřina udělala bum, práskly dveře. Jiřině se to vůbec nelíbí, ona má kluka (Jana) ráda.*“

Postup řešení problému (shrnutí, plán a možná rizika):

1. Jan se svěřil asistentce, stěžoval si nejprve na to, že nemůže spát, je unavený, nemá chuť k jídlu, slyší hlasy a bojí se divných lidí na ulici. Postupně se svěřil i s tím, že ho Lumír obtěžuje. O problému společně několikrát diskutovali, sešli se s vedoucím chráněného bydlení a i společně s Lumírem hledali řešení.
2. Prvním opatřením je obrázek („smajlík“) nad postelí Jana, který má vyjadřovat, kdy se sexuálním kontaktem Jan souhlasí a kdy ne.
3. Vyšetření u sexuologa i psychiatra.
4. Tým (složený z osobních asistentek, sociální pracovnice, vedoucího chráněného bydlení) na společné schůzce s Janem a Lumírem došli k dohodě, že Lumír nesmí chodit k Janovi do pokoje, pouze pokud ho Jan sám pozve. Později se domluvili na tom, že se po odchodu asistentky na pokojích nebudou navštěvovat vůbec.
5. Individuální osvěta poskytnutá důvěrníci. Důvěrnice zmapovala pomocí dotazníků znalosti klientů v oblasti sexuality a jejich schopnost vyjádřit souhlas se sexuální aktivitou (viz níže).
6. Tématem dalších individuálních rozhovorů s důvěrníci bylo vysvětlování pojmů z dotazníku, kterým klienti nerozuměli, zmapování problému a pohledu klientů na celou situaci. Důvěrnice zjišťovala i názory osobních asistentek a spolupracovala s nimi. Uskutečnila s Janem a Lumírem i společné schůzky a podporovala je v tom, aby vyjádřili své názory a pocity. Uskutečnili společně praktický nácvik, jak má Jan Lumíra odmítnout. Oba ochotně spolupracovali.
7. Osobní asistentka s Janem trénuje vyjádření nesouhlasu. Ve spolupráci s vedoucím chráněného bydlení budou nacvičovat schopnost odmítnout a vyjádřit nesouhlas s pomocí videotréninku.

8. Lumír se přestěhuje do vlastního bytu, bude mu poskytnuta podpora samostatného bydlení. Toto řešení je dobré hlavně pro Jana, spokojená bude i Jiřina a Igor (spolubydlíci). Byt, do kterého se Lumír přestěhuje, má tři samostatné pokoje, s podporou otce a osobní asistentky bude hledat spolubydlíci. Při tomto procesu je třeba brát v úvahu rizika, plynoucí z neschopnosti Lumíra vyjádřit souhlas/nesouhlas se sexuální aktivitou. Lumír zejména potřebuje fyzický kontakt, jeho přestěhování tento osobní problém neřeší. Přesto se toto řešení v současné době nabízí jako jediná přijatelná metoda, jak problém vyřešit. Jan je rád, že se Lumír odstěhuje. Přál by si, aby se k nim do bytu mohla nastěhovat jeho přítelkyně. Zdá se, že jeho přání není nereálné, pokud jeho přítelkyně podá přihlášku do chráněného bydlení.
9. Lumír potřebuje vzdělávání i terapii v oblasti sexuality. Domlouvá se další podpora externího odborníka, který poskytuje individuální poradenství i vzdělávání lidem s mentálním postižením formou skupinových či individuálních diskuzí na téma sexualita. Osobní asistentka s ním diskutuje o vztazích a bude Lumíra podporovat v hledání partnera/partnerky.
10. I pro Jana je vhodná další terapeutická intervence. Domlouvá se další podpora externího odborníka, který poskytuje individuální poradenství i vzdělávání lidem s mentálním postižením. Jan potřebuje zejména nácvik asertivních dovedností a schopnosti vyjádřit nesouhlas se sexuální aktivitou.
11. Osobní asistentky, koordinátorka, sociální pracovnice i vedoucí chráněného bydlení budou jako doposud podporovat klienty respektujícím způsobem. S ohledem na jejich důstojnost a jedinečnost nadále budou pružně reagovat na jejich potřeby.

Výsledek rozhovorů s Janem: Pan Jan prokázal znalost termínů týkajících se sexuality. Mluvil i o tom, že dříve se v organizaci účastnil skupinového vzdělávání na téma sexuality. Dokázal popsat, co je to pohlavní styk, masturbace, vyvrcholení, těhotenství. Ví, jaký je rozdíl mezi kamarádem a partnerem, Lumíra považuje za kamaráda. Nerozumí pojmu antikoncepce, ale zná kondom jako ochranu proti početí. Velké mezery měl u znalostí PPCH a jejich prevence. Neznal žádné nemoci, které se přenášejí pohlavním stykem. Na otázku, jestli zná AIDS, syfilis nebo kapavku, odpověděl: „*Jo, to mi něco říká. A já znám taky hroznou nemoc, cholera. Nebo když jsem dlouho na sluníčku... úžeh.*“ Velkým problémem je, že Jan nedokáže definovat nesouhlas se sexuální aktivitou. Verbálně nedokáže nechtěnou aktivitu odmítnout. A neví, jak by se v situaci sexuálního obtěžování měl zachovat. Jako své intimní partie označil penis, varlata, záda, zadek, chodidla. „*Jsem lochtivej, nesmí mě líbat, nesmí mi křičet do uší, nesmí mi silně drtit ruku. Pohlazení, to ano, to může... facku mi taky dát může.*“ U Jana je velké riziko sexuálního zneužívání, je snadno manipulovatelný. Je potřeba mu poskytnout další individuální podporu zejména v posílení osobní zodpovědnosti, úcty sám k sobě a podporovat ho v tom, aby se dokázal samostatně rozhodovat a vyjádřit svůj nesouhlas. Je třeba mu zdůraznit riziko pohlavně přenosných chorob a prevenci proti nim.

Výsledek rozhovorů s Lumírem: Pan Lumír neprokázal znalost základních pojmů z oblasti sexuality, některé zná, ale nedokázal je vysvětlit. Chápe rozdíl mezi kamarádem a partnerem, jako hlavní rozdíl uvedl: „*Nemůžu s ním spát.*“ O Janovi mluví jako o svém kamarádovi. Pojem manželství zná, ale nedokázal ho definovat. Slovo svatba zná: „*Paní si bere kluka...*“ Pojmu milování/soulož/pohlavní styk nerozumí, neví, jak probíhá, myslí si, že při milování automaticky dojde k početí: „*Maminka má potom dítě.*“ Nezná žádné pohlavně přenosné choroby, ale už slyšel o AIDS. Neví, co je ochrana proti PPCH, ale zná kondom: „*aby paní neměla miminko a AIDS.*“ Vědomosti o těhotenství má zkrácené, neví, jak dlouho trvá. Pojmy masturbace/onanie nedokáže definovat, ale po vysvětlení řekl, že to zná, ale že nikdy sám nemasturboval, zeptal se: „*A nebolí to?*“ Pojem vyvrcholení/orgazmus nezná. Umí popsat části lidského těla u muže. Problém měl u popisu ženského těla, nezná žádné slovo pro označení vagíny. Nikdy prý neviděl ženu nahou, na otázku, jestli ví, že žena nemá penis, odpověděl překvapivě: „*Ne.*“ Jako místo, kde se ho nesmí cizí lidé dotýkat (intimní partie), označil pouze oblast genitálií. Jako místa, na kterých se ho může dotýkat partner, označil oblast genitálií a dlaně. Na otázku, jak vyjádří nesouhlas, když se ho začne cizí osoba dotýkat na místech, které označil, nedokázal odpovědět. Pan Lumír nedokáže projevit informovaný souhlas ani nesouhlas. V minulosti prokázal, že umí dát aktivně najevo libost a nelibost. Ví, komu se může svěřit, že může mluvit o sexualitě s osobní asistentkou a vedoucím chráněného bydlení. Pan Lumír je klient ohrožený rizikem sexuálního zneužívání. Jeho první sexuální zkušenost byla homosexuální, vzpomíná na ni s nelibostí, ale tento model chování si přenáší do současného vztahu. Lumír o sexualitě neví téměř nic, je nutné mu poskytnout další vzdělávání. Možná proto, že mu nebyla v rodině poskytnuta dostatečná sexuální výchova, neprokázal elementární znalost o sexualitě. Pan Lumír projevuje zájem o fyzický kontakt a chtěl by si najít partnera/partnerku, ale nerespektuje dostatečně potřeby druhých lidí a dožaduje se neodkladného uspokojení především vlastních potřeb.

Diskuze

Už v první kapitole jsem se zabývala vývojem sexuality a jejími determinantami. Sexualita se formuje od narození, základ sexuality je tvořen biologicky a psychosociálně. Sexualitu lze formovat i v dospělosti, má to velký význam zejména u lidí s mentálním handicapem. Ale neměli bychom vliv sexuální výchovy přeceňovat. MATĚJČEK (1995) upozorňuje, že sexuální výchova probíhá ve třech rovinách. Rovina vztahová, citlivost a citovost, se kterou se dítě setkává hlavně v rodině, je nejdůležitější a určující pro pozdější sexuální život. Následuje sociální rovina učení, která také působí silněji než rozumová rovina učení. (Sec. cit. In VOLFOVÁ, KOZÁKOVÁ, VELEMLÍNSKÝ, 2008, s. 63) K těmto ontologickým determinantům sexuality se u lidí s mentálním handicapem přidávají ještě specifika postižení. Proto nemůžeme v praxi počítat s tím, že klienty stačí informovat o sexualitě jednorázovým školením. V kapitole 5. 6. jsem zmínila, že klienti konkrétního chráněného bydlení byli několikrát proškoleni, organizace se dlouhodobě zabývá otázkou sexuality lidí s mentálním postižením. I asistenti jsou proškoleni a poskytují základní informace o sexualitě klientům podle jejich potřeby. Přes veškerou tuto snahu organizace i asistentů je patrné z uvedených rozhovorů, že někteří klienti nemají dobré znalosti o sexualitě. Jejich deficit znalostí může mít několik příčin. Schopnost učení vůbec se odvíjí od specifík postižení a schopnost prožívat sexualitu může záviset i na stupni mentálního handicapu. (EISNER, 2011) KEMPTON také upozorňuje, že postižení samo o sobě ztěžuje možnost získávání informací a znalostí, které jsou potřeba k rozvoji zdravé sexuality. (Sec. cit. In WALKER-HIRSCH, 2007, s. 30) Ze své praxe usuzuji, že klienti, kteří mohou informace o vztazích a sexualitě uplatnit v praktickém životě, prokazují lepší znalosti. Vzdělávání klientů musí být adresné a reagovat na jejich konkrétní potřeby, potřebují mít možnost účastnit se rozhodnutí vztahujících se k jejich životům. (SWANGO-WILSON, 2011) Jako hlavní cíle sexuální edukace uvádí WALKER- HIRSCH (2007, S. 31) podporu sociálního přijetí a posilování sociálních kompetencí. Takto pojatá sexuální výchova zahrnuje nejen základní informace o sexualitě, předané např. formou skupinového školení. Mnohem lépe lze těchto cílů dosáhnout individuálním přístupem ke klientům v chráněném bydlení. Základním cílem chráněného bydlení je integrace lidí s mentálním postižením do společnosti a posilování jejich samostatnosti ve všech oblastech života. Pokud se s touto ideou spojí i ochota organizace podporovat zdravou sexualitu klientů, jsou tím dané pevné základy pro dosažení cíle. Systematická práce se sexualitou klientů, jejíž pravidla jsou jasně popsána v protokolu sexuality, chrání a pomáhá nejen klientům, ale i asistentům a zastřešuje jejich práci podporou organizace. Chráněné bydlení nejen splňuje základní předpoklady pro realizaci sexuální výchovy, jak je stanovila KOZÁKOVÁ (2004), ale troufám si říct, že chráněné bydlení, které ve své práci představuji, tyto předpoklady i přesahuje. Ještě bych zde ráda zmínila názor Novosada, který připomíná, že u lidí s mentálním postižením *„často dochází k rozporu mezi duševním a tělesným (a tedy i sexuálním) vývojem. Je zde nutno využít možnosti výchovy, vytvořit vhodné prostředí pro koedukované soužití i užívání vhodných technik antikoncepce a metod nekoitálních sexuálních aktivit. Jen tak předejdeme*

nežádoucím nekontrolovaným projevům sexuálního chování a celkovému emočnímu deficitu.“ (NOVOSAD, 2000, s. 38) Předpoklad, že jedině za použití vhodných technik antikoncepce a metody nekoitálních sexuálních aktivit předejdeme nežádoucím projevům chování, silně připomíná diskriminující přístup a je v kontrastu s názorem odborníků, kteří se zabývají sexualitou lidí s mentálním postižením u nás i v zahraničí. Uvedu jeden názor za všechny: *„Sexuální chování lidí s mentálním postižením nelze generalizovat. Odvíjí se od osobních zkušeností, stupně a kombinace postižení, závisí také na věku a vlivech prostředí. Samotný typ mentálního postižení nebo fyzický věk nedává kompletní informace o sexualitě jedince.*“ (THOROVÁ, 2012, s. 40) Lidé s mentálním postižením potřebují zejména individuální přístup, nelze nadiktovat nějakou univerzální metodu řešení pro všechny. Nebo předpokládat, že pokud lidé s mentálním postižením nebudou používat antikoncepci a budou provozovat i koitální sexuální aktivity, jistě to bude mít důsledky v jejich nekontrolovatelném sexuálním chování a celkovém emočním deficitu. Názor Novosada může být i v rozporu s Chartou sexuálních a reprodukčních práv IPPF, kde je v paragrafu 2.1 řečeno: *„Každý má právo svobodně rozhodovat o svém sexuálním a reprodukčním životě, přičemž jedná s patřičným ohledem na práva ostatních.*“ V celé své práci jsem se snažila hájit důstojnost a práva lidí s mentálním postižením na zdravé prožívání sexuality. I v praxi chráněného bydlení, které jsem představila, je důstojnost klientů respektována a hájena.

