

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
katedra speciální pedagogiky a logopedie

Sexualita osob se specifickými potřebami a otázky sexuální existence v ČR

Bakalářská práce

Autor: Tereza Cermanová

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kaliba



Zadání bakalářské práce

Autor:	Tereza Cermanová
Studium:	P14P0592
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Sexualita osob se specifickými potřebami a otázky sexuální asistence v ČR
Název bakalářské práce AJ:	Sexuality of persons with specific needs and the issues of sexual assistance in the Czech Republic

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat sexualitou a sexuální výchovou osob se specifickými potřebami a otázkami sexuální asistence. Práce bude rozdělena na dvě části. V teoretické části budeme řešit základní pojmy týkající se sexuality, sexuální výchovy a sexuální asistence u lidí se specifickými potřebami. V praktické části se zaměříme na konkrétní problémy sexuality a sexuální asistence v praxi. Kvalitativním výzkumem budou zjištěny také názory na tuto problematiku pečujících o tyto osoby.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 178 s. ISBN 978-80-262-0502-9. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. Sexualita osob s postižením a znevýhodněním. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 207 s. ISBN 978-80-262-0373-5.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kaliba

Oponent: doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a zároveň jsem uvedla všechny použité prameny a studovanou literaturu.

V Hradci Králové dne 23. 03. 2017

.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Martinu Kalibovi za trpělivost, odborné vedení a cenné rady a připomínky, které mi při zpracování práce poskytl. Dále bych chtěla poděkovat všem rodičům a pracovníkům, kteří si na mě udělali čas a podělili se o své zkušenosti.

Anotace

CERMANOVÁ, Tereza. *Sexualita osob se specifickými potřebami a otázky sexuální asistence v ČR*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové.

Bakalářská práce se zabývá sexualitou osob se specifickými potřebami a otázkami sexuální asistence. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou probírány základní pojmy a problémy týkající se sexuality osob se specifickými potřebami, dále se otevírá téma sexuální asistence, její fungování u nás a ve světě. Praktická část je zaměřena na konkrétní projevy sexuality, problematické situace, s kterými se setkávají lidé pečující o osoby se specifickými potřebami. Dále jsou také zjištěny jejich názory na sexuální asistenci. Cílem práce je formou kvalitativního výzkumu zjistit zkušenosti a názory na sexualitu osob se specifickými potřebami a sexuální asistenci v ČR od lidí o ně pečující.

Klíčová slova: Sexualita, sexuální projevy, sexuální asistence.

Annotation

CERMANOVÁ, Tereza. *Sexuality of persons with specific needs and the issues of sexual assistance in the Czech Republic*. Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis.

Faculty of Education, Univerzity of Hradec Králové.

This bachelor's thesis addresses the sexuality of persons with specific needs and the issues of sexual assistance. It is divided into two parts. The theoretical part deals with basic terminology and issues related to the sexuality of persons with specific needs, the issues of sexual assistance and its aspects in both local and global environment. The practical part is focused on specific manifestations of sexuality and challenging situations, which carers often have to face when taking care of persons with specific needs. Furthermore, the thesis contains their opinions on sexual assistance. The aim of the thesis is to gather knowledge from the carers and learn about their experience and opinions on the sexuality of persons with specific needs and sexual assistance in the Czech Republic by means of qualitative research.

Keywords: sexuality, manifestations of sexuality, sexual assistance.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 Sexualita jako přirozená potřeba člověka.....	10
1.1 Sexuální práva.....	11
1.2 Vývoj přístupu k sexualitě osob se specifickými potřebami.....	12
1.3 Protokol sexuality	13
2 Sexualita osob se specifickými potřebami	16
2.1 Sexualita osob s mentálním postižením	16
2.1.1 Lehká mentální retardace.....	17
2.1.2 Středně těžká mentální retardace	18
2.1.3 Těžké mentální postižení	19
2.1.4 Předsudky a mýty týkající se sexuality mentálně postižených.....	20
2.1.5 Sexuální výchova a osvěta u lidí s mentálním postižením	23
2.2 Sexualita tělesně postižených.....	26
2.3 Sexualita lidí ve stáří.....	29
2.3.1 Změny sexuality ve stáří.....	30
2.4 Sexualita lidí s duševním onemocněním.....	32
2.4.1 Vliv některých psychofarmak na sexuální funkce:.....	32
2.4.2 Problémy v sexuálním životě při některých psychiatrických poruchách ...	33
3 Sexuální asistence.....	35
3.1 Asistence x prostituce	35
3.2 Definice a rozdělení sexuální asistence	36
3.3 Sexuální asistence v zahraničí.....	38
3.3.1 Uchopení sexuální asistence v zahraničí	39
3.3.2 Právní vymezení sexuální asistence v Německu	40
3.4 Sexuální asistence v ČR.....	40
3.4.1 Sexuální asistentky v ČR.....	41
4 Praktická část.....	43
4.1 Cíle a úkoly výzkumného šetření.....	43
4.2 Metodika	44
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku 1	45
4.4 Výsledky výzkumného šetření 1	46
4.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření 1	50
4.6 Charakteristika výzkumného vzorku 2	52
4.7 Výsledky výzkumného šetření 2	53
4.8 Shrnutí výsledků výzkumného šetření 2	56
Závěr.....	59
Zdroje.....	61
Seznam obrázků, grafů a tabulek.....	64
Přílohy	65

ÚVOD

Sexualita je součástí každého člověka a patří mezi jeho základní potřeby. Setkáváme se s ní od narození až po samotnou smrt. Obecně patří sexualita mezi diskutovaná témata, přesto se ale můžeme setkat s určitou stigmatizací a tabuizováním tohoto tématu u osob se specifickými potřebami. Nelze však tvrdit, že by se situace od dob minulých ani trochu nezměnila. Problematika sexuality se neustále rozšiřuje, oblasti sexuální výchovy jsou s dětmi řešeny už v mladším školním věku a i postavení společnosti k různým projevům lásky je tolerantnější. Každý má právo na to milovat a být milován bez ohledu na jakékoliv odlišnosti.

Jak už bylo řečeno, mnohé se oproti minulosti změnilo. A to také v oblasti péče o lidi s postižením. Více se řeší člověk jako takový, jeho potřeby a to, aby mohl žít plnohodnotný život, ke kterému patří i sexualita a partnerské vztahy. V této oblasti se mnohé názory liší. Ať už je to z celkového pohledu společnosti, pracovníků nebo samotných rodičů, kteří o osoby s postižením pečují. Toto téma by ale nemělo být opomíjeno, měla by probíhat potřebná osvěta a mělo by být stejně důležité jako ostatní složky plnohodnotného života.

Mezi novou snahu, jak naplnit tuto potřebu u lidí s postižením patří nově vzniklá služba sexuální asistence v ČR, která by měla pomoci lidem se specifickými potřebami s jejich sexualitou. Vzniklá služba je sice novinkou u nás, ale ne ve světě, kde v některých zemích má dlouholetou historii. Tato bakalářská práce znovu otevírá problematiku sexuality osob se specifickými potřebami a zároveň z různých pohledů nahlíží na sexuální asistenci. Práce je zaměřena na různorodý výběr cílových skupin, které jsou pro tuto službu určeny. V prvních kapitolách jsou rozebírána specifika jejich sexuality a také komplikace, které ji doprovází.

V poslední kapitole je rozebrána sexuální asistence a její základní pojmy, které tuto službu vymezují. Je zde představeno i fungování této služby v zahraničí. Také se v této kapitole řeší, potřebná kvalifikace lidí, kteří tuto práci vykonávají. A v neposlední řadě co je vlastně náplní této služby.

Stěžejním bodem této práce je praktická část, která je postavena na kvalitativním výzkumu. Cílem tohoto výzkumu je zjistit pohledy a názory na problematiku sexuality

osob se specifickými potřebami a sexuální asistenci v ČR. Praktická část je zaměřena na osoby, které o tyto lidi nějakým způsobem pečují tj. rodiče a pracovníky. Polostrukturovaným rozhovorem budou zjištěny zkušenosti rodičů a pracovníků s projevy sexuality a problematickými situacemi, které se týkají sexuality lidí s postižením. Dále budou zkoumány a porovnány názory na problematiku sexuální asistence a celkové pocity z této služby.

1 Sexualita jako přirozená potřeba člověka

„Lidský život se točí pouze kolem sexuality. Na tom se nic nezměnilo a nezmění.“

(Sigmund Freud)

Sexualita je přirozenou součástí každého člověka. Doprovází nás po celý život, v každém věku a patří k základním lidským potřebám. Jak už nám spousta definic napovídá, nejedná se pouze o pohlavní styk, ale o velkou skupinu dalších složek, které sexualitu tvoří. Mezi ně podle Venglářové (Eisner a kol., 2013) patří např.:

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

Podle S. G. Frayserové je lidská sexualita systémem sestávajícího se z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkujíce sexuální vzrušení nebo orgasmus a které, ač nikoliv nutně, jsou spjaty s reprodukcí. (Vrhel in Weiss a kol., 2010).

„Všichni lidé bez rozdílu se rodí se sexuálními potřebami, i když individuálními, různě intenzivními a různým způsobem prožívanými. Neexistuje žádný přímý vztah mezi postižením, inteligencí a sexualitou“ (Kozierová in Volfová a kol., 2008,14s).

Sexualita plní funkci prokreační-rozmnožovací a to v celé živočišné říši, avšak oproti zvířatům má lidská sexualita funkci také rekreační. Neslouží tak pouze k rozmnožování a zachování lidského druhu, ale způsobuje také rozkoš, potěšení, úlevu. Tato část sexuality je vlastní pouze našemu druhu Homo sapiens (Uzel, Mitlohner, 2007).

„Sexualita by neměla být redukována na pouhé genitální a orgasmické aktivity (sex). Do sexuality patří i radost z erotického fyzického a duševního kontaktu, hravost, důvěrnost, intimita a vlivy prostředí, které sexualitu ovlivňují. Sexuální potřeby se řadí k základním lidským potřebám. Se sexualitou jsme konfrontováni v každém prostředí – v rodině, ve školce a škole, v práci, na ulici, v umění, ve sportu, v mediích, v náboženství

atd. Sexuální aktivita může být zdrojem štěstí, spokojenosti a životní naplněnosti, ale také příčinou frustrací, životní nepohody i zoufalství“ (Thorová, Jůn, 2012,7s.).

Postoje a celkové vnímání sexuality se formují již od útlého dětství. Podle Mellana (2004) mezi psychosociální vlivy, které nám vývoj sexuality značně ovlivňují, patří:

- pohlaví,
- přijetí dítěte a přijetí pohlaví,
- vrozená vada, handicap,
- rodová identifikace,
- rodinná struktura,
- sourozenecká konstelace (pořadí, pohlaví),
- kulturní klima rodiny, etické normy,
- zařazení a úspěšnost mezi vrstevníky, atraktivita,
- traumata, ztráty, pohlavní zneužití,
- sexuální výchova,
- masmedia.

Dalo by se říci, že sexualita se nám vyvíjí celý život a formuje se na základě získaných zkušeností, které se pak odrážejí v jejich projevech. Tyto projevy sexuality se u každého člověka různě liší a je nutné je akceptovat za předpokladu, že nijak neohrožují ostatní.

1.1 Sexuální práva

Lidská práva jsou neodmyslitelně spojena s každým člověkem, kterému náleží právě proto, že je člověk. Každá společnost by je měla akceptovat a přijímat. Mezi tato práva spadají i práva sexuální.

- 1. Právo na sexuální svobodu** - sexuální svoboda každému člověku umožňuje, aby plně mohl vyjádřit své sexuální potřeby, ale zároveň vylučuje všechny formy vykořisťování, jakéhokoliv sexuálního nátlaku a zneužití.
- 2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu** - toto právo nám umožňuje svobodně se rozhodovat ohledně našeho sexuálního života, který jde ruku v ruce s osobní a sociální etikou. Je zde zahrnuta také

kontrola a ochrana před jakýmkoliv týráním, které by mohlo zasáhnout lidskou integritu.

- 3. Právo na sexuální soukromí - za souladu sexuálních práv ostatních.**
- 4. Právo na sexuální rovnost.**
- 5. Právo na sexuální potěšení.**
- 6. Právo na vyjádření sexuálních citů.**
- 7. Právo na svobodné sexuální sdružování.**
- 8. Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí.**
- 9. Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích.**
- 10. Právo na komplexní sexuální výchovu.**
- 11. Právo na sexuální zdravotní péči.**

(Světová deklarace sexuálních práv, 1997).

1.2 Vývoj přístupu k sexualitě osob se specifickými potřebami

Nutno podotknout, že přístup k sexualitě zdravotně postižených se od dob minulých výrazně změnil. Před rokem 1989 byla v popředí hlavně ústavní zařízení, kde docházelo k separaci mužů a žen. Klientům tak byla odebírána možnost získání zkušeností z běžného života. Často tak nedocházelo ke zdravému rozvoji pohlavní identity. V těchto podmínkách neexistovalo dostačující soukromí a otázka sexuality zde byla ignorována. Většina zaměstnanců se nikdy nezabývala možností, že by i lidé se zdravotním postižením mohli mít nějaké sexuální touhy, potřeby. Vznikala tak spousta předsudků, které jsou známy dodnes.

Jakékoliv problémy týkající se sexuality byly většinou řešeny pomocí farmak a docházelo tak k celkovému útlumu člověka. I přes velká omezení nepřestával být člověk sexuální bytostí. Společným strachem pracovníků těchto zařízení, kteří často nebyli dostatečně vzdělaní v této oblasti, byly možné důsledky hromadného soužití mužů a žen. Řešením antikoncepce počínaje a možným otěhotněním konče (Kozáková, 2013).

Kvůli dané separaci v těchto zařízeních docházelo u většiny klientů k citové deprivaci a celkové frustraci. Jak uvádí Mühlpachr (2001) mezi riziky ústavní péče je právě nevýhoda nepřítomnosti druhého pohlaví. Lidé svou sexualitu projevují skrz homosexuální vztahy. U dospělých tato ústavní homosexualita většinou mizí, u mladších může být trvalá. Tyto projevy nebyly nikdy pracovníky uznávány.