Závěr

Cílem mé práce bylo zdůraznit důležitost sexuality pro každého člověka bez rozdílů. Sexuální zdraví je součástí celkového zdraví a je nedílnou podmínkou kvalitního života. Každý člověk bez rozdílu má zaručeno v České republice právo na svobodné prožívání sexuality, tak, aby nebyl omezován někdo jiný. Sexuální práva lidem zajišťují deklarace práv, mezinárodní dokumenty i dokumenty vlády ČR. Tím se mi podařilo cíl splnit. Teoreticky jsem popsala specifika sexuality lidí s mentálním postižením. Zmapovala jsem cíle, základní předpoklady a témata vzdělávání/osvěty v oblasti sexuality dospělých lidí s mentálním postižením. Pro praktické využití jsem zařadila i názorné pomůcky/techniky pro sociální práci se sexualitou. Charakterizovala jsem osobnost odborníka, který se zabývá sexualitou lidí s mentálním postižením, a etické zásady, kterými je povinen se při své práci řídit. Snažila jsem se srovnat zahraniční a českou odbornou literaturu. V České republice se tématu sexuality věnuje jen několik odborníků, ale postupně přibývá článků, diplomových prací i jiných publikací, ze kterých je možno čerpat. Zahraniční literatury je k tématu mnoho, v angličtině vyšlo několik knih, bohužel jsou těžko dostupné. Hodně jsem čerpala z odborného časopisu *Sexuality and Disability*, který je dostupný online. Ze zahraniční literatury je patrný náskok a delší tradice v řešení otázek okolo sexuality lidí s mentálním postižením. Jsou v ní zmapovány postupy a metody sexuální edukace, které v české literatuře téměř nenajdeme.

Popsala jsem metody práce se sexualitou v konkrétním chráněném bydlení. Jako výzkumnou metodu jsem pro tento účel využila analýzu interních dokumentů, hlavně Protokol sexuality a nahrávané rozhovory. Nahrávané rozhovory jsem vedla s pěti klienty, jejich celý přepis jsem zařadila do přílohy. Klienti dali k rozhovorům písemný informovaný souhlas. Struktura rozhovorů vycházela z dotazníku, který je v příloze Protokolu sexuality, je určen k zmapování úrovně znalostí klientů. Rozhovory byly polo-strukturované, základní struktura je dána dotazníkem, ale v rozhovorech reaguji na otázky klientů a vysvětluji jim pojmy, kterým nerozumí. Při popisu sociální práce se sexualitou jsem vycházela hlavně z vlastní zkušenosti. Od roku 2009 jsem pracovala jako asistentka v chráněném bydlení, v roce 2010 jsem navíc přijala pozici tzv. „důvěrnice“. Prošla jsem potřebným školením. V roce 2011 jsem pracovní poměr přerušila a v roce 2013 jsem se do organizace vrátila jako dobrovolník. Mohla jsem s klienty individuálně spolupracovat na základě jejich zakázky z oblasti vztahů a sexuality. Ve své diplomové práci jsem této zkušenosti využila zejména pro popis individuální případové práce, uvedla jsem dva nejkomplikovanější příklady spolupráce s klienty a řešení jejich problému v oblasti sexuality. Chráněné bydlení, které jsem popsala, začalo poskytovat svým klientům podporu v oblasti sexuality a vztahů už v roce 1994. Postupy sociální práce se sexualitou se v tomto chráněném bydlení neustále zdokonalují, asistenti jsou průběžně školeni, vždy je v organizaci nejméně jeden pracovník speciálně vyškolený v oblasti sexuality, který se věnuje individuální práci s klienty. Myslím si, že popis postupů, které organizace využívá při individuální práci s klienty, může sloužit jako příklad dobré praxe.

Na úplný závěr bych ráda podotkla pár postřehů a nápadů pro praxi. V České republice je v zařízeních poskytujících pobytové služby postupně zaváděn Protokol sexuality. Ideální by bylo, kdyby všechny sociální služby měly zpracované své postoje k sexualitě klientů. A to tak, aby tyto informace byly klientům dostupné před tím, než se rozhodnou, jestli uzavřou smlouvu o poskytování služeb. Dalším krokem by mělo být zaměření na individuální plánování v oblasti vztahů a sexuality. Na začátku individuální práce se sexualitou bych doporučila u každého klienta pobytových sociálních služeb zmapovat jeho úroveň znalostí a schopnost vyjádřit informovaný souhlas/nesouhlas. Tím lze zjistit, jaké je u konkrétního klienta riziko sexuálního zneužívání a tak mu lze lépe předcházet. Na základě odpovědí jistě vyplynou i další zakázky.

Napadá mě v souvislosti s praxí několik otázek. Velký otazník je nad tím, jak a kde uchovávat informace o sexualitě klientů. Jakým způsobem a komu informace zpřístupnit? Má být složka v kanceláři organizace, na bytě u ostatních složek klienta nebo na obou místech? Jaké informace zaznamenávat písemně a které ne? Popsat celý průběh rozhovorů či přepis rozhovorů nebo napsat jen rámcovou zprávu o tom, co bylo s klientem diskutováno? Mělo by u rozhovorů být více osob pro vyloučení podezření na nevhodné chování ze strany důvěrníka? Měl by být důvěrník stejného pohlaví jako klient (v kontrastu se sexuální preferencí klienta), aby se předcházelo omylům, zamilování či sexuálně motivovanému jednání?

Téma sexuality vždy vzbuzuje a vzbuzovalo mnoho otázek. V dnešní společnosti už sex není tabu, naopak je všude kolem. Snad se v blízké budoucnosti dočkají lidé s jakýmkoliv postižením uznání svých potřeb a práv nejen odborníky, ale i většinovou společností.

Summary

Sociální práce se sexualitou dospělých lidí s mentálním postižením v chráněném bydlení

Social Work with Sexuality of Adults with Intellectual Disabilities in Sheltered Housing

Bc. Vendula Machová

In my diploma thesis I expressed the importance of sexuality for every human being. Sexual health is part of general health conditions and is a necessary condition of a quality life. Every human has the guaranteed right to enjoy sexuality freely, on condition that no one is constrained. Sexual rights are guaranteed by Bill of Rights, international agreements and also by documents issued by Czech government. I have theoretically described the goals, basic assumptions and educational topics in the area of sexuality of people with mental disabilities. For practical reasons I have included the illustrative tools/techniques for social work with sexuality. I have described the personality of an expert, who is occupied with the sexuality of mentally disabled and ethical rules, to which he/she is obliged to follow. I have tried to compare Czech and foreign scholar literature. I have described the methods of working with sexuality in a concrete Sheltered Housing. As a research method I used the analysis of internal documents, especially Sexual report and recorded interviews. When describing social work with sexuality I have relied mainly on my own experiences. In my diploma thesis I have used my experience primarily for description of individual case study; I mentioned two most complicated examples of cooperation with clients on the solution to their sexual problems. Institution I have described has long experience with providing individual support in sexual matters and relationships to their clients. The practices for social work with sexuality are defined in internal document of Sheltered housing with the title "Protokol sexuality". Sheltered housing respects dignity and rights of mentally disabled people to regularly enjoy sexuality the way they choose. I am convinced that the description of procedures, which are used by the institution in individual work with clients, can serve as an example of a good practice.

Seznam užitých zdrojů:

Prameny

BAZALOVÁ, B. *Autismus, vztahy a sexualita u nás a v zahraničí*. In: Sexualita mentálně postižených II. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. ORFEUS, 2009, ISBN 978-80-903519-7-4

EISNER, P. *Materiály ke kurzu: Sexualita lidí s mentálním postižením I. a II.* Praha: o.p.s. Pohoda, nepublikovaný text, 2011

FAFEJTA, M. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Věrovany: nakl. Jana Piszkiwicze, 2004, ISBN 80-86768-06-6

GOMEZ, M., T. *The S Words. Sexuality, Sensuality, Sexual Expression and People with Intellectual Disability*. *Sexuality & Disability*, 2012, Vol. 30, pp.237–245

KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. Orfeus, 2004, ISBN 80-903519-0-5

LÖFGREN-MÅRTENSON, L. *May I? About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities*. *Sexuality and Disability*, 2004, Vol. 22, No. 3, pp. 197-207

MELLAN, J. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob*. In: Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. Orfeus, 2004, ISBN 80-903519-0-5

PONDĚLÍČEK, I., PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. *Lidská sexualita jako projev přirozenosti a kultury*. Praha: Avicenum, 1971, ISBN 80-075-71

Postoj Společnosti ...⁵⁰ k oblasti sexuality klientů Chráněného bydlení (Protokol sexuality), interní materiál, Praha 2010

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

SWANGO-WILSON, A. *Meaningful Sex Education Programs for Individuals with Intellectual or Developmental Disabilities*. *Sexuality & Disability*, 2011, Vol. 29, pp.113–118

SWANGO-WILSON, A. *Systems Theory and the Development of Sexual Identity for Individuals with Intellectual or Developmental Disability*. *Sexuality & Disability*, 2010, Vol. 28, pp.157–164

TÄUBNER, V. *Vybrané problémy sexuální výchovy u handicapovaných lidí*. In: Sborník referátů, 9. celostátní kongres k sexuální výchově v ČR, Pardubice: SPRSV, 2001, ISBN 80-86559-23-8

THOROVÁ, K., JŮN H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním postižením nebo s autismem*. Praha: APLA, 2012, ISBN 978-80-260-2759-1

ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5

⁵⁰ Nejmenuji název organizace kvůli ochraně osobních informací o klientech

Sekundární literatura

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P.: *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-550-4

BEDARD, CH., ZHANG H. L., ZUCKER K. J. *Gender Identity and Sexual Orientation in People with Developmental Disabilities*. *Sexuality and Disability*, 2010, Vol.28(3), pp.165-175

CHIVERS, J., MATHIESON, S. *Training in Sexuality and Relationships: An Australian Model*. *Sexuality and Disability*, 2000, Vol. 18, No. 1

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007

KOVÁŘ, P. *Znásilnění a sexuální zneužívání z pohledu gynekologa, specifika u handicapovaných*. In: *Sexualita mentálně postižených II*. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. Orfeus, 2009, ISBN 978-80-903519-7-4

KRACÍK, J. *Sexuální výchova postižené mládeže*. Praha: Karolinum, 1992, ISBN 80-7066-626-9

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8

MELLAN, J. *Sexuální výchova pro zdravotně postižené*. in: Sborník referátů, 11. celostátní kongres k sexuální výchově v ČR, Pardubice: SPRSV, 2003, ISBN 80-86559-23-8

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014, Praha: Úřad vlády České republiky, 2010, ISBN 978-80-7440-024-7

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5

OWEN, F., GRIFFITHS, D., M. *Challenges to the Human Rights of People with Intellectual Disabilities*, kapitola 7: *Sexuality and Human Rights of Persons with Intellectual Disabilities*. London, Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers , 2009. ISBN 9781843105909 184310590X

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, ISBN 80-866633-40-3

PLESNÍKOVÁ, H. *Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi rodiči mentálně postižených osob k problematice sexuality mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. Orfeus, 2004, ISBN 80-903519-0-5

RŮŽKOVÁ, N. *Protokol o sexualitě a vztazích v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby osobám s mentálním postižením*. Diplomová práce, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta pedagogická, Plzeň, 2010.