Po roce 1989 nastaly značné změny týkající se celkové péče a postojů k zdravotně postiženým. Dotkly se tak i samotné sexuality. Zvýšila se celková informovanost a toto téma přestalo být tolik tabuizované. Proběhlo velké množství výzkumů, zkvalitnila se péče samotná a byla přijata nová legislativa. Postoje k sexualitě zdravotně postižených se nejen mění, ale dochází také k určité toleranci, přijetí a kultivaci sexuality. Bohužel i tak v naší společnosti stále přetrvávají určitá stigmata (Kozáková, 2013).

1.3 Protokol sexuality

Pro větší informovanost pracovníků vzniká v zařízeních důkladně propracovaný Protokol sexuality. Jedná se o souhrnný materiál, který obsahuje určité přístupy, vymezuje působnost organizace při práci se sexualitou jejích klientů a zároveň jsou v něm uvedeny pravidla a metodiky, které práce se sexualitou konkrétně ošetřují (Eisner, 2013).

Kozáková (2004) uvádí, že pro konkrétní podmínky osvěty, poradenství nebo ochrany před sexuálním zneužitím, musí být vytvořen souhrn vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, celkový rámec, kterého se budeme v rámci postupů držet. V Holandsku je tento dokument nazýván jako Protokol o sexualitě a sexuálním zneužitím. Nejde ovšem o název ale hlavně o obsah tohoto dokumentu.

Pro tento protokol neexistuje vzorový materiál. Jedná se o specifický dokument, který je v každém zařízení obsahově jiný a to z důvodu odlišnosti složení klientů, typu sociální služby, personálního zajištění a podmínek. Z těchto důvodů by se nedal stejný materiál aplikovat na různá zařízení.

Vypracování dokumentu musí probíhat velmi důkladně a zodpovědně. Nejedná se o otázku dnů nebo týdnů, jelikož jeho pilíře jsou stavěny na dlouhodobé praxi. Mělo by se jednat o živý, neustále se aktualizující materiál, který je vždy a všem k dispozici pro možné nahlédnutí (Eisner, 2013).

Tvorba samotného protokolu by měla vznikat v rámci celého zařízení za pomoci pracovníků, kterých se to týká a vedení konkrétního zařízení. Každý dokument je různý, ale vždy v něm musí být respektovány potřeby a práva osob s postižením (Kozáková, 2004).

Hlavním účelem Protokolu sexuality je sepsání pravidel, která popisují práva a povinnosti nejen pracovníků, ale i klientů. Proto by měl být dokument sepsán tak, aby byl srozumitelný pro obě strany. Potřebné hlavní části dokumentu by pro klienty měly být sepsány zjednodušeným jazykem s přidáním piktogramy nebo jinými obrázky.

Celý dokument by pro lepší přehlednost měl být členěn do několika sekcí:

- sociosexuální vzdělávání,
- soukromí,
- masturbace,
- intimní pomůcky a materiály,
- informovaný souhlas, svolení (se sexuálním vyjádřením),
- vrstevnické a přátelské vztahy,
- vzájemné sexuální vyjádření,
- regulace porodnosti,
- těhotenství a rodičovství,
- sexuálně přenosné nemoci,
- sexuální zneužívání,
- obtěžující sexuální chování.

Jiné modely protokolu sexuality řeší základní kompetence, práva a povinnosti a dále také situace a možná rizika, které se v daném zařízení vyskytují, nebo mohou nastat. Tento protokol sexuality má nizozemské kořeny, ale používá se například v Německu. Je rozdělen na dvě části. Část A řeší oficiální postoj organizace, zajištění kompetencí, zodpovědností a uceleného systému práce se sexualitou a primárně je určena pro vedení organizace a vedoucí služeb. Část B je celkově více metodická, zaměřuje se na konkrétní situace a používané postupy, je tak spíše určena pro pracovníky. Každý je však seznámen komplexně s celým dokumentem a rozumí jeho provázanosti.

Určitým způsobem se na tvorbě materiálu podílí sami uživatelé služby. Vytvářejí koncept protokolu už jen proto, že nám ukazují během běžného chodu své potřeby v oblasti sexuality. Nejen svými otázkami, ale hlavně svým chováním a jednáním. Při samotném jednání s nimi se objevují jejich potřeby a přání související se sexualitou a vztahy. Můžeme tak od nich získat spoustu podnětů, stačí se o dané situace zajímat a nepřehlížet je (Eisner, 2013).

Protokol Sexuality je důkazem toho, že otázka sexuality osob se specifickými potřebami není ignorována a vzniká snaha o rozšíření informovanosti o tomto tématu.

2 Sexualita osob se specifickými potřebami

Tato kapitola se bude zabývat sexualitou jednotlivých cílových skupin, předsudků týkajících se jejich sexuality a dále sexuální výchovy jako prevence před možným zneužitím.

Blíže bude popsána sexualita cílových skupin, které jsou nejvíce aktuální pro sexuální asistenci v ČR.

„Zdravotní postižení může vést k mnoha kvalitativním a kvantitativním změnám, které mohou mít dopad na sexualitu jedince. Problémy s pohyblivostí, ztráta citlivosti, problémy s komunikací, zhoršená kontrola vyměšování a vylučování, bolest, únava, snížené kognitivní funkce, změny v chování a myšlení, změny v sexuálních funkcích, v povědomí o vlastním těle, to vše má vliv na sexuální život“ (Drábek, 2013, s. 59).

I přes velké množství zdravotního omezení a postižení, vrozených či získaných vad není intimní život jedince zcela ztracen. Pod pojem *intimní život* může zahrnout spoustu sexuálních aktivit, které je možné využít při osobním vyžití i společném sexuálním vztahu.

Všechna zdravotní postižení, ať už se jedná o tělesná, mentální nebo interní chronická onemocnění s sebou nesou i určitá omezení, která mohou vést také k negativnímu postoji týkajícího se sexuální atraktivity. Tento postoj se často týká fyzického vzhledu a může se stát větší zátěží partnerských sexuálních aktivit než přímé důsledky postižení (Drábek, 2013).

2.1 Sexualita osob s mentálním postižením

„Lidé s mentální retardací jsou v trojím obklíčení: jsou lidmi, kteří potřebují nejvíce základního plánovaného vzdělávání v oblasti sexuality a kteří ho obdrží nejméně a kteří jsou trestáni společností za to, co ostatní vědí“ (Kempton, 1986).

Psychosexuální vývoj člověka s mentálním postižením se liší od vývoje zdravého jedince. Důvodem nemusí být samotné postižení, i když jeho míra je také určující. Může se jednat i o zcela jiný přístup rodičů, kteří obvykle překonávají celou řadu různých problémů a snaží se zvládnout snížené schopnosti svého potomka.

Typické působení na roli chlapce nebo dívky je slabší než u zdravých dětí. V pubertě, kdy dochází k nejsilnějším projevům sexuality, je rozdíl mezi tělesnou a psychosociální zralostí značný. Puberta může nastupovat předčasně, nebo naopak opožděně. S tím se také mění doba zájmu o sexuální život.

U lidí s mentálním postižením se může vyskytovat hned několik možných projevů sexuality, které se budou u každého lišit.

- Asexualita – dotyčný zatím nemá potřebu a nejeví zájem o svou sexualitu.
- Jedinec jeví zájem o svou sexualitu formou autostimulace.
- Jedinec má zájem o párové sexuální aktivity.
- U jedince se projevují atypické projevy sexuality.

Při zájmu o sexualitu se potřeby každého člověka s mentálním postižením mohou lišit. Někteří pouze potřebují uvolnit sexuální napětí pomocí masturbace, kdežto jiní touží po partnerském vztahu s druhým člověkem. Můžeme se setkat i s nejasnou identifikací s rolí, oblékání si šatů opačného pohlaví nebo s mluvou v roli druhého pohlaví (Eisner a kol. 2003).

Aby docházelo k celkovému pochopení sexuality u lidí s mentálním postižením, musíme ji přijímat jako součást jejich přirozeného života.

2.1.1 Lehká mentální retardace

Lidé s lehkou mentální retardací dosahují podle MKN-10: IQ 69-50. Tuto skupinu tvoří až 80% lidí s mentálním postižením. Stupeň sociálních dovedností a schopností se u každého projevuje jinak v závislosti na míře postižení. V mnoha případech mohou být dále vzdělávání a rozvíjení v rámci výchovy a vzdělávání.

Psychosexuální vývoj je velmi podobný zdravé populaci. V porovnání s lidmi s těžkým postižením se více pohybují v kolektivech vrstevníků, nabírají běžné zkušenosti, navozují různé vztahy, mezi které patří i ty sexuální. Podle stupně postižení mohou vznikat partnerské dvojice a sexuální i partnerské chování.

Základem by měla být sexuální osvěta. Je zde velké riziko sexuálního zneužití, které je způsobeno nadměrnou důvěřivostí a celkovou naivitou lidí s lehkou mentální retardací. U partnerské sexuality můžeme pozorovat odlišné problémy. Může zde docházet k větší promiskuitě z důvodu neporozumění principu věrnosti. Naopak se zde

může vyskytnout až patologická závislost na partnerovi, která je spojena se žárlivostí a majetnickým přístupem (Eisner a kol. 2003)

2.1.2 Středně těžká mentální retardace

U této skupiny lidí se jejich IQ pohybuje v rozmezí 49-35. Jejich schopnosti jsou značně omezenější než u lidí s lehkou mentální retardací. Celkově se pomaleji rozvíjí chápání a užívání řeči, kdy tak dochází k omezenému kontaktu s okolím (Štěrbová, 2007).

Samoobsluha je značně opožděna a povětšinou bývají odkázáni na dopomoc druhých. U lidí se středně těžkou mentální retardací se uplatňuje systém speciálního školství. K rozvoji schopností jsou poskytovány speciální programy, které slouží k osvojení trivie tj. čtení, psaní, počítání.

Pokud nedochází ke kombinaci různých vad, bývají tito lidé aktivní, pohybliví a může u nich docházet k navázání sociálních kontaktů. U této skupiny se většinou jedná o poruchy organického či genetického původu. Záleží na mnoha vlivech, které ovlivňují další vývoj člověka. Spadá sem jak základní onemocnění a péče o dotyčného, tak i vzdělávání a prostředí ve kterém se jedinec vyskytuje. Můžeme tak vidět skupinu lidí, kteří komunikují, jsou schopni kontaktu, práce i vztahů a na druhé straně takové, kteří se jen horko těžko zapojí do nějakých sociálních aktivit (Eisner a kol. 2003).

Podle Eisnera (2003) může být sexualita u středně těžkého postižení realizována ve více variantách.

1. Nevzniká snaha o sblížení: K vybití pudového napětí dochází většinou pomocí masturbace, děje se tak v případě, že u klienta přetrvává raná fáze sexuálního vývoje. Úkolem osob pečujících a cílem podpory je tak hledání legitimních možností sexuálního uspokojení. Při častější masturbaci může docházet k opakovanému poranění. Dochází-li k bránění sexuálního uspokojování, klient začne pociťovat velké vnitřní napětí, které může končit agresí proti sobě nebo svému okolí.

Pokud klient nejeví sám o tuto problematiku zájem, respektujeme ho a sami toto téma před ním neotvíráme.

Snaha o sblížení je patrná: důležitým prvkem je zde komunikace. Ta často neumožňuje utvořit si jasnou představu o informacích a představách samotného klienta o lidském těle, o jeho fungování a sexualitě. Vznikají zde různá rizika nedorozumění nebo zranění partnera. Díky málo rozvinutým sociálním schopnostem může dojít k problematickému navazování vztahů. Zejména k obtížím s vyjádřením svých představ, tužeb a k následnému odmítnutí až vynucení sexu.

Dále je zde určující sebevědomí klienta, které může vést k pocitu strachu z odmítnutí partnerem. Pokud klient jeví zájem o párové aktivity, musí tomu předcházet důkladné mapování jeho schopností komunikovat, ovládat své chování, umět vyjádřit a respektovat svá přání či přání partnera, partnerky. Je zapotřebí sledovat jeho sexuální aktivity, které nesmí omezovat či ohrožovat jiné lidi a na okolí působit negativně.

Jak uvádí Thorová (2012) lidé se středně těžkým mentálním postižením mají vyhraněnou sexuální orientaci, většina z nich je schopná dosáhnout orgasmu pomocí masturbace rukou. Velmi důležitá je sexuální osvěta a správné vedení, díky kterému je klient schopen naučit se vykonávat autoerotické činnosti v soukromí. Osoby, které spadají do jeho zájmu, si vybírá.

2.1.3 Těžké mentální postižení

IQ se nachází pod hranicí 34. Postižení bývá hlubší než u středního mentálního postižení. Můžeme vyzorovat výraznější smyslové i tělesné vady (Eisner, 2003).

Nejčastějšími sexuálními projevy jsou masturbace a zvýšený zájem o anální oblast. Často se tak může u klientů vyskytovat hra s exkrementy, pokálení nebo pomočení se. Může se zde objevit i zavádění různých předmětů do konečníku. Projevy sexuálního chování a snaha o dosažení orgasmu se u každého jedince různí. Vždy musíme zajistit hlavně bezpečnost klienta i jeho okolí. K dosažení orgasmu mohou být využívány různé předměty, díky kterým by mohlo dojít ke zranění. Někteří používají k sexuální stimulaci části ostatních osob.

Velmi častým problémem, který se u těžce mentálně postižených řeší, je veřejná masturbace nebo doteková autoerotika, kdy si klient neuvědomuje, že dělá něco špatně a nevšímá si tak ani reakcí svého okolí. Pokud u nich probíhá sexuální výchova a mají dobré podmínky, často se naučí dosáhnout orgasmu v přijatelném prostředí a soukromí. Toto prostředí pak upřednostňují před masturbací na veřejnosti. Vhodné je také zajistit

různé pomůcky k bezpečné masturbaci aby se tak předcházelo možným zraněním (Thorová, Jůn, 2012).