SPIILKOVÁ, J. *Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi pracovníky Ústavů sociální péče v ČR k problematice sexuality mentálně postižených*. In *Sexualita mentálně postižených*. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. Orfeus, 2004, ISBN 80-903519-0-5

SPIRIT, M. *Základy práva pro neprávnický*, Plzeň, Čeněk, 2004, ISBN 80-86898-03-2

ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta u mentálně postižených v pregraduální přípravě studentů FTK Univerzity Palackého*. In Sborník referátů. Sexuality mentálně postižených. Praha: o. s. Orfeus, 2004, ISBN 80-903519-0-5

STOČESOVÁ-LINHARTOVÁ, J. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením*, In Sexualita mentálně postižených. Sborník materiálů z celostátní konference, Praha: o.s. Orfeus, 2004, ISBN 80-903519-0-5

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-060-7

SWANGO-WILSON, A. *Caregiver perceptions and implications for sex education for individuals with intellectual and developmental disabilities*. Sex. Disabil., 2008, Vol. 26, Issue 3, pp.75–81

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 2009. ISBN 978-80-86429-36-6

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, ISBN 978-80-7320-099-2

WALKER-HIRSCH, L. *The facts of life and more: sexuality and intimacy for people with intellectual disabilities*. Baltimore, Md. [u.a.]: Brookes, 2007. ISBN 978-1-55766-714-4

Užití encyklopedie a slovníky

KRAUS et. al.: *Nový akademický slovník cizích slovník*. Praha: Akademia, 2006(s.360). ISBN 80-200-1415-2S

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-368-0

Elektronické dokumenty nebo jejich části

BIANCHI, G. *Sexualita a intimní občianstvo*. Pardubice: Sborník z kongresu Pardubice, 2004 [online] Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006010633>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Demografické ročenky* (pramenná díla) 2010-2011 [online] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie

Deklarace sexuálních práv, Valencie, Španělsko, 1997. [online] Dostupné z: <http://www.indiana.edu/~kinsey/resources/valencia.html>

Deklarace o právech lidí s mentálním postižením, OSN, 1971. [online] Dostupné z: www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3

Etický kodex sociálních pracovníků ČR, 1995. [online] Dostupné z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

Evropská sociální charta, Rada Evropy, 1961. [online] Dostupné z: http://www.euroskop.cz/gallery/5/1685-a68a972d_f156_4666_bc5d_3ef7feb00a48.pdf

Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF, 1995 [online] Dostupné z:
http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf

Madridská deklarace, Evropský kongres, 2002. [online] Dostupné z:
<http://www.nrzp.cz/dokumenty-odkazy/zkusenosti-ze-zahranici/413-madridska-deklarace.html>

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, OSN, 1993.
[online] Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/standardni-pravidla-pro-vyrovnani-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/>

Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se ZP, 2004. [online] Dostupné z:
[http://socialnirevue.cz/item/zprava-o-opatrenich-koncepce-statni-politiky-vuci-obcanum-se-zdravotnim-postizenim/ category/socialni-politika](http://socialnirevue.cz/item/zprava-o-opatrenich-koncepce-statni-politiky-vuci-obcanum-se-zdravotnim-postizenim/category/socialni-politika)

Světová deklarace sexuálních práv, [online] Dostupné z :
http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=4288&s_ts=40606,5888541667
Úmlouvou o právech dítěte (OSN, 1989). [online] Dostupné z: Dostupné online z:
<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, OSN, 2006. [online] Dostupné z:
<http://www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>

Všeobecná deklarace lidských práv, OSN, 1948. [online] Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). *Sexual and reproductive health*, 2012
[online] Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

Zákoně o rodině 1963/94 Sb. [online] Dostupné z: Dostupné online z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/7262/Zakon_o_rodine.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1. Přepisy nahrávaných rozhovorů

Rozhovory autorka vedla podle předlohy, která je v Protokolu sexuality Chráněného bydlení. Klienti poskytli písemně informovaný souhlas s nahrávaným rozhovorem. Jména uvedená v rozhovorech jsou změněná.

Pan Petr, 54 let, (střední mentální handicap)

Jaké je vaše pohlaví? Jste muž nebo žena?

Kluk, muž.

Kolik je vám let?

Neví.

Máte partnerku?

Ne.

Chtěl byste mít partnerku?

Chtěl.

Jak byste se s ní chtěl seznámit?

Libat.

Nejdřív, se musíte poznat. Jak se lidé seznamují?

Že jí řeknu ahoj.

A kde byste se mohli seznámit?

Na večírku.

Dobře, pomůžu vám sledovat, kde a kdy se konají společenské akce. Pojdme na další otázku: Máte nějakou sexuální zkušenost?

Já jsem jí svléknul, Janu. A líbal jsem jí a hladil jsem jí na prsou. A ona už to potom paní doktorka nechtěla. Ona šla potom k nějaké doktorce.

Vy jste spolu měli pohlavní styk?

Ne.

A proč se chcete s někým seznámit?

A bych měl ten...jak ty to říkáš, mít ten styk.

A víte, jak to má sex probíhat?

Já bych jí sundal podprsenku a kalhotky a potom už by to bylo.

Mohl bys to popsat víc. Viděl jsi to někdy v televizi?

Jo, mám porno.

Tak mi to lépe popište, když se svléknou, jak ten sex dál probíhá?

Ona roztáhne nohy a já bych jí tam dole cucal.

A co je dál, když se muž se ženou milují?

Pak mají miminko.

A jak vznikne to miminko.

Že jí to bolí.

Bolí, že ho má v břiše? Ale jak to miminko vznikne?

Že chlap dá tam toho frantu.

Penis, a kam ho dává.

Do té ...

Do vagíny, to můžete říct, není to sprosté slovo. Po sexu s mužem může žena otěhotnět, jak jste říkal. Ale může také chytnout nějaké pohlavně přenosné choroby. Znáte nějaké?

To je to, jak se to přenáší.

Ano, může se to stát, že se takové nemoci přenáší milováním. Ale zase to neznámá, že při každém milování hned člověk musí

onemocnět, nebo otěhotnět. Znáte nějakou takovou nemoc?

Neví.

Slyšel jste třeba o AIDS?

To jsem nikdy neslyšel.

Ani syfilis, nebo kapavka?

Ten syfilis jo, kapavku taky jo, v televizi.

To jsou vážné nemoci, musí se léčit. A na AIDS lidé umírají. Jak se dá chránit před takovými nemocemi?

Ten tondon.

Kondom.

Kondom. Nejde mi to vyslovit.

To nevádí. Umíte si ho koupit?

Jo, to umím. Ale já už nemám peníze, a nemůžu si ho koupit, až vydělám.

Kondom není drahý. Musí se používat při každém milování. Umíte si ho nasadit?

Zkoušel jste to někdy?

Jo, zkoušel.

Mám tu další otázky. Od koho získáváte informace o sexualitě (hygiena, kontroly u lékaře, vztahy, láska)?

Od toho doktora, jak jsou na to...

Myslíte sexuologa.

Sexuologa.

A vy nějakého znáte?

Ne.

Tak koho se na to ptáte?

Asistentů.

A máte nějaké kamarády, se kterými si povídáte o sexu?

S Alenou.

S tou se vidáte?

Jo, pracuje ve (jmenuje název organizace, chráněného zaměstnávání).

Chodí občas na návštěvu?

Ne, už má zakázáno.

Proč?

Všechno tady sežrala. (směje se)

Můžete se o tom bavit s někým z rodiny, třeba s tetou?

S tetou jo. Já jsem jí říkal, že si chci sehnat holku a teta mi říkala, že to nemůžu, že to nejde sehnat holku.

Říkala, proč to nejde?

Ne.

Možná má pravdu, nemusí to vyjít, ale pokusit se o to můžete, třeba budete mít štěstí.

Rozhodně neexistuje, žádný zaručený způsob, jak sehnat přítelkyni.

Proč chcete holku?

Pro sex.

To taky není jisté, že když se vám podaří najít holku, tak že se s vámi bude chtít milovat.

Zuzka mě má ráda.

Zkusím vám pomoci jí zkontaktovat a pozvat na oslavu.

Máte pocit, že máte dostatek informací o partnerství a sexu? Myslíte, že o tom víte dost?

Vím.

Kdybyste si chtěl jít koupit kondom, komu byste řekl?

Asistentovi, ale teď mám zákaz utrácení.

No, co se dá dělat, když nemáte peníze, musíte šetřit. Teď hned ho snad nebudete potřebovat.

Jaký je rozdíl mezi kamarádem a přítelem? Jak se pozná kamarád od přítele?

Je to... chodím se ženskou. (Musím se hodně doptávat.) S Jarkou se držím za ruce, a se Zuzkou taky. Můžu se s ní líbat. A dál už nevím...

A milování? Můžete se s kamarádkou milovat?

Milování s kamarádkou. (Petr často opakuje poslední slova věty, kterou řeknu)
Ne, s kamarádkou se nemilujete. To je rozdíl mezi kamarádkou a přítelkyní. S holkou se kterou chodíš, to je tvoje přítelkyně, s tou se můžeš líbat a milovat, pokud oba chcete. S kamarádkou si jen povídáte, nebo třeba jdete na procházku.
Co je manželství?
Že chodí s ní, že se milují.
Jak se z dvou lidí, kteří spolu chodí, stanou manželé?
Neví, jak odpovědět (Doptávám se). *Musí mít svatbu.*
Věděl byste, co si ženich a nevěsta slibují při svatbě?
Že budou dělat styky.
To si neslibují na svatbě. Slibují, že si budou věrní, že si budou pomáhat, budou spolu žít, ctít se navzájem a milovat se. Manželství není jen o sexu, je hlavně o lásce.
Co je pohlavní styk (milování, soulož)?
Styky, milujou se a on jí to strčí do toho...milujou se a dělají takový styk.
Co má muž (ukazují obrázek)?
Frantu.
A co má žena (ukazují obrázek)?
Ženská má kočička.
Jak přesně proběhne to milování?
Oni se otočí a dávají si pusinky.
Dobře, tak muž má toho frantu, jak jsi říkal.
Kam ho strká?
Do zadku.
Do zadku?
Ženě do zadku.
Ne, někam jinam, kam?
Teda né, do kočičky.

Co je antikoncepce, kondom?
To se strčí na ten tenisák, teda né tenis...penis.
Je to ochrana proti miminku.
Ano a ještě je to ochrana proti něčemu jinému.
Kvůli tomu, jak je ten...já se nemůžu vykoktat... tu nemoc.
Ano aby si lidé nepředávali při milování pohlavní choroby. Kde byste ho koupil.
V krámě.
Co je masturbace (onanie)?
Hm...onanovat, to je...nevím.
Když muž je sám v pokoji, může si sám šahat na penis, muže dojít k vyvrcholení. Onanování je příjemné, přináší uvolnění. Znáte to?
Jó, to dělám. Je to příjemný.
To je a dělá to každý. I ženy. Víte, co je orgasmus/vyvrcholení?
Ne.
U mužů to je, když při onanování vystříkne sperma. To je ta nejpříjemnější chvilka, tomu se říká orgasmus. A ženy to také můžou zažít.
Je to taková lepiví.
Umíte popsat části těla muže a ženy na obrázku?
Umí to popsat dobře. Pohlavní orgány pojmenoval: *Franta, varlata* u muže, u ženy *kočička*.
Upřesňuji, že je lepší používat penis a vagína, ale to co používáte, není vulgární.
Víte, co je sexuální zneužívání?
Jo, to je když je ženská (nemůže to vyslovit)... Zneužívání? (kýve) Takže zneužívání je, když někdo ženu sexuálně obtěžuje?
Chlap.
Sexuální zneužívání znamená, že někdo na vás sahá, líbá, nebo s vámi má pohlavní styk a vám se to nelíbí. Tak třeba může muž zneužívat

ženu, nebo i muž může zneužívat muže. Nikdo vás nesmí nutit do sexu, pokud nechcete.

Znáte slovo homosexuál?

Jo to jsou ty, chlapy, co se líbají s chlapama.

Ano. Pokud se jim to oběma líbí, je to v pořádku.

Poznáte na obrázku intimní části těla? Označte části těla, kterých se nesmí dotýkat cizí lidé.

Označil intimní partie a hrudník.

Označte části těla, kterých se může dotýkat vaše partnerka, třeba Jarka, nebo Zuzka. (pro kontrolu)

Označil intimní partie a ruce. „na zadek ne“

Co byste udělal, kdyby k vám přišel cizí člověk a začal na vás šahat?

Budu se mračit.

A co budete dělat, když nepřestane?

Rozčílím se a řeknu, proč mě tam šaháš.

Ještě něco byste udělal? Komu se svěříte, pokud se vás bude cizí osoba dotýkat na intimních místech?

Řeknu to asistentovi. To už se mi stalo jednou na dovolený. Já jsem jednou přebral toho jednoho zpěváka...ne tam mě přebral Korn. Měl strach, že je bouřka a já jsem si dělal srandu z něho, že se bojí.

On se s vámi pral Korn?

Né, ten kluk Korna.

A jak to vypadalo, když se s vámi pral?

Dal mi pěstí.

Tekla vám krev?

Né.

Aha, to je zvláštní příhoda. To ale nevypadá, že to bylo sexuální obtěžování. Probrali jsme všechny otázky. Děkuji za rozhovor.

Paní Alena, 36 let (lehké mentální postižení)

Jaké je vaše pohlaví? Jste muž nebo žena?

Žena.

Kolik je vám let?

36 mi je už.

Máte partnera/partnerku?

(kýve)

Jak jste se seznámili?

Tady na bytě jsme se seznámily.

To už spolu chodíte déle, než co spolu bydlíte, ne?

To jo, ale já nevím, jak dlouho.

A jak jste se seznámili?

To bylo v ... (jmenuje název organizace, chráněného zaměstnávání)

V dílnách?

Jo v dílnách.

Jak dlouho se scházíte? Přibližně. Vy už jste spolu několik let, že?

Myslím, že 10 let.

Povězte mi něco o něm? Jaký je, co rád dělá...?

Je hodnej...má rád auta...a jsou hezký, že jo?

Povíte mi o něm ještě něco?

je hodnej, no a má hezký oči.

A jeho další zájmy? Kam spolu rádi chodíte?

Na výstavy chodíme rádi. Byly jsme na výstavišti, byly tam obrazy.

Máte nějakou sexuální zkušenost?

To nevím, co to je.

Sexualita je vše, co se týká našich vztahů, přátelských i partnerských. Zahrnuje vše, co cítíte, vaše chování. Je to soužití dvou lidí, sexuální styk mezi nimi. K sexualitě patří také seznamování se, zájem o další lidi. Máte nějakou zkušenost?

(přikyvuje)

Nemusíte mi říkat podrobnosti.

Co je sexualita?

Seznamování...partnerství a manželství. Akorát tomu nerozumím co je to manželství.

Za chvíli si o to vysvětlíme. Od koho získáváte informace o sexualitě?

Nevím.

Myslíte, že s asistentkou se o tom můžete bavit? Nebála byste se jí na něco takového zeptat?

Nebála.

Asistentů se na otázky okolo sexu můžete ptát, když něco nebudete vědět.

Na koho se obrátíte, když potřebujete poradit?

Na asistentku.

Vysvětlíte mi, kdo je kamarád.

Kamarád je ten, kdo se mnou kamarádí.

A co spolu můžete například dělat, s kamarádem, nebo kamarádkou?

Třeba na procházku jít.

Ještě mi řekněte něco víc, jak se chováte ke kamarádům?

Já nevím.

Máte nějakou kamarádku?

Jo v práci.

A máte jí ráda?

(Kýve hlavou)

Dáte si spolu třeba kafičko, nebo někam společně jdete? Co můžete ještě spolu dělat?

Někam se projít třeba.

Povídáte si spolu? Svěřujete se jí, když vás něco trápí?

Jo.

S přáteli si povídáme, svěřujeme se jim, pomáháme si navzájem, zajímáme se o sebe navzájem, trávíme společně volný čas.

Teď mi vysvětlíte, kdo je partner. Nemusíte mi popisovat vašeho partnera, jen mi řekněte, co znamená, když se řekne, že je někdo něčí partner.

To je jako můj kluk.

Ano, jaký rozdíl mezi kamarádem a partnerem?

Partner může víc.

Co je manželství?

Jako manžel a manželka, že spolu žijou.

Jaký je rozdíl mezi partnery a manžely?

Že manžel a manželka můžou mít spolu děti.

V dnešní době mají často děti partneři, kteří nejsou manželé. Co musí udělat partneři, když se chtějí stát manžely?

Svatbu.

Věděla byste, kde se dělají svatby?

V kostele.

Nebo?

Na zámku.

Ještě také na radnici. Jediný rozdíl mezi manžely a partnery je ta svatba. Věděla byste, co si manželé slibují při svatbě?

Vrtí hlavou, že ne.

Slibují si věrnost, že si budou stát po boku v dobrém i ve zlém. Budou se navzájem ctít a respektovat. A budou se mít rádi, budou si vzájemně oporou.

Co je pohlavní styk (milování, soulož)?

Soulož je, když se milujou.

A jak to probíhá?
Že spolu jsou svlečený a že ten manžel to dává do té manželky...ten penis do té vagíny.

Říkáte to správně, nejsou to sprostá slova, v soukromí se o tom můžeme bavit. Jen zjišťuji, jestli těmhle slovům rozumíte.

Co je antikoncepce?
To jsou takové prášky, ne? Aby nebyla těhotná.

A existuje ještě jiná antikoncepce než prášky?
Tělísko...a já ho mám.

Ještě pánská ochrana, co se nasazuje na penis.
Co je to?
Kondom.

Jak žena otěhotní?
Že muž to do ní stříkne.

Jak dlouho těhotenství trvá, kolik měsíců?
Osm?

Přidejte.
Tak devět.

Co se stane po tom, když muž stříkne sperma do ženy? Jak dojde k tomu, že má žena v břiše dítě?
Se oplodní to vajíčko spermií.

Výborně, potom roste miminko v břiše 9 měsíců.

Jak žena porodí?
Tady dole.

(Pěči o dítě jsme probrali v rozhovoru s Alenou i Pavlem, bez nahrávání.)

Co je masturbace (onanie)?
Nevim.

To je, když někdo sahá sám sobě mezi nohy. Na penis nebo na vagínu. Člověk sám sebe hladí v intimních místech, tak, že je mu to příjemné. Myslíte, že může masturbovat i žena?
Myslím, že jo.

Víte, co je to orgazmus?
Vrtí hlavou, že ne.

U mužů to lze dobře popsat. Je to chvíle, kdy muž při milování nebo při onanování ejakuluje. To znamená, že mu z penisu vystříkne sperma. U toho prožívá moc příjemný pocit. Myslíte, že takový pocit může mít i žena?
Myslím, že jo.

Máte pravdu, není to poznat, tak jako u mužů. Ale například při masturbaci, když se sama hladí, nebo když jí hladí muž na vagíně, mohou ženy také zažít moc příjemné pocity i ten orgazmus. Rozumíte mi?
Ano.

Znáte nějaké pohlavně přenosné choroby?
Asi kapavka.

Ještě nějakou znáte?
Ne

Říká vám třeba něco Syfilis, nebo AIDS?
To se taky chytne při milování!? A může se na to i umřít.

Existují i jiné, méně závažné choroby, projevující se například výtokem, svěděním, nebo vyrážkou, na které se neumírá. Jak se před nimi člověk může chránit?
Kondomem.

Umíte popsat části těla muže a ženy na obrázku?
(Popsat části těla umí dobře, nepoužívá vulgarizmy.)

Poznáte na obrázku intimní části těla? Označte části těla, kterých se nesmí dotýkat cizí lidé.
(Označila prsa, intimní partie, stehna. Po doptání zadek.)

Označte části těla, kterých se může dotýkat váš partner. (pro kontrolu)

(Označila prsa, intimní partie, zadek.)

Může se dotýkat všude?

Jo.

Jak dáte najevo, že vás cizí člověk obtěžuje?

Například, kdyby si k vám cizí člověk přisedl tady na náměstí na lavičku a sáhl vám na stehno. Co byste udělala?

Řekla bych, nechte mě být.

Udělala byste ještě něco?

Odešla bych.

O co dál, kdyby šel za vámi?

Tak to nevím.

Máte u sebe mobil? Komu byste mohla zavolat?

Jo. Asistentovi, nebo policajty.

Správně. A když byste odešla, kam byste šla?

Domů.

Šla byste spíš někam, kde jsou lidé nebo kde nejsou?

Kde jsou lidi.

Ano, to je bezpečnější. Řeknete někomu o pomoc?

Řeknu, že mě obtěžuje nějaký chlap...a když tak zavolám asistentovi.

Komu se svěříte, pokud se vás bude cizí osoba dotýkat na intimních místech?

Asi asistentovi, nebo vedoucímu bytu.

Řekla byste to partnerovi?

Ano.

To jsou všechny otázky, které jsem tu měla připravené. Děkuji vám za rozhovor. Chcete se ještě na něco zeptat?

(Vrtí hlavou, že ne.)

Pan Jindřich, 39 let, lehká mentální retardace

Jaké je tvoje⁵¹ pohlaví? Jsi muž nebo žena?

Jsem muž.

Kolik je ti let?

39

Máš partnerku?

Nemám.

Chtěl bys mít partnerku?

Já teda jo.

Jak by ses mohl seznámit?

Jo, to je těžký. Hlavně kde? Hlavně nevím kde.

O čem by jsi si s cizí slečnou povídal? Jak bys jí oslovil.

Já ti teda nevím o čem, takhle z hlavy ti to nepovím. Třeba o nějaké muzice. To by se vidělo.

Máš nějakou sexuální zkušenost?

Žádnou teda nemám, myslím, že ne.

Co je sexuální zkušenost?

Třeba masturbace, to je normální. Pak už se mi uleví a je klídek.

A mohou mít sexuální zkušenost také dva lidé?

Jo, to je sex.

A může být sexuální zkušenost i líbání?

Jo, líbání, nebo ošahávání, mazlení.

⁵¹ autorka zná klienta od roku 2010, přirozeně si vzájemně tykají

Takže sexuální zkušenost může mít člověk sám se sebou nebo s partnerem stejného, nebo opačného pohlaví. Pokud se to oběma líbí a nikoho to neobtěžuje, je to v pořádku.

Ne, s chlapem ne. Já ne.

Ty třeba ne, ale některým mužům se líbí muži. Není na tom nic špatného, neměli bychom je odsuzovat.

Od koho získáváš informace o sexualitě?

Jenom tebe se na to můžu zeptat, nikoho jiného nemůžu.

Asistentů ne?

Ne, to nejde.

Proč?

Aňa má svého přítele...a každý má ty svoje přítelíčky.

To je pravda. Ale stejně se jich můžeš ptát.

Myslím, že ne.

A nějakého kamaráda?

Kamarád zatím žádný. S kamarády se o tom nebavim.

A s kým se o sexualitě budeš bavit, až já v chráněném bydlení dokončím svojí práci a odejdu?

To si nechám pro sebe zase.

Můžeš se o tom bavit třeba s vedoucím Ch.B.

Tam se nedostanu, já jsem furt v práci.

On by nejspíš mohl přijít sem, kdybys chtěl.

Jednou tady byl. Pak už ne.

Asistentů se také můžeš zeptat. Jsou proškolení, a měli by ti dát odpověď na základní otázky.

Chodí sem na službu nějaký asistent muž?

Asi ne. Nebo možná jeden jo. Ale ten se na nic takového neptá.

Jaký je rozdíl mezi kamarádem a partnerem?
Jak se pozná kamarád od partnera?

Přátelství to je takový nic moc, kecáme o všem možným, co se jako dá, o blbostech.

Kamarádství, to je jenom pokecat, popovídat víc nic.

Žádné dotýkání?

Ne, to vůbec.

Můžeš být kamarád s mužem i se ženou?

S ženskou to jo, ale s chlapem teda ne.

Ty nemáš žádné kamarády mužského pohlaví?

Nemam. S nima si jen popovídám.

No ale, když si s nimi povídáš, tak to jsou kamarádi. Vždyť máš nějaké kamarády chlapy.

Třeba Patrik. S nim pokecam o všem možným, o muzice.

A jak popíšeš, co je to s někým chodit, mít partnerku, milenku, nebo manželku?

No tak milenka, že by mě lízala pind'ika a zadek. To může být taky dobrý. To taky nevadí, že bych jí taky lízal zadek, vagínu. To je tak dobrý.

A to bys s kamarádkou nedělal?

Ne s kamarádkou ne.

Takže hlavní rozdíl mezi kamarádstvím a partnerstvím je hlavně intimní vztah a sex?

Jo...hlavně ten sex.

Co je manželství?

To je nejhorší, co může bejt. Pozor, to je nejhorší. Manželství fujtajxl, to je hrozný. Furt z tebe tahá prachy a nechod' do hospody. To víš, že jo! Dej pokoj, manželství.

Od koho jsi tohle slyšel?

Od mámy naší. To vím od spousty lidí.

Tak mi to ještě víc popiš, kromě toho, že je to hrozný. Co odnáší manželství?

Všechno možný...

Nebo jak vznikne?

Že se vezmou dva spolu.

Kde se vezmou?

Na nějaký radnici.

Co si manželé při svatbě slibují?

Že budou svoji, a spoustu věcí.

Věděl bys, co dál si slibují?

Že se budou mít rádi.

Dál si slibují, že se budou podporovat, že o sebe budou pečovat, že si budou věrní...

No jo, že si budou furt věrný, až do smrti.

Jak by se k sobě měli chovat manželé?

Slušně, aby si nenadávali, nemluvit sprostě. A takový ty nadávky, jako nechod' do hospody.

Připadá mi, že ty by ses nechtěl oženit.

No to ne. Asi ne.

A proč bys chtěl partnerku?

Na sex. To jo.

Muži hodně myslí na sex, ale ženy tolik ne. Ženy víc zajímá láska a vztah. Aby tě partnerka měla ráda, a chtěla se s tebou milovat, ty bys jí také musel mít rád a dávat jí lásku najevo. Co myslíš, že to obnáší?

Že bysme se spolu líbali a tamto...

Dobře, líbání je předehra, ale to jsme pořád u sexu. Láska je také o něčem jiném.

Ted' ti nevim.

Mít rád, to jsi říkal.

A jak dáš najevo, že máš někoho rád? Jak by ses ke své partnerce měl chovat?

Budu k ní slušný, nebudu jí říkat nějaké jiné věci. Nenadávat sprostý věci.

Říká ti něco gentlemanské chování? Slyšel jsi, že je někdo gentleman?

Jo, to jsem slyšel.

A jak se takový člověk chová?