2.1.4 Předsudky a mýty týkající se sexuality mentálně postižených

Pohled společnosti na sexualitu lidí s mentálním postižením se neustále vyvíjí a mění. I přes všechny změny jsou tito lidé neustále zatěžováni různými předsudky, stigmatizací a mylnými představami (Valenta, M., Müller, O. 2009).

Další názor, který koresponduje s předešlým je fakt, že lidé s mentálním postižením získávají ve společnosti své právoplatné místo, které se rovná životu lidí bez handicapu, ale směrem k sexualitě a zdravotnímu postižení se společenské postoje mění stále pomaleji a v daleko menší míře (Lištiak – Mandzákova, 2013).

Spousta autorů se věnovala mapování nejčastějších vzniklých mýtů týkajících se sexuality mentálně postižených. Ty nejčastější jsem vybrala od Eisnera (2003), který je zároveň ve své publikaci vyvrací.

„Člověk s postižením nemá žádné sexuální potřeby, je na úrovni např. čtyřletého dítěte. Tyto potřeby patří dospělým.“

Důležitou otázkou je, čeho se tato úroveň týká. Pokud takovou informaci dostal rodič nebo pracovník, zřejmě se týkala mentální úrovně člověka. Jedná se o velmi obecnou informaci. I kdyby člověk nacházel na této zmíněné mentální úrovni, fyzický vývoj týkající se těla a potřeb s ním spojených, se bude vyvíjet běžným způsobem.

I člověk s těžším mentálním postižením má své sexuální a vztahové potřeby, které chce uspokojit. Pokud k němu okolí přistupuje jako ke čtyřletému dítěti, může svou dětskou roli dotyčný přijmout a udržet se v ní. Časem se ale neuspokojené potřeby začnou projevat v chování jedince. Vztahové i sexuální potřeby je tak nutno vnímat a respektovat u každého člověka s postižením bez ohledu na jeho mentální úroveň.

„Skoro všichni lidé s mentálním postižením jsou sexuálně deviantní.“

Tento názor vyvrací Eisner jako úplný nesmysl. Není nijak dokázáno, že by se mezi mentálně postiženými vyskytovalo větší procento deviantů než u lidí bez postižení. Přesto se jedná o jeden z nejvíce zakořeněných mýtů. Problém má původ opět v celkové neinformovanosti a strachu. I v minulosti, pokud se někde vyskytoval společností

tolerovaný „obecní blázen“, byl jako první obviněn, pokud se hledal viník nějakého deliktu. Lidé podporující tento mýtus často argumentují, že ze svého okolí znají mentálně postiženého, který je deviantní. Po prozkoumání chování však zjistíme, že se jedinec chová adekvátně. Pokud by se ve stejných podmínkách ocitl člověk bez postižení, který by potřeboval uspokojit své potřeby, choval by se podobně jako člověk s postižením.

Je tedy nutné na vzniklou situaci vždy nahlížet v celém jejím kontextu. A nevyvozovat předčasné závěry z jednotlivých zjištění.

„Lidé s mentálním postižením mají obrovský sexuální apetit, nikdy nemají dost.“

Jedná se o další velmi rozšířený mýtus. Vyslechnout si jej můžeme i od samotných pracovníků nebo rodičů, kteří jsou často zarputile přesvědčeni, že mají pravdu a argumentují častým pozorováním erekce, masturbace a různých dalších snah o uspokojení sexuálních potřeb.

Pokud ale prozkoumáme podmínky, ve kterých lidé s postižením žijí, dojdeme ke zjištění, že nemají žádné soukromí. Prostor, kde by mohlo docházet k uspokojování, sdílejí s několika dalšími lidmi za přítomnosti asistenta nebo rodiče. Proto se často stává, že masturbují kdykoliv a před kýmkoliv, protože jinou možnost nemají. Celým problémem je tak absence soukromí. Lidé s postižením mají průměrně stejnou potřebu uspokojování jako lidé bez postižení.

Někteří lidé se mohou chovat jinak také kvůli nedostatečné, často špatné sexuální osvětě nebo nepochopitelně nastaveným hranicím ze strany okolí.

Další možností také může být nuda. Pokud člověk nemá během dne jiné vyžití, například v podobě nějaké pro něj atraktivní činnosti, často se stává hra s vlastním tělem jediným možným rozptýlením. Zde hrozí riziko návyku, který se pak těžce odstraňuje.

„Lidé s mentálním postižením nejsou schopni mít vztah.“

Někteří lidé s mentálním postižením jsou schopni udržet vztah dlouhodobě a někteří ne, je to stejné jako u zdravé populace. Nemůžeme však říci, že důvodem neúspěchu je mentální postižení. Nejčastěji jsou to opět omezené možnosti, které kvůli postižení mají. Složitější může být nalezení partnera, ale poté také udržení samotného vztahu, který je často po finanční a organizační stránce velmi náročný.

Někteří se také mohou setkávat s negativními reakcemi okolí a to dokonce i ze strany vlastních rodičů, kteří jsou z nějakého důvodu proti a snaží se vzniklý vztah bojkotovat.

„Lidé s mentálním postižením nesmějí mít sex ani děti“

Neexistuje žádné nařízení nebo zákon, který by lidem s mentálním postižením zakazoval mít sex nebo děti. Lidé sympatizující s tímto mýtem argumentují, že pokud by k pohlavnímu styku mezi mentálně postiženými došlo, určitě by byl nechráněný a vzniklo by tak riziko početí potomka, který by byl také postižený.

Mnoho lidí s postižením žije sexuálním životem a dokáže samostatně užívat antikoncepci různého typu. Uvědomují si také zodpovědnost týkající se případné péče o potomka. Někteří by si dítě i přáli, ale jsou si vědomi, že to z konkrétních praktických důvodů prostě nejde. Může se také jednat o genetický přenos. Nicméně je nutné si uvědomit, že větší část mentálního postižení není způsobena geneticky, nýbrž vzniká těsně před porodem, v jeho samotném průběhu nebo těsně po něm.

Pokud by se člověk s postižením rozhodl dítě mít, nikdo mu to nemůže zakázat. V případě, že dojde k vědomému či nevědomému těhotenství a dotyčný rozumí, co péče o dítě obnáší, dokáže se pak o něj, i když s podporou, postarat.

„Lidé s mentálním postižením nemohou nést zodpovědnost za následky svého sexuálního života nebo vztahů.“

Tento mýtus souvisí s celkovým pojetím člověka s postižením, kdy je okolím vnímán automaticky jako nesvéprávný. Lidé si často myslí, že kvůli sníženému intelektu člověk s mentálním postižením nemůže rozumět svému chování natož zákonným normám. Nevědí, co dělají a nemohou za to tedy být zodpovědní. Jedná se o velký omyl.

Pokud není omezena klientova způsobilost k právním úkonům, je z hlediska trestněprávního zodpovědný. O omezení způsobilosti rozhoduje soud na základě psychiatrického znaleckého posudku. Pokud omezena není, posuzuje se až s ohledem na spáchání trestného činu. Na základě závěru soudních znalců je jedinci uvalen trest nebo ambulantní, ochranná či ústavní léčba.

Často se stává, že lidé samotní necítí zodpovědnost za své chování a činy, proto se chovají nezodpovědně. Hlavním důvodem může být to, že veškerou zodpovědnost drží rodič nebo pracovník (Eisner, 2003).

2.1.5 Sexuální výchova a osvěta u lidí s mentálním postižením

Právě sexuální výchova a osvěta u lidí s mentálním postižením mi přijde jako důležitá část k ucelení této kapitoly. Tak jako má člověk s mentálním postižením nárok na sexualitu samotnou, jakožto přirozenou součást života, tak má právo být o této oblasti informován (Svatoš, J. 2004).

Můžeme najít opět více různých pohledů a jednotlivých definic na toto téma. Např.: Pondělíčková-Mašlová (1973, s. 34) uvidí, že: *„Sexuální výchova znamená vštípení morálních principů a formování lidského chování a postojů k sexuální problematice. Vyžaduje rozvíjet citovou oblast jedince v návaznosti na jeho pozdější sexuální touhy a představy.“*

Janiš a Marková (2007, s. 6) označují sexuální výchovu jako: *„...otevřenou, živou a sexuálně přátelskou komunikaci o sexualitě, resp. sexualitách – pod sexualitou rozumíme všechno, co jsme jako ženy a muži, včetně způsobů, jak se vztahujeme k jiným mužům a ženám.“* Tato definice zahrnuje sexualitu jako spojení nejen mezi tělem, ale i emocemi, intelektem a duchovností člověka. Vypovídá o tom, jak vidíme sami sebe jako sexuální bytosti a také jak jednáme s našimi sexuálními životy (Mandzáková, 2013).

Pro správné poskytování sexuální osvěty je velmi důležité zmínit základní předpoklady odborných zaměstnanců, kteří budou v této sféře kompetentní. Aby tato osvěta mohla úspěšně fungovat, je nutné zaujímat jasně stanovený postoj k této problematice. Samozřejmostí je vnímat lidi s mentálním postižením jako sexuální bytosti, bez této myšlenky by sexuální osvěta ani probíhat nemohla. Dalším důležitým předpokladem je celková zralost a vzdělanost poskytovatele takové osvěty. Nutná je také sebereflexe a supervize, celkový náhled člověka na svou sexualitu (Eisner, 2003).

Základní předpoklady a charakteristiky odborných zaměstnanců pracujících s klienty s mentálním postižením podle Burdové (1998 in Mandzáková, 2013):

- základní vědomosti týkající se speciální pedagogiky, patopsychologie ale také např. z anatomie, fyziologie,

- znát své klienty, kterých se osvěta týká a citlivě k nim přistupovat (jednat empaticky),
- zvládnutí a vyrovnání se s vlastní sexualitou, odstranění nevyřešených konfliktů a úzkostí,
- být vyrovnání s používáním sexuálního jazyka i slangu s ním souvisejícím,
- zastávat názor, že cílem není eliminace sexuality a že sexuální zájem a chování není zlo,
- mít představivost, být vynalézaví a flexibilní,
- být upřímní nejen v řeči ale i jednání,
- být emočně stabilní,
- být tolerantní i chápat a respektovat sexuální chování ostatních.

Jako prevenci chyb, použiji výčet nejčastějších prohřešků pracovníků, které ve své publikaci sepsal Eisner (2003), na které během svých několika let narazil:

- špatné vymezení kompetencí, hranic, které neodpovídají nastavení organizace nebo samotným dovednostem pracovníka,
- nejednotný přístup k sexualitě pracovního týmu,
- nedostatečná podpora vedení organizace,
- diskriminace (např. homosexuality),
- zneužívání sexuality k dosažení efektu,
- překročení hranic mezi klientem a pracovníkem,
- akceptace nepřijatelného, hranice a normy překračujících projevů klienta,
- používání soukromých norem a hodnot pracovníka na klienta,
- volba metod, které jsou za možnostmi klienta,
- volba slovníku, který je nesrozumitelný,
- přehnané zaměření na uživatele, při němž může dojít k patologizování normálního chování.

Chybovat je lidské a každému se to ve své vlastní praxi může stát, podstatné je uvědomění si těchto chyb a jejich případná náprava a také vnímání rizik práce s klientem v rámci osvěty.

Obecné principy sexuální výchovy podle V. Täubnera (1994):

- princip spolupráce rodičů a školy,
- princip začlenění sexuální výchovy do obecného projektu výchovy dítěte,
- princip vědeckosti,
- princip důvěry,
- princip koedukovanosti,
- princip etičnosti,
- princip přiměřenosti,
- princip komplexnosti a harmonie,
- princip osobnosti sexuálního pedagoga,
- princip aktivity žáka a spolupráce.

Tyto principy můžeme aplikovat ve výchovně vzdělávacím procesu, rodinné výchově, mimoškolních aktivitách, mediích a v oblasti medicíny (Vrublová, 2005).

Formy osvěty dle Eisnera (2003):

Vhodnou formu osvěty vybíráme podle schopností a potřeb klienta, ale také záleží na celkových možnostech organizace a materiální vybavenosti.

Sexuální osvětu můžeme poskytovat jedinci, páru nebo celé skupině lidí, vždy však musíme respektovat daná pravidla. Obecně bývá jednodušší práce s menším počtem lidí, kdy se tak věnujeme konkrétním zakázkám klientů. Pokud máme na starost celou skupinu, svou pozornost vždy rozdělíme.

Počet lidí, které pro osvětu přijímáme, závisí na počtu pracovníků vykonávajících osvětu. Vhodným počtem pro jednoho pracovníka je šest lidí, pro dva pracovníky v tandemu je vhodný počet lidí deset.

Velmi nevhodné je poskytování osvěty pro velké skupiny lidí, což bývá často požadováno z důvodu ušetření času a finančních prostředků. Může dojít k devalvaci pojetí intimity klientů, studu a ponížení.

Vhodné složení skupiny pro sexuální osvětu sestavujeme podle:

- mentální úrovně klientů,

- pohlaví účastníků,
- věku účastníků,
- zájmu o téma – hodnotíme dosavadní zkušenosti a vzdělání účastníků,
- shodné aktuální potřeby a zakázky účastníků.

Díky vhodnému výběru účastníků do skupiny můžeme zajistit vysokou efektivitu osvěty. Otázkou je, zda zvolit smíšenou skupinu či nikoliv. Toto rozhodnutí vybíráme na základě úrovně zvyklosti klientů na sebe navzájem. Záleží také na tom, jak na sebe dokážou muži a ženy reagovat, zvládat stud a emoce. Ideální skupinou je skupina smíšená ve stejném poměru mužů a žen. Klienti mezi sebou tak mohou diskutovat o svých zkušenostech, zážitcích a mohou se také naučit respektovat jeden druhého.

Co se týče časového plánování, měli bychom jednat velmi střízlivě, s ohledem na účastníky a jejich schopnost soustředění se. Maximální délka výukové hodiny je 90 minut. Musíme ji prokládat přestávkami, hrami a odlehčujícími aktivitami. Pokud vidíme, že se klienti nesoustředí, je vhodné hodinu raději předčasně ukončit. Ideální rozestup mezi jednotlivými hodinami je jeden týden. Je vhodné s klienty minulou lekci probrat a zjistit, co si pamatují a případně na to navázat.

Obsah osvěty

Jednotlivá témata volíme podle zkušeností a rozumových schopností samotných klientů. Pokud klienti nemají žádné zkušenosti, vybíráme široký koncept osvěty, kde jsou zahrnuta všechna důležitá témata.

Toto jsou jednotlivá témata, která se řeší v celkovém obsahu osvěty: co je sexuální osvěta a co je sex, lidské tělo, sex spolu, jak o sebe pečovat, homosexualita, hodnoty a normy, přání mít dítě, pornografie.

Vybraná témata pečlivě rozpracujeme a zvolíme vhodné pomůcky a doplňující činnosti. Mezi vhodné pomůcky, které jsou v ČR dostupné, řadíme různé obrázkové publikace, filmy na DVD, speciální panenky nebo kondomy, vibrátory, hygienické potřeby apod.

2.2 Sexualita tělesně postižených

Celá staletí docházelo k tabuizování sexuality lidí s tělesným postižením. Začátky vzniku pozitivních přístupů k této problematice se začaly objevovat až po roce 1989,

zdaleka to však nebylo ze dne na den. I dnes můžeme narazit na různé názory, že jedinec s tělesným postižením nikdy nebude schopen normálního vztahu a měl by se také vzdát jakýchkoliv představ o rodičovství.

Psychický vývoj člověka s tělesným postižením probíhá vesměs podle stejných zákonitostí jako u jedince zdravého. Tím můžeme říci, že neexistuje žádná zvláštní sexualita lidí s tělesným postižením (Kracík, 1987).

Existuje však spousta bariér, předsudků a obtíží, které ovlivňují prožívání sexuality v plném rozsahu. Novosad (in Kozáková, 2013) uvádí hned několik podílejících se faktorů, které sexualitu a partnerské vztahy značně ovlivňují:

- **Zdravotní stav** – zde rozlišujeme především druh a stupeň postižení, úroveň celkové samostatnosti, ale také dobu, kdy k postižení došlo (vrozené x získané). Dalším omezujícím faktorem mohou být např. nekoordinované, mimovolní pohyby, grimasování, různý stupeň spasticity.
- **Psychický stav** – velmi důležitá je osobnost jedince. Postižením bývá ovlivněn celkový psychický stav člověka, díky kterému může dojít ke vzniku specifických osobnostních rysů, které mohou různě komplikovat partnerské vztahy. Důležité je jak člověk své postižení a problémy s ním spojené přijímá, zda má smysl pro humor, jaké má hodnoty, sebehodnocení atd.
- **Sociální klima** – zde řadíme vlivy týkající se rodiny, ale i celé společnosti. Do jisté míry člověka s postižením formuje okolí, které se kolem něj vyskytuje. Kamarádi, kolegové, přátelé, spolužáci, vychovatelé, učitelé, ti všichni mají vliv na člověka s postižením a formování jeho osobnosti.

Problémy sexuálního života bývají u každého člověka s tělesným postižením velmi odlišné. Jak už bylo řečeno výše, závisí to na mnoha faktorech. Poruchy hybnosti u člověka s tělesným postižením mají za následek ztížený kontakt s druhými lidmi, ale také realizaci sexuálních vztahů, kdy dochází např. k bránění frikčních pohybů při souloži. Často se tak využívají různé kompenzační techniky nebo pozice, které nejsou tak běžné. V některých případech dochází k asistovanému sexu, kdy je využívána pomoc třetí osoby (Drábek, 2013).

U každého postižení vnímáme různý stupeň dopadu na sexualitu člověka. Např. u lehké dětské mozkové obrny jsou omezení jen minimální, ale u těžší formy mohou být lidé limitováni velmi zásadně. Pro některé se může stát pohlavní styk nemožným (Kozáková, 2013).

Společnými znaky u neurologických onemocnění jsou poruchy hybnosti různého stupně, citlivosti a sexuálních funkcí. Dochází k poruchám na úrovni mozku, míchy a periferních nervů. Do této skupiny řadíme stavy po mozkových příhodách, epilepsii, Parkinsonovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo již zmiňovanou dětskou mozkovou obrnu (Drábek, 2013).

U každého člověka se ale dopad na jeho sexualitu bude lišit. Např. u paraplegiků i kvadruplegiků narušení sexuální funkce souvisí s tím, do jaké míry je mícha přerušena, jestli úplně nebo částečně (Vrublová, 2005).

Velmi náročné na psychiku člověka a jeho fungování jsou stavy po úrazech míchy, kdy si dotyčný musí zvykat na úplně novou situaci. „*Pacienti po úrazech míchy zůstávají sexuálními bytostmi s přáním žít sexuální život a mít vlastní děti jako jejich nepostižení vrstevníci*“ (Šrámková, 2013, s. 144). Poruchy sexuálních funkcí se výrazněji projevují u mužů. Mezi důležité prvky patří sexuální edukace, kde se pacient seznamuje s různými možnostmi sexuálních poruch. Probíhá už v rané fázi hospitalizace. Úrazy míchy vedou ke změně sexuální apetence, která se po úrazu snižuje, erektilní schopnosti i dosažení orgasmu. Penis ztrácí svou dominantní roli. Bradavky, šíše, ústa a další části těla se stávají novými erotogenními zónami. Orgasmus není spojený s ejakulací a často tak dochází k tzv. psychogennímu orgasmu (Šrámková, 2013).

Důležitou složkou pro lidi s tělesným postižením je vhodné poradenství v oblasti sexuality, kde se člověk dozvídá bližší informace o svých možnostech. Vždy musí být zachován individuální přístup. V diagnosticko-terapeutických J. Kracík (in Kozáková, 2013) dává důraz na tyto oblasti:

- zjištění rozsahu postižení omezujícího sexuální aktivitu,
- stanovení rozsahu sexuálních aktivit, které jsou reálné,
- stanovení úkolů pro léčbu, rehabilitaci a výchovu, které by mohly rozšířit dosavadní rozsah sexuálního života.

V samotné poradenské činnosti autor rozlišuje tyto jednotlivé postupy:

- **zjišťovací fáze** (zkoumáme fyziologické nedostatky a klady, psychosociální nedostatky a klady, sexuální hodnoty a postoje),
- **fáze pochopení** (umožnit klientovi získání potřebných informací a poznání fyziologických a psychosociálních potřeb, postojů a hodnot),
- **akční fáze** (vypracování konkrétního plánu pro překonání specifických obtíží v sexuálním životě za spolupráce rodiny, školy a partnera).

Tělesné postižení neznamena, že člověk přestane být sexuální bytostí nebo že jeho sexuální život nebude naplňován. I když s těmito předsudky se můžeme setkávat i dnes. Je velmi důležité zajistit pro tuto skupinu lidí kvalitní podpůrnou síť, kde jejich sexualita nebude opomíjena. Kde bude docházet ke kvalitní sexuální osvětě a poradenské činnosti.

2.3 Sexualita lidí ve stáří

„Přestože stáří ve své podstatě nelze zařazovat mezi kategorie zdravotního postižení, v poslední době ho stále více společnost považuje za určitý handicap. V sexualitě seniorů je mnoho znaků společných s problematikou u lidí se zdravotním postižením. Také staří lidé jsou vnímáni jako asexuální bytosti, podobně jako lidé s postižením...“ (Drábek, 2013, s. 75).