Je slušnej, nenadává.

Dnes už takové chování známe spíš z filmů pro pamětníky. Gentleman se pozná třeba podle toho, že ženě podrží dveře.

Jo třeba dveře od výtahu.

No třeba. Je takové milé slušné chování. Například, když budeš chodit se ženou, mohl bys jí přinést kytku. To mají ženy rády.

To znám.

Vztah není jen o sexu, ale o lásce, o tom, že s partnerem trávíte společně čas. Jdete třeba do kina, kavárny, nebo na procházku.

...směje se.

Posuneme se k dalším otázkám.

Znáš nějaké pohlavně přenosné choroby?

No to znám.

Jaké?

AIDS, kapavka. To ti ochlupatí celý pind'ík.

Ne přímo ochlupatí, spíš se takové nemoci projevují vyrážkou na pohlavních orgánech, nebo po celém těle. A na AIDS může člověk i ...?

chytit... a umřít.

Vzpomeneš si ještě na nějaké pohlavně přenosné nemoci?

Syfilis.

Jak se před takovými nemocemi můžeš chránit?

No, kondomem na pindíka. Teda říkám to správně slušně?

Ano, ale penis je lepší výraz. Pindík není vulgární, nebo urážlivé.

Jak žena otěhotní?

Jo, tak to je nejhorsí. Když vystříknu a budu mít nasazený na pindíkovy kondom, tak ta žena nebude těhotná.

Správně. Kondom je ochrana proti otěhotnění i proti pohlavně přenosným chorobám. Je nutné ho při každém milování použít.

Popiš mi, jak dojde k otěhotnění. Když se dva lidé...?

...líbají, ne milujou.

Jak dlouho trvá těhotenství? Kolik měsíců?

Víš, že nevím.

Devět měsíců. Oplodněné vajíčko roste v děloze 9 měsíců, pak žena dítě porodí. O dítě se potom musí rodiče zodpovědně starat.

Znáš nějakou jinou formu ochrany proti těhotenství? Co mohou užívat ženy?

Nevím.

Existují prášky, hormonální antikoncepce, které žena bere každý den. Nebo další formy ochrany, třeba tělísko.

Co je to sexuální zneužívání?

Osahávání. Teda ne.

Jo. Může to být i osahávání. Co znamená to zneužívání?

Osahávání do vagíny, na prsa, zadek.

Dobře. A když je někdo zneužíván, osaháván jak říkáš, tak se mu to líbí, nebo nelíbí?

Tak třeba se jí to líbí nebo ne. Já nevím.

To zneužívání právě znamená, že se to té ženě nelíbí. Může být zneužíván i muž. Zneužívání můžou být muži i ženy. Hlavně to znamená, že se tě dotýká někdo, tak jak se ti to nelíbí a není ti to příjemné. Nebo tě člověk může obtěžovat tím, že se ti odhalí, ukáže ti nahé tělo. Když to udělá cizí člověk na ulici, je to také sexuální obtěžování. Nebo kdyby ty jsi něco podobného udělal, je to sexuální obtěžování a ty jsi pachatel trestného činu. Slyšel jsi někdy v televizi o znásilnění, třeba ve zprávách?

Jo, to jsem slyšel, že byly nějaké holky zneužívané nějakým chlapíkem. Pěkně děkuju! To je hrůza.

To opravdu hrůza pro ty ženy. Toho chlapíka potom zatknou policie a jde do vězení.

Co je masturbace (onanie)?

To je když si honim pind'oura. Tobě to říct můžu.

Co je orgazmus?

Jo to nevím..co to je?

To je ten pocit při masturbaci, když se ti uleví, jak jsi říkal. Ta chvíle kdy vystříkne semeno z penisu.

Jo to znám, to se mi vždycky uleví.

Co znamená homosexuál?

Jak se to říká slušně. To je takovej ten teplej chlápek. Takoví ty teplí lidi. Já to vždycky vidím. To jsem jednou jel tramvají z práce a byly tam dvě teplý ženský. Já říkám týjo.

Co je heterosexuál?

Víš, že nevím.

To jsou všichni lidé, kterým se líbí opačné pohlaví. Je to většina lidí. Muži, co se jim líbí ženy a ženy, co se jim líbí muži.

Co je bisexuál?

Neví.

Co je prostituce?

Takovej ten podnik. Bordel. Tam jsou ženský, co furt vrtí zadkama. Je to drahý, stojí to hodně peněz.

A za co se tam platí?

Za sex, za vykouření pind'oura. A já nevím, co tam ještě dělají.

Jak lze jinak říci vykouřit pind'oura? Je forma sexu.

Jak tomu říká...no vykouřit.

Je to orální sex. Orál je pusa. To je lepší termín.

-v rozhovoru následuje popis částí těla muže a ženy na obrázku.

Jindra umí vše dobře poznat a pojmenovat.

Poznáš na obrázku intimní části těla? Označ části těla, kterých se nesmí dotýkat cizí lidé.

Na krku, na uších, na čumáku, na rukou, na pupku taky ne. Počkej, kde ještě? Na očích taky ne, na puse taky ne, na pind'ík.

Ještě někde?

Jo zadek, tam taky ne.

Na nohy ti může cizí člověk šáhnout?

Na nohy jo.

Označ části těla, kterých se může dotýkat partnerka. (pro kontrolu)

Na rukou, na uších, na zadku. Muže všude.

Jak dáš najevo, že tě cizí člověk obtěžuje dotýkáním?

Já bych mu řekl nevošahávej mě! Odejdi! Já nevím, co bych mu řekl slušně. Vodejdi ode mě! (s důrazem v hlase)

To je dobře. Musíš se bránit, kdyby na tebe někdo cizí šahal.

Já bych se bránil. Řekl bych, nešahej na mě, odejdi nebo uvidíš!

Komu se svěříš, pokud se tě bude cizí osoba dotýkat na intimních místech?

Já bych to řekl třeba ... (jmenuje vedoucího Ch.B.)

Komu bys to řekl hned.

Jedině... (jmenuje vedoucího Ch.B.)

Měl bys to říct i asistentům. Je to vážná věc, kdyby se tě někdo pokusil zneužít.

Co kdyby se stalo, že by na tebe sahal asistent?

Taky bych mu řekl, ať na mě nešahává. A řekl bych to... (jmenuje vedoucího Ch.B.)

Probraly jsme všechny otázky dotazníku. Děkuji za rozhovor.

Pan Jan, 38 let, střední mentální retardace

Jaké je vaše pohlaví? Jste muž nebo žena?

38

muž.

Máte partnera/partnerku?

Jaké máte postižení?

Partnerku mám.

Lehký postižení. Mám Downovo syndrom

Líbí se vám muži nebo ženy?

Kolik je vám let?

ženy

Jak jste se seznámili?

S partnerkou jsem se seznámil v kavárně, ve (jmenuje název organizace, která provozuje chráněné zaměstnávání).

Vy jste tam oba pracovali?

Ano. My jsme tam pracovali, protože jsme byly kavárníci. A já jsem vyhrál barmana roku.

Jak dlouho se scházíte s přítelkyní?

Každou neděly, od léta.

Povezte mi něco o ní? Jaká je, co ráda dělá...?

Ona je u maminky, pracuje v práci, je v „drustevně“ to je taky organizace, která pomáhá. A ona tam.

Povíte mi o ní ještě něco?

mlčení...jo tak řekl bych o ní, že se má dobře, je pohádková, má ráda pohádky. To každá ženská je. Má ráda sladký, oslavy.

Mate jí rád?

Jo mám, moc, moc. Ona má takovou zvláštní podobu, ta (jmenuje přítelkyni), ona je podobná jedné postavě, kterou mám taky na fotce. Jestli vám to můžu ukázat. To je spíš přezdívka, aby jste se orientovala. Já jí mám tady někde schovanou. Tadyhle. Heřmiona z Haryho Potera. Připomíná mi tuhleto paní Heřmionu. Protože oni mají takový oči pronikavý a protože mají takový půvab. Taková je ona.

Ukazuje mi ještě text s názvem Portrét Jana:

Dětství jsem prožil u babičky, která o mě pečovala, hodně jsme spolu cestovali. Od mládí až do dospělosti jsem žil v děcáku. Začal jsem v (jmenuje název Ch.B.) bydlet jako druhý klient. A poznávám tady život lidí, jak si žijou. Udělal jsem kolečko po různých bytech, v kterých byly, klienti, kteří tam bydlely. Někteří si prožili podobný život jako já. Ted' už mám trvalé bydlení na (jmenuje název obce). Moje babička byla herečkou. Já taky, natáčel

jsem v televizi, v různých reklamách a teleschopingu. Poznal jsem tam hodně hereček. Chtěl bych pracovat ve filmové dílně. Zajímá mě, jak si žijou herci a herečky a rád bych s nimi mluvil do mikrofonu. Je to pro mě zajímavá představa. Zajímá mě příroda, voda. Voda je můj živel. Staral jsem se o květiny a o přírodu na zámku Kozel. Rád jezdím na koních. Rád pěstuji ve svém bytě hodně činností, rád se zapojuji do různých pracovních činností, které jsou třeba. Mám okolo sebe mnoho kamarádkyých přátel. Jsem bezva chlap.

To jste. Máte to hezky napsané. Můžeme se vrátit k povídání o té sexualitě?

Máte nějakou sexuální zkušenost?

Jo, to mám.

Co je sexuální zkušenost?

Jsem to zažil od těch ženských, který předtím jakoby byly. Jsem s nima navázal i kontakty.

A co je tedy sexuální zkušenost? Je to třeba pusa, hlazení nebo je to přímo sex? Co myslíte?

To je mezi...jak bych to řek...sexuální záležitost je když muž se svlékne, žena taky. A když si to chtějí navzájem udělat, ten sex. A vždycky když jsou na posteli, a ten sex vypadá jako spíš...já nechci být sprostý.

Nemusíte se stydět, popište mi to tak, jak byste o tom mluvil třeba s kamarádem.

Prostě ten pind'our si vleze do té kočičky a dělá se to v té kočičce. A trošku to tam musí vystříknout. Tak to je ten sex. A mě se to párkrát stalo s těma bývalýma holkama. Zatím to byly jen dvě. Kecám, vlastně tři. A jako na pohledu to vypadalo velice dobře. Že ta ženská to dělá velice pomalu.

Bylo to příjemné?

Bylo, moc, moc. Protože ona má tělo měkké.

Milování má být příjemná věc. Pokud milování není příjemné, tak to není v pořádku.

Od koho získáváte informace o sexualitě?

Většinou se o tom bavím se sexuologem. To ví asistentka, kdy tam půjdu, já to mám tady v kalendáři.

Tam jste byly zatím jen jednou?

Jen jednou, ale půjdu tam ještě jednou si popovídat. A jinak jsem se bavil s osobní asistentkou, ale ne úplně do podrobností. To ona už vycítí, že to nechce probírat až dovnitř toho.

A existuje ještě někdo, s kým se o sexualitě můžete bavit.

No...jedině sám se sebou.

A teď ještě se mnou. Jsem tady proto, abychom se bavily o vztazích a o sexu. Máte pocit, že máte dostatek informací? Například o hygieně, seznamování, sexuálním styku, pohlavně přenosných chorobách.

Hygienu, to já o sobě pečovat umím, tomu rozumím. Vnitřní sexualita je od toho, abych vypadal slušně oblikaný, abych měl čisté oblečení. Taký abych se bál sám o sebe a neobtěžoval ty druhý.

Jaký je rozdíl mezi kamarádem a přítelem? Jak se pozná kamarád od přítele?

Mít někoho rád. Ten druhý má rád taky. To je kamarád. My co tady bydlíme, na (jmenuje místo bydliště) a měly bychom spolu vycházet, tak se máme rádi.

Kdo je partner, Když ho milujete, chodíte spolu, máte se rádi?

Partner má ženu, a je to partner a partnerka.

Takže partneři mohou být jen muži se ženami?

Co se týče u mužů, můžou spolu navzájem chodit, to můžou ano. Muchlovat se můžou, dotyky v obličeji můžou, ale líbání ne. Víš na co já narážím.

Vím. Jaký je rozdíl mezi kamarádem a partnerem, je to právě v tom dotýkání?

Já jsem chtěl chodit s tou přítelkyní (jmenuje přítelkyni). A já nevím, jestli je ta dotyčná sexu založená.. Jestli má respekt toho kluka, prostě ten sex. To prostě nevím.

Možná se jí na to můžete opatrně zeptat.

Uvidím, co mi ona odpoví. Ale musím opatrně.

Jak byste se zeptal?

Promiňte slečno, nezlobte se, nebude vám to vadit. A nebudu slušnej? A pak bych se zeptal: máte se mnou pohlavní styk? a ona odpoví, buď mám nebo nemám.

Mohl byste se přítelkyně zeptat: Myslíte, že se se mnou někdy budete chtít milovat? Není to slovo milovat pro takovou příležitost lepší? Pohlavní styk je takové oborné, příliš se to nehodí použít pro romantickou chvíli.

Tak to zkusím, ještě jednou. Dobrý den Terko, můžu se tě na něco zeptat? Až budeš chtít, až budeš mít čas, dám ti na to čas a uvidí se kdy se mnou se budeš chtít milovat.

To jste řekl moc pěkně. Je těžké se na něco takového ptát. Alespoň to teď máte natrénované.

Co je manželství?

Muž se ženou mají lásku. Muž a žena spojení láskou.

Jak se dva lidé, kteří spolu chodí, stanou manžely?

Muž musí poprosit o ruku ženu, jestli ho chce nebo nechce. Pak je sňatek. Ten je v domácnosti u svých rodičů. Pijou šampusy a připijou si.

A ten sňatek probíhá v domácnosti?

Né...v kostele. Já vlastně ani nevím, co je sňatek.

Sňatek je právě ta svatba v kostele, nebo na radnici. Vy jste asi myslel, že před svatbou je zasnoubení.

Jo. Ta svatba, to si popřejou, vymění si prstýnky, manželské políbení.

Víte, co si manželé slibují?

Že spolu budou žít dobře nebo lépe.

V dobrém nebo špatném, pořád spolu. Dále že si budou věrni.

...a oddaní.

Už jsme mluvily o tom, co je pohlavní styk (milování, soulož). Myslíte, že muže mít pohlavní styk jen muž se ženou?

No to je jasný, ne.

Existuje i soulož mezi dvěma muži, nebo dvěma ženami?

No já jsem to měl právě i tak. Ale řeknu vám, že to není ono.

Někomu se to líbí, jiným ne. Můžu se zeptat, jak to probíhalo?

Tak většinou jsme se osahávali na pind'oura nebo na zadek, pak mě ještě onanoval. Já jeho taky, on mě donutil. Tak jsme se onanovali. Né jako každý den, nebylo to pravidlem, ale ...Ten Lumír mě nutil každé den, a pak sme onanovali.

Lumír je první muž se kterým jste měl sexuální zkušenost.

Lumír on zažil taky něco podobnýho. Na (jmenuje minulé místo bydliště Lukáše), byl taky klient, který byl taky na muže, taky. Lumírovi se to nelíbilo, takže proto se přestěhoval od tamtud sem. A tak se to taky přeneslo. A on se tomu nemohl ubránit.

Vám to není příjemné, to onanování s Lumírem?

No...mě to je příjemný, jako to jo. Jenomže on nemá cit, on má obrovskou sílu a mě už to

párkrát bolelo. On to dělá velice rychle a důrazně. Už jsem se taky chtěl bránit.

Už jsme to spolu probírali. Jak by vztah vás dvou, tady na bytě, měl vypadat? Co si přejete, jaké je ideální řešení?

Asistenti tady na bytě si opravdu přejou, abychom to nedělali. Říkali to mě i Lumírovi. Ale on se toho nebojí. Nerespektuje zákaz vstupu do pokojů a sexu. Jenže Lumír je v tom špatnej, v tom sexu, jako, že to neovlivňuje, protože ho to bolí, když to nedělá. Když to nedělá, tak je dobrej, bavím se s ním jako s kamarádem. On furt nadává na asistenty, že mu to pokazily, že ho to hrozně bolí.

A jak vy jste spokojený se zákazem návštěv na pokoji?

Já jsem spokojený, to jo. Ale Lumír není moc spokojený.

Vy jste říkal, že ten zákaz porušuje.

Velice často ho porušuje, protože on přijde. Je tu ještě jedno opatření, smajlík. To vymyslela (jmenuje osobní asistentku), to vám ukážu, je támhle nad postelí. Když je veselej, tak to můžu a když je smutný, tak ne. Domluvily jsme se, že to nebudeme dělat, on sám to říkal, ale pak zase říkal, že ho to bolí a je celej ubulenej...jako z toho sexu a tak to porušuje a nejde tomu zabránit. Co se týče sexu, vždycky říkám, nejsem velký pán.

Řekl jste mu že vám to není příjemné? Nebo aby to nedělal?

Hm...hm...to je jako do dubu, on vás sice poslechne, zamyslí se a zase bude mlít něco jiného.

Takže vy jste mu jasně řekl, že s ním nechcete mít intimní styk?

Jo řekl, ale ono to moc nefunguje...ty zákazy. A ten smajlík, co mám nad postelí je úplně zbytečný. Když ten smajlík se směje, tak se Lumír může přitulit, líbání to může být. Ale

když se ten smajlík otočí, Lumír trochu zatlačí, toho se nebojí toho žlutého, jak kdy.

Takže to nerespektuje a překračuje hranice, na kterých jste se domluvily?

Ono to je jako 50 na 50. Většinou mě tahá jako hard na holi, a já jdu, protože mě tahá, někdy mě to trochu bolí, ruka nebo noha.

On vás fyzicky chytne za ruku a tahá do pokuje?

Ne fyzicky ne, tou komunikací. Já mam hranici hezkou a pak tu nehezkou a mám si vybrat, jakou cestou mám jít. A Lumírovy říkám, někdy, když se blíží večer, tak jsem unavenej, za celý den jsem udělal spoustu věcí, bolí mě záda, nohy. Tak mu občas říkám: Nech mě žít, nech mě žít. On je na ně jako štěnice, že se přisaje a nechce se ode mě pustit. Já mu nemůžu říkat, nech mě, jinak mu udělám křivdu. On mi zase udělá nějaké překvapení, nebo něco jiného. Aby ty moje myšlenky byly vymazané z hlavy, abych na to zapomněl. A když jsem utahaný, on jde jako silou a když tam pobíhá, jako většinou v obýváku. Vždycky když je večer, čeká až odejde asistentka, tak si mě vezme Lumír na parádu. Já jsem celý otrávenej, nevyspalej. A každý den.

Každý den?

Už jo.

Je to čím dál, tím častější?

To bylo tehdy, když tady byl. Ted' je na horách, ale vrátí se zase večer a na to se netěším. To je pro mě špatný od té doby.

Vy se ho bojíte?

Né já se ho nebojím, ale von na mě vytáhne zase ty jeho věci... já jsem zase nemocný, aby taky on neměl chřipku. Takže žádný tulení.

Jak si to představujete dál, když tady budete pořád spolu takhle bydlet?

On se objevuje málo kdy, Lumírek. On byl ted'ka na horách a objeví se ve středu. A pak

zase v pátek odjede. Protože o víkendu většinou si ho bere táta na chalupu. Takže o víkendu mám klid.

Takže si myslíte, že byste váš vztah dál takhle snášel? Myslíte, že by to tak mohlo být další léta, dokud spolu budete bydlet?

Já jsem mu to chtěl říct. Chtěl, ale nevím, jak to mám napravovat.

Když si představíte ideální situaci, jak byste spolu měly dál vycházet.

Když by to od něho zacházelo velmi krásně, tak žít si budu velice dobře. S tím bych byl já ještě víc spokojenej.

Co byste proto mohl udělat? Vy když se spolu tulíte, vám to někdy je příjemné a jindy ne. Mělo by to být tak, že jenom pokud budete mít náladu se tulin, tak byste mu to dovolil?

Já jsem sice kluk. Jsem o něco starší než on, mám víc rozumu než on. Chtěl jsem nějaké rozumy dát Lumírovi.

Mě by zajímalo, jestli byste chtěl, abyste tady spolu žily jako kamarádi, kteří spolu nic nemají, žádné tulení? Nebo chcete, abyste spolu občas něco měly, ale jen tehdy, když je vám to příjemné?

No, kdybych to takhle vyslovil, aby mě neošahával a měl jako kamaráda. Kdybych to já jemu takhle vysvětlil, byl bych ještě daleko statečnější. A kdybych to dokázal...pro to naše kamarádství.

Dobře. Ale raději ještě jednou: Chtěl byste, aby Lumír za vámi přestal večer chodit a přestel na vás šahat?

A šlo by tomu zabránit?

Musím vědět, co vy chcete. Potom se to můžeme pokusit splnit, určitě budeme hledat řešení. Chtěl byste, aby s tím přestal?

Já jsem chtěl, to jo. Ale neměl jsem na to vlohy.

Tak se o to můžeme pokusit společně. Všechno záleží na tom, co opravdu chcete.

No právě, všechno záleží na nás. Já bych chtěl spíš s ním být kamarád, ale ten sex ne. Já jsem mu říkal, že na to moc nejsem, že jsem na tom jinak.

Myslím, že jste říkal, že se vám líbí ženy.

No, no, právě.

Kdyby za vámi Lumír přestal chodit, vám by to nechybělo? Nějaký intimní kontakt, blízkost?

Ne, mě by to nevadilo.

Musíte hlavně sám vědět, co chcete. S Lumírem si také promluvíme. Potom bych byla ráda, kdybychom si sedli všichni tři společně a promluvily o vašich problémech. O tom, jak to vidíte vy a jak to vidí on.

To já se právě trochu bojím.

Vždyť jste říkal, že jste kamarádi.

No to jó.

A čeho se tedy bojíte?

Bojím se, jaké nápady bude vymýšlet on. Jaké má on starosti.

Musíte se vzájemně respektovat. Pokud nechcete, aby se vás kdokoliv dotýkal, tak to nesmí dělat. Pokud na vás někdo šahá proti vaší vůli, je to sexuální obtěžování a je to trestné. Existují právní předpisy, které zakazují takové chování.

Né, ono se to ještě nestalo.

Co se nestalo?

To se zatím nestalo.

Myslíte, že to mazlení s Lumírem není sexuální obtěžování?

Né, to není.

Není. Ale říkal, jste, že vám to není příjemné. Takže by to měl respektovat.

Akorát, že má ty časopisy, těch kluků, těch malých. Oni tam nejsou nahatý, ale oblečený. A já nevím, co si o tom mám myslet. Nejsem z toho moudřej.

Já o tom moc nevím, musím si s ním nejdřív promluvit. Pravděpodobně se mu líbí malý kluci. To, že má fotky dětí, na kterých jsou oblečený, to není trestné. Trestné je pokud by na ty kluky šahal, nebo je jinak obtěžoval. Za to by mohl jít do vězení.

On to nedělá, on to určitě nedělá. On jim jen říká, že je má rád, jenom, ale víc ne.

Musí to mít pod kontrolou, a vědět, že se na děti nesmí šahat. Nesmí nikomu ublížit.

On to nedělá. On je dobrý kluk, mám ho rád, jako kamaráda. Je slušnej a vychovanej, to si u něho musím cenit.

Takže by bylo fajn, kdyby jste zůstali dál přátele?

Jo, ale bez toho ...toho.

Můžeme si ještě dál povídat o sexualitě, mám tady ještě nějaké otázky? Nebo chcete o něčem mluvit vy?

No my jsme probraly, tamto, co jsem chtěl. Tak nevím.

Tak probereme ještě pár otázek.

Co je antikoncepce (pilulky, prášky, kondom, dana)?

To má žena. Když je v těhotenským stavu. Ona má takové antikoncepce, ona to má většinou...já nevím, jestli se to dává ženský nebo chlapovy?

Antikoncepce neboli ochrana, nebo kondom. Co to je, proč se to používá?

To je takový prostředek, používá se to...udělá se to na onanování, myslím ten kondom. Já

jsem to jednou měl. Většinou se do toho strká pind'our.

A proč? To má něčemu zabránit.

Já vím! No, aby ženská nebyla v těhotenství.

Ano, to je jeden důvod. Při souloži mezi mužem a ženou, dojde k ejakulaci, vystříknutí spermatu z penisu muže do vagíny ženy. Ty spermie oplodní vajíčko, a tak vznikne těhotenství.

No jo, ale většinou se to nepovede. Většinou se to nestává.

Ale ta antikoncepce se používá taky kvůli něčemu jinému. Víte co jsou pohlavně přenosné nemoci?

Přenosné?

Pohlavně přenosné choroby, nebo nemoci.

Nu u těch lidí...

Myslím, že bychom si to mohli trochu víc vysvětlit, co znamenají pohlavně přenosné choroby.

To jsou takoví lidé, kteří mají nemoci a většinou se to přenáší a většinou se to týká lidí, kteří se oblíkají do neslušných oblečení. To se tam drží a přenáší se to dál.

A jak se ty nemoci přenášejí?

No... já už jsem jednou viděl jednoho tak moc špinavého. Tak většinou se to přenáší tak, že ti stiskne ruku třeba. Nebo na mě dýchne.

Ano, takhle se přenášejí běžné nemoci, třeba chřipka, nebo žloutenka z těch neumytých rukou. Ale to nejsou pohlavně přenosné choroby, o kterých se tu bavíme. Pohlavně přenosné choroby se přenášejí právě sexem mezi mužem a ženou, nebo třeba mezi muži navzájem, či ženami navzájem. Přenáší se sexem tyto choroby. Říká vám, něco AIDS nebo Syfilis?

Jo to mi říká. A já znám taky hroznou nemoc, cholery. Nebo když jsem dlouho na sluníčku, úžeh.

To také nejsou pohlavně přenosné nemoci. My se tady teď nebavíme o všech nemocech, jen o těch, které se přenášejí sexem.

Jo ...aha.