Jak už bylo řečeno v předešlých kapitolách, sexualita je důležitou součástí celého života, její realizace se různě mění. Ve vyšším věku dochází k mnoha změnám, ať už biologickým nebo psychosociálním, které vytvářejí překážky v realizaci spokojeného, harmonického sexuálního života (Venglářová, 2013).

Důležitost prožívání vlastní sexuality ovšem neklesá. Představa, že s přibývajícím věkem se vytváří nějaká hranice, kdy sexuální život končí, je velmi mylná a nesprávná (Vrublová, 2005).

Psychosociální a tělesné změny však mohou způsobovat různé problémy a sexuální dysfunkce, které mohou negativně ovlivnit partnerské vztahy. Zvláštní skupinou jsou potom lidé žijící dlouhodobě v zařízeních zdravotnických a sociálních služeb. Zde se často setkáváme s tabuizováním jejich sexuality a nedůstojným chováním k nim. (Venglářová, 2013).

2.3.1 Změny sexuality ve stáří

Biologické změny

Zásadní biologickou změnou je změna produkce hormonů ovlivňující reprodukční systém. V důsledku poklesu produkce pohlavních hormonů u žen dochází ke změně fungování těla a to i v oblastech, které souvisí s pohlavním životem ženy.

Dochází ke snížení lubrikace sliznice pochvy a postupné atrofii sliznice, což způsobuje problémy při pohlavním styku, vniknutí penisu do pochvy a celkovou bolestivost při koitu. To může vést k omezení sexuálního života. Klimakterium také přináší výkyvy nálad, které mohou vést až k depresivnímu prožívání, dále může celkově snížit apetenci ženy.

Hormonální změny u mužů označujeme jako andropauza. Projevují se na rychlosti sexuálního vzrušení, kdy muž potřebuje silnější podněty, delší sexuální dráždění, aby došlo ke kvalitní erekci.

Vnímání a prožívání změn je velice individuální. Mužská sexualita je zaměřena na výkon, kdy se muž obává úbytku síly, který vede k potížím s erekcí a selhání při pohlavním styku. Oproti tomu ženská sexualita je velmi komplexní, žena potřebuje být více pozitivně naladěna, musí v ní přetrvávat pocit atraktivity, který má dopad na její psychiku. U žen poklesem věku dochází k různým gynekologickým změnám, které mohou být při pohlavním styku problémem.

Kromě hormonálních změn se můžeme setkat i s různými dopady onemocnění a jejich léčby, které mohou sexualitu také značně ovlivnit.

Časté formy sexuálních dysfunkcí:

- **Muži**
 - poruchy erekce,
 - poruchy ejakulace,
 - poruchy apetence.
- **Ženy**
 - bolestivý sexuální styk,
 - poruchy orgasmu,
 - nezájem, až odpor k sexuálnímu styku.

Cílem léčby je obnova uspokojivého sexuálního života. Primárně se řeší všechny potíže somatického charakteru nepříznivě ovlivňující sexuální život. Řadíme sem především kardiovaskulární poruchy, změny pohybového aparátu doprovázené bolestmi a neurologická onemocnění. Pacientovi dále poskytujeme psychologickou podporu spojenou s podáváním preparátů, které zlepšují sexuální funkce (Venglářová, 2013).

Sexualita seniorů v institucích

Bohužel i dnes je sexualita seniorů v těchto zařízeních spíše eliminována, než aby docházelo k podpoře sexuálního života seniorů, kteří z různých zdravotních nebo sociálních důvodů žijí v léčebnách nebo různých domovech. Spousta intimních záležitostí klienta včetně jeho sexuality se stává „veřejnou záležitostí“ (Venglářová, 2013). Postoje personálu bývají v těchto zařízeních velmi odlišné.

U starých lidí v zařízení je třeba dbát na zachování jejich důstojnosti a to i přes jejich možné rušivé sexuální chování, které je způsobeno různými důvody (Šrámková, 2013).

Obecně v těchto institucích dochází ke ztrátě intimity, soukromí mezi partnery není často v zařízení dosažitelné. Musíme se na sexuální chování člověka koukat v celé šíři, abychom pochopili, že za intimní se považuje i důvěrný rozhovor, doteky apod. Naštěstí přibývá zařízení, kde se nacházejí jednolůžkové pokoje pro předem domluvené návštěvy klienta.

Následkem nedostatku soukromí se může objevit celá řada problémů: ztráta zájmu o sex, psychické potíže během sexuálního aktu, nevhodné sexuální chování. Ke zlepšení může dojít pomocí malých úprav prostředí. Vytvoření zákoutí, kde by klienti mohli v klidu posedět, držet se za ruce a nebýt tak rušeni ostatními (Venglářová, 2013).

Podpora intimity seniorů

Role pracovníků je eliminovat situace, během kterých může dojít k ohrožení práva na soukromí, respektování studu a intimity seniora. Celkově dochází ke zlepšení situace v těchto zařízeních, ale u každé takové služby je riziko individuální a může dojít k pochybení. Na co si při práci se seniory v rámci zachování jejich důstojnosti a našeho respektu k nim dávat pozor:

- hovory o intimních detailech péče o seniora (pomůcky pro lidi s inkontinencí, stav hygieny, vyprazdňování),
- reakce na zájem o navazování vztahů („prosím vás, ve vašem věku?“),
- vstupování do koupelny, pokoje.

Doporučení, dle Venglářové (2013), jak podpořit identitu klientů:

- Umožnit klientům kompletní oblékání včetně všech detailů jako jsou např. ozdoby, šperky. Můžeme se setkat s klientkami bez podprsenky nebo v univerzálních teplákách.
- Zachování soukromí při běžných činnostech, být k dispozici, pokud si klient sám zažádá o pomoc.
- Podpora společenských kontaktů a návštěv v soukromí. Domluva na čase, kdy za klientem můžeme přijít.
- Dávat si pozor na „zdětinšťování“.
- Profesionálně reagovat na doteky, jemně se ohradit v případě překročení hranic.

2.4 Sexualita lidí s duševním onemocněním

Sexualita lidí s duševním onemocněním mnohdy nebývá vůbec řešena, přesto jsou problémy s jejich vlastní sexualitou poměrně časté. Sexualita může být narušena jak po stránce kvantitativní, tak kvalitativní. Dochází i k problémům v rámci navazování intimních vztahů. Velký vliv mají i negativní postoje společnosti a stigmatizace psychických poruch (Drábek, 2013).

U jednotlivých poruch dochází k různým projevům změn v oblasti sexuality. Velký vliv má také psychofarmakologická léčba, jelikož je většina pacientů evidovaná v lékařské péči a také léčena. Léky tak negativně ovlivňují sexuální funkce, kdy u žen může docházet např. k suchosti vaginy, neschopnosti lubrikace atp. U mužů se setkáváme s poruchami erekce, ejakulace apod. (Drábek, 2013).

2.4.1 Vliv některých psychofarmak na sexuální funkce:

Antidepresiva – mají pozitivní dopad