Příště se k tomu vrátíme, probereme pohlavně přenosné nemoci, jak se před nimi chránit a přinesu obrázky. Kondom zabraňuje přenosu pohlavních nemocí, Takže je důležité ho při každém milování použít.

Nejkrásnější je u chlapa, když chlap řekne ženský. A ne obráceně, když ženská o to řekne chlapovi.

Myslíte, že s tím má začít muž?

Jo, tak je to logický, nebo ne?

Je to takový tradiční názor. Dnes už to není tak nutné, aby muž první požádal ženu o tanec, nebo o schůzku. Dneska už to bývá i obráceně. Každému vyhovuje něco jiného. Pokud vy chcete být ve vztahu ten, kdo je iniciativní, kdo se vším začíná první. Tak to tak můžete mít.

Jak žena otěhotní?

Že má nafouknuté břicho.

A jak se to stane, že má nafouknuté to břicho?

To je s tím vajíčkem. Že má to dítě, a že ono to dítě chce z břicha ven.

A stane se to tím, že muž a žena spolu mají pohlavní styk?

Ano.

Co je masturbace (onanie)?

Jo, onanování to vím. Bud' může onanovat kluk, nebo holka a kluk.

Dobře. Masturbace, onanie ale hlavně znamená, že se člověk, muž, nebo žena sami na sebe šahají, tím se sexuálně uspokojí.

Jo, párkrát jsem to viděl ve zprávách, že oni tam lidi jako nadávali na onanování mezi klukama.

Někteří muži mají rádi muže, na tom není nic špatného. Ale onanovat by každý člověk měl v soukromí, tak aby ho nikdo neviděl.

Co je to orgasmus?

Organismus? Co to může být? To slyším poprvé.

Tak se vám to pokusím vysvětlit. Orgasmus neboli sexuální vyvrcholení je ten nejpríjemnější, krátký pocit při milování, nebo onanování. U muže se to pozná tak, když ejakuluje, když vystříkne sperma z penisu. Je to takový pocit úlevy, moc příjemný. Žena také může zažít takový pocit, ale nepozná se to tak. Taky můžou samy onanovat, nebo při milování

To jó, a když přijdou dvě dámy k němu na pokoj a začnou ho onanovat, on vystříkne na tu vagínu. Tak to je jim moc příjemný.

Ne jenom žena uspokojuje muže, ale i muž ženu, hlazením, líbáním, tak, aby došla k orgazmu.

To můžou dělat i dvě ženy, já jsem to viděl, v televizi i v pornu.

Ve skutečném životě je to většinou jinak než v televizi.

Nejhorší je to na těch dětech. Já jsem to taky viděl v televizi.

To je moc smutné. Děti by se sexem neměly mít nic společného. V televizi jsou někdy příšerné příběhy...

Umíte popsat části těla muže a ženy na obrázku?

Popsal dobře.

Poznáte na obrázku intimní části těla? Označte části těla, kterých se nesmí dotýkat cizí lidé.

Označil penis, varlata, záda, zadek, chodidlo, „jsem lochtivej, nesmí mě líbat, nesmí mi

křičet do uší, nesmí mi silně drtit ruku.

Pohlazení, to ano, to může...facku mi taky dát může.“

Facku vám taky dát může?!

No, tak já nevím, co může. Pohlazení může, ale nesmí mi dát facku.

Facka je nepříjemné jako drcení ruky, to by neměl nikdo dělat! Netýká se to úplně sexu, nemusí to být sexuální zneužívání.

Jo a víš, co by taky neměl dělat? Když budu mít na zádech batůžek, svoje osobní věci, obrátím si ho dopředu, a neměl by mi hrabat dovnitř a brát peníze. Neměl by to dělat. Kdyby to udělal, tak bych mu dal facku.

Krást se nemá. To je samozřejmé.

Mluvíme už dlouho, tak toho pro dnešek už necháme. Děkuji, že jste se mnou vedl tenhle rozhovor a odpovídal na moje otázky. Probraly jsme také to, co zajímá vás?

Jo, děkuju, já jsem rád, že jste přišla, že jste tady dlouhou vydržela.

Máme hodně, o čem mluvit. Chtěla bych, abyste udělal domácí úkol. Píšete? Napište Lumírovi dopis, co byste mu chtěl říct. Nemusíte mu ho dávat. Je to pro vás, abyste si ujasnil, co chcete.

Tak jo

Pan Lumír, 36 let, (střední mentální retardace)

Jaké je vaše pohlaví? Jste muž nebo žena?

Ne to nemůžu.

Muž.

A s kamarády?

Kolik je vám let?

Ne, to vůbec.

36

Takže se o tom můžete bavit jen s asistentkou?

O koho získáváte informace o sexualitě?

A ještě o tom ví (jmenuje vedoucího Ch.b.), vedoucí bytu. A proč se máte odstěhovat z tohoto bytu?

Ten první, David.

Ivan, ten bývalí spolubydlící?

Kvůli ní (ukazuje⁵²).

Ano

Kvůli Janovi?

Jak vás poučoval o sexualitě?

Jo a kvůli Jiřině. Jí se to nelíbí vůbec. Ta říkala, že mam jít pryč už, huš. Ona na mě křičela, jdi pryč odsud. A Jiřina udělala bum, práskli dveře. Jiřině se to vůbec nelíbí. Jiřina má kluka ráda.

Jemu je šedesát let.

Vy jste spolu něco měli?

Jo, předtím.

Má ráda Jana?

Bylo vám to příjemné?

Jo, ano. Je na něj milá. A pro něj to bude jednou bolest.

Ne, blbý moc.

Proto jste se odstěhoval sem?

Jana bude bolet, že půjdete pryč, myslíte že mu to bude líto?

Hm sem.

Hm, že pudu pryč.

Je někdo s kým o takových věcech můžete mluvit, komu se svěřujete?

Protože vás má rád?

Ne, asi ne.

Jako kamaráda.

Ani asistentce?

Můžete být kamarádi, i když budete bydlet jinde. Přestěhováním přátelství skončit nemusí.

To jo, asistence to jo. (říká jméno bývalé asistentky).

Mohl by tam spát.

A teď máte jinou asistentku.

Spát? Ale jen pokud by sám chtěl.

(jmenuje současnou asistentku)

Hm. Ale on nechce.

A s tou také můžete mluvit o sexu?

Ale nedokáže vám to říct.

Hm...můžu.

Ještě s někým se o tom můžete bavit, třeba s rodiči?

⁵² klient má výraznou vadu řeči: dyslalie, občas mu špatně rozumím

On mluví hodně, ale neřekne ne. Ne neřekne.

Vy víte, že se mu vaše dotyky nelíbí?

On neřekne ne.

Máte ho rád?

Jako kamaráda.

Vy víte, že mu to tulení není příjemné. Tak, když ho máte rád, nedělejte mu to, co nechce.

Ne, myslím. (přikyvuje)

On vám asi opravdu není schopen říct ne, nechce vám ublížit, raději to vydrží, i když je mu to občas nepříjemné.

Jo. (rozvážně kýve)

Ještě si o tom budeme povídat víc později. Dnes probereme různá slova, která se týkají sexu a partnerství. Zjistím, jak jim rozumíte a pokusím se vám srozumitelně vysvětlit, co znamenají.

Jaký je rozdíl mezi kamarádem a partnerem?

Nemůžu s ním spát.

S kamarádem nemůžete spát?

jo.

Je tam další rozdíl?

Když tady Jan (asi) spí, jdu spát pozdě, a ráno přijdu pozdě do (jmenuje název organizace). Ráno vstávám v devět hodin.

Stává se vám často, že zaspáváte? Kvůli Janovi?

Ano. Právě to je ono.

Rozdíl mezi kamarádem a partnerem, je jak jste řekl v tom, že s kamarádem, nemůžete spát. Nemůžete se ho dotýkat na intimních místech.

Jo, (ukazuje na intimní místa) na koule, na zadek.

Ano, koule nebo varlata, penis a zadek. To jsou místa, na která se kamarádům nešahá.

Víte co je manželství?

Hm. Nevím.

Víte co je svatba?

Paní si bere kluka.

Ano třeba paní si bere pána, mají svatbu a potom už jsou z nich manželé.

Jako Jiřina.

Ano Jiřina s Igorem. Manželé spolu potom žijí, pomáhají si a můžou se spolu i milovat.

Já je znám. I jiné lidi.

A vy byste někdy chtěl mít svatbu?

Ne, to já nemám rád.

Nemáte rád svatby?

Mám rád malé kluky.

Víte, že s malými chlapci nemůžete nic mít?

Můžu vám něco ukázat, paní? Tyhle miluju, ty děti.

A znáte je? Odkud je ta fotka?

Ne, neznám, ty jsou z nějaké školy. Z počítače vytisknuté.

Už jsme o tom mluvily. Víte, že s dětma nemůžete...?

Spát a šahat. A oči?

Jestli se můžete na děti koukat? Dívat se na děti můžete, ale nesmíte je pozorovat nahé.

To ne. V metru byly dva kluci, Já byl tady a oni se smáli mně. Já řekl ahoj, a oni se smáli. Co to znamená?

Smáli se vám, myslíte?

Jak tahle dělám rukama. (směje se)

Jo, jak takhle plácáte rukama (opakuji to po něm), to dětem může připadat srandovní. (klient má spastické tiky v rukou, mě to vtípně nepřijde, jen jsem se nechtěla příliš zaměřovat na postižení) Rozumíte tomu, že s dětma nesmíte nikdy v životě nic mít?

Jo.

Nesmíte se dívat na nahé děti, nesmíte na ně šahat ani s nimi spát. Ani nikdy v budoucnu. Můžete se dívat jen na oblečené děti, nebo mít takové fotky.

Víte, co je pohlavní styk, milování, nebo soulož?

Děti. Maminka má potom dítě.

Když se žena s někým miluje, tak má potom dítě?

Ano.

Kdo s kým se může milovat?

To nevím.

Milovat se může žena s mužem...

Žena a muž.

Muž s mužem.

Muž muže?

Ano, také se mohou milovat muž s mužem. Nebo žena se ženou. Ale nikdy se nemůže milovat žena s dítětem, nebo muž s dítětem. To je trestné. Viděl jste někdy v televizi, že nějaký muž znásilnil dítě? (kýve) Policie ho potom najde a zavrou takového člověka do vězení. (kýve)

Víte, jak to probíhá, když se žena miluje s mužem? Umíte to popsat.

Blbě. Budu s ní spát, ona bude mít miminko.

To tak vždycky být nemusí. Je to pravda, že žena může při milování otěhotnět, ale existuje i ochrana proti otěhotnění. Věděl byste jaká?

Ne.

Kondom. (kýve) Pokud si muž nasadí kondom při milování na penis, žena nemůže otěhotnět a také je to ochrana proti pohlavně přenosným nemocem. Znáte nějaké nemoci, které se přenášejí sexem?

Ne.

To jsou nemoci, které se přenáší milováním. Milování probíhá tak, že muž vniká penisem do ženy, žena má vagínu. Víte to?

Jo.

A když by při tom neměli kondom, jeden z nich může být nemocný, a toho druhého nakazit. Může nakazit i muž muže, pokud se s ním miluje bez kondomu.

Co to je antikoncepce, nebo kondom?

Kondom to je na ...(nerozuměla jsem)?

A proč se používá?

Aby paní neměla miminko a AIDS.

Jak žena otěhotní, to už jsme probraly. Víte, jak dlouho těhotenství trvá?

Dlouho.

Devět měsíců.

Co je masturbace (onanie)?

Nevím.

Možná to budete znát. Je to když má člověk sex sám se sebou. Můžete se sám sebe dotýkat, hladit mezi nohama, na penisu, tak aby vám to bylo příjemné. Až dojde k orgazmu, vyvrcholení. To se pozná tak že z penisu vystříkne sperma. Masturbovat se musí jen, pokud jste sám v pokoji a nejlepší je se zamknout. Znáte to?

Jo.

A dělal jste to někdy?

Ne.

Opravdu? Víte, že je to zdravé?

Jo...teda ne, není.

Ale je, je to zdravé a příjemné. Pokud jste v pokoji sám, tak tím nikoho neobtěžujete. A člověku se potom většinou uleví. Zkuste to někdy, až budete sám, nemusel byste chodit za Janem, aby na vás šahal.

A nebolí to?

Nesmíte na sebe šahat, tak aby vás to bolelo. Mělo by to být příjemné.

Jo.

Můžeme pokračovat?

Jo

Umíte popsat části těla muže a ženy na obrázku?

Umí popsat tělo, penis nazval *tyč*, varlata jako *kouličky*. U ženy nevěděl, jak pojmenovat vagínu.

Můžete používat místo *tyč*, slovo penis. Viděl jste někdy nahou ženu?

Ne

Víte, že ženy nemají penis?

Ne.

Ženy mají vagínu, nebo jste mohl slyšet jiné názvy, mezi kamarády. Takže vy jste nikdy nic se ženou neměl?

Ne.

Poznáte na obrázku intimní části těla? Označte části těla, kterých se nesmí dotýkat cizí lidé.

Označil pohlavní orgány.

Označte části těla, kterých se může dotýkat váš partner.

Nevěděl.

Máte nějakou partnerku?

Mam.

Jak jste se seznámily? Jak se jmenuje?

(jmenuje název organizace, potom jméno přítelkyně).

Jak dlouho se scházíte?

Málo.

Vy se vídáte v dílnách?

Ne, jen jednou za rok.

Na horách?

Jo. Takhle mě chytá. (Ukazuje) A vyfotila mě, blbě. Ona to neumí, je mladší. Ještě chodí do školy.

A jí jste také nikdy neviděl nahou?

Ne, nic spolu nemáme.

Už delší dobu si chce Lumír udělat kávu a vypadá, že je nervózní, domluvili jsme se, že rozhovor ukončíme.

Příloha č. 2. Dokumenty obsahující základní lidská práva a specifická práva lidí s mentálním postižením

Všeobecná deklarace lidských práv (OSN, 1948)

Ze Všeobecné deklarace lidských práv vychází nebo se na ní odkazuje většina ostatních etických kodexů. Deklarace obsahuje 30 článků, ve kterých jsou zahrnuty základní lidská práva a svobody. Zejména právo na: život; svobodu; osobní bezpečnost; rovnost; ochranu proti diskriminaci; spravedlivý a veřejný soud a ochranu; svobodu stěhování a poskytnutí azylu; státní příslušnost; uzavření manželství a ochranu rodiny; vlastnit majetek; svobodné projevy myšlení, přesvědčení, víry, náboženství; pokojné shromažďování; účast na vládě - přímo nebo volbou zástupců; sociální zabezpečení; právo na práci a uspokojivé pracovní podmínky; uspokojivou životní úroveň a sociální opatření; vzdělání; kulturní život a uměleckou tvorbu.

Každý má povinnosti vůči společnosti. Nikdo nesmí být vzat do otroctví, mučen, ponižován, nikomu nesmí být zasahováno do soukromí. Nikdo nesmí potlačovat práva a svobody jiných osob dané touto deklarací.

Článek 1 : *„Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“*

Článek 2 : *„Každý má všechna práva a všechny svobody, stanovené touto deklarací, bez jakéhokoli rozlišování, zejména podle rasy, barvy, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení.“*

Článek 22 : *„Každý člověk má jako člen společnosti právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s organizací a s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a k svobodnému rozvoji jeho osobnosti.“*

Deklarace o právech lidí s mentálním postižením (OSN, 1971)

Slouží na ochranu práv lidí s mentálním postižením. Stanovuje, že mentálně postižený člověk má: stejná práva jako ostatní lidské bytosti; právo na zdravotní péči, terapii, výchovu, readaptaci a vedení k maximálnímu rozvoji svých schopností; právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň, právo na práci a jinou užitečnou činnost; právo žít v kruhu rodiny, podporu rodiny, účast na společenském životě; ve specializovaných zařízeních musí být podmínky blízké normálnímu životu; právo na kvalifikovaného opatrovníka; právo na ochranu před vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižováním; případné rozhodnutí o omezení práv musí být založeno na kvalifikovaném hodnocení sociální způsobilosti, musí být podrobováno revizím a odvolatelné.

Evropská sociální charta (Rada Evropy, 1961)

Členské státy rady Evropy zaručují užívání sociálních práv všem lidem bez diskriminace z důvodu rasy, barvy, pohlaví, náboženství, politického názoru, národního původu, nebo sociálního původu.

Charty deklaruje v devatenácti článcích přehled práv všech občanů. Právo na práci, spravedlivé, bezpečné a zdravé pracovní podmínky, spravedlivou odměnu; organizovat se a kolektivně vyjednávat; právo dětí, mladých osob a zaměstnaných žen na ochranu; poradenství při volbě povolání; přípravu pro zaměstnání; ochranu zdraví; sociální zabezpečení; sociální a lékařskou pomoc; právo rodiny, matek a dětí na sociální, právní a hospodářskou ochranu; právo na výdělečnou činnost na území smluvních stran; právo migrujících pracovníků na ochranu a pomoc.

Článek 14: Právo využívat služby sociální péče. *„S cílem zajistit účinné uplatnění práva na využívání služeb sociální péče se smluvní strany zavazují: podporovat nebo poskytovat služby využívající metod sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě, a k jejich přizpůsobení společenskému prostředí, povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných i jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.“*

Madridská deklarace (Evropský kongres, 2002)

Madridská deklarace byla přijata účastníky kongresu při příležitosti vyhlášení roku 2003 Evropským rokem osob se zdravotním postižením. Heslem deklarace je *„Zákaz diskriminace plus pozitivní akce rovná se sociální inkluze“*. V preambuli je shrnuto, že lidé se zdravotním postižením jsou opomíjeni, ignorováni a diskriminováni. Musí čelit bariérám, které vytváří společnost a bojovat s diskriminujícími názory a opatřeními. Je potřeba vnímat zdravotně postižené lidi⁵³ jako různorodou skupinu, a vnímat jejich individuální potřeby. Někteří z nich jsou dokonce ohroženi dvojitou či mnohonásobnou diskriminací, např. ženy, příslušníci menšin, osoby s velkou mírou závislosti na pomoci druhých. Ve srovnání s nepostiženými osobami mají nepříjemně nízkou úroveň vzdělání a zaměstnanosti a větší počet osob se zdravotním postižením žije ve stavu extrémní chudoby. *„Je nezbytné, aby byl zákaz diskriminace doplněn o právo na podporu a pomoc.“* Toto hlavní motto je rozpracováno v několika bodech, které shrnují vizi Evropského kongresu:

1. *„od koncepce zdravotně postižených osob jako objektů dobročinnosti ... k uznání jejich práv;*
2. *od koncepce zdravotně postižených osob jako pacientů ... k jejich uznání jako suverénních občanů a spotřebitelů;*
3. *od koncepce založené na rozhodování odborníků jménem zdravotně postižených osob ... k právu na samostatné rozhodování a převzetí odpovědnosti za záležitosti, které se jich bezprostředně dotýkají;*

⁵³ v Evropě žije 50 milionů zdravotně postižených osob (Madridská deklarace, 2002)

4. *od koncepce, která se zaměřuje na vady jednotlivce ... k odstraňování bariér, přehodnocení společenských norem, politiky i kultury a k prosazení vstřícného a přístupného prostředí;*
5. *od koncepce klasifikující občany jako závislé a nezaměstnatelné ... ke zdůraznění jejich schopností a přijetí účinných opatření na jejich podporu;*
6. *od koncepce plánování hospodářských a společenských procesů pouze pro část populace ... k vytvoření flexibilního světa pro všechny;*
7. *od koncepce bezdůvodné segregace při vzdělávání, v zaměstnání a v dalších oblastech života ... k integraci zdravotně postižených osob do společnosti;*
8. *od koncepce politiky v oblasti zdravotního postižení jako záležitosti, která se týká specifických ministerstev ... k jejímu zahrnutí pod kolektivní odpovědnost vlády.“*

V dalších článcích jsou tyto vize rozpracovány a představen program k jejich dosažení. Prvním bodem programu jsou legislativní opatření: „*Ustanovení o zákazu diskriminace v článku 13 Smlouvy o Evropském společenství umožňuje, aby byla tato legislativa přijata na úrovni Společenství, což by přispělo ke zrodu skutečné Evropy bez bariér pro osoby se zdravotním postižením.*“ Následující body programu jsou: změna postojů; služby, které podporují nezávislý způsob života; podpora rodin; zvláštní pozornost zdravotně postiženým ženám; vyrovnání příležitostí; zaměstnání jako klíč k sociální integraci; rozhodování o zdravotně postižených osobách pouze za jejich účasti. Aktéři, kteří by se na plnění těchto vizí měli podílet jsou orgány EU, správní orgány v zemích EU a kandidátských zemích, místní orgány, organizace zdravotně postižených osob, zaměstnavatelé, odbory, sdělovací prostředky, školství, občanské iniciativy i jednotlivci.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006)

Článek 2: „*Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.*“

Článek 3: „*Úmluva je založena na následujících zásadách: respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob; nediskriminace; plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti; respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti; rovnost příležitostí; přístupnost; rovnoprávnost mužů a žen; respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.*“

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN, 1993)

„Představují velmi důležitý dokument, který mohou organizace zdravotně postižených osob využít při kampaních za rovnoprávnost. Nemají ovšem platnost mezinárodního práva a nejsou ani antidiskriminační legislativou.“ V dokumentu jsou rozvedena pravidla předpokladů pro vyrovnávání příležitostí zdravotně postižených: zvyšování společenského povědomí o zdravotně postižených; rehabilitace; nabídka tzv. podpůrných služeb vč. pomůcek; přístupnost prostředí, informací a komunikace; rovný přístup ke vzdělávání pomocí integrace do běžných škol; antidiskriminační zaměstnávání; zajištění sociálního zabezpečení a udržení příjmu; plnohodnotný rodinný život a osobní integrita; účast na kulturních aktivitách; příležitosti k rekreaci a sportu; možnost zapojení do náboženských komunit.

Článek 26. *„Osoby se zdravotním postižením jsou členy společnosti a mají právo zůstat uvnitř své místní komunity. Měly by dostat takovou podporu, jakou v rámci normálních struktur vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb potřebují.“*

Článek 27. *„Když osoby se zdravotním postižením dosáhnou stejných práv, měly by také mít stejné povinnosti. Současně s dosažením těchto práv by měla společnost zlepšit vyhlídky zdravotně postižených osob. Jako součást procesu vyrovnání příležitostí by měla být provedena opatření pomáhající osobám se zdravotním postižením přijmout plnou zodpovědnost členů společnosti.“*

Listina základních lidských práv a svobod (ČNR, 1993)

Listina je součástí ústavních zákonů ČR, garantuje, že lidé v ČR jsou svobodní a rovní v důstojnosti i právech. Základní lidská práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné, jsou zaručeny všem bez rozdílu.

Základní lidská práva a svobody zahrnují: právo na život; nedotknutelnost osoby a jejího soukromí; osobní svobodu; ochranu proti nuceným pracím a službám; nedotknutelnost vlastnictví a další práva osobního charakteru (lidská důstojnost, svoboda pohybu, myšlení, svědomí, náboženství...). Listina obsahuje kromě základních lidských práv a svobod také práva politická; hospodářská, sociální a kulturní; práva národnostních a etnických menšin; práva na soudní a jinou ochranu. O lidech s postižením se zmiňuje specificky (SPIRIT, M., 2004):

Článek 29: *„Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky. Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“*

Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se ZP (2004)

Je rozsáhlý dokument schválený vládou ČR. Obsahuje souhrn cílů, úkolů a opatření ve všech důležitých oblastech, které ovlivňují postavení a kvalitu života osob se zdravotním postižením, jako jsou: vzdělávání; sociální zabezpečení; zaměstnávání; sociální péče a zdravotnictví; přístupnost prostředí, informací a kulturního dědictví; participace občanů se zdravotním postižením a jejich organizací na správě veřejných záležitostí.

Na základě této střednědobé koncepce předkládá výkonný místopředseda Vládního výboru pro zdravotně postižené občany souhrnnou zprávu o realizaci koncepčních opatření. Tyto zprávy seriózně a podrobně mapují aktivity, které byly v konkrétním období realizovány ve prospěch zdravotně postižených.

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014

Nový národní plán projednala a schválila 29. března 2010 vláda České republiky. Přípravu i podobu národního plánu významně ovlivnila Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (viz výše), kterou Česká republika ratifikovala v září 2009. V úvodu dokumentu jsou zmíněna témata, týkající se života zdravotně postižených, která dosud nebyla uspokojivě vyřešena. Mezi tato témata je možno zařadit zejména:

„Přetrvávající nepříznivou situaci v zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Ke konci roku 2009 bylo na úřadech práce registrováno okolo 68 000 uchazečů se zdravotním postižením. V příštím období bude nezbytné provést celkovou revizi systému podpory zaměstnanosti této skupiny osob, včetně vyhodnocení dopadů souvisejících systémů (sociální, daňový).“

Systematické pokračování v odstraňování bariér u veřejných budov i dopravních staveb, které byly postaveny ještě před účinností stavebního zákona, který bezbariérovou výstavbu uložil.

Důsledně uplatňovat princip inkusivního vzdělávání pro žáky a studenty se zdravotním postižením, návazně systematicky dořešit podmínky vzdělávání studentů se zdravotním postižením v rámci terciárního stupně vzdělávání.

Zachování specifických dotačních programů pro organizace občanů se zdravotním postižením, jejichž cílem je zabezpečení veřejně účelných i vzájemně prospěšných aktivit pro tyto osoby.“

Národní plán obsahuje řadu ustanovení v souladu s principy sociálního začleňování, jako např.: rovné zacházení a ochranu před diskriminací; odstraňování bariér; nové nástroje politiky zaměstnanosti; transformace velkých ústavů; lepší dostupnost služeb poskytovaných v domácnosti, residenčních a podpůrných služeb, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života. Na tato ustanovení navazují konkrétní opatření na realizaci plánů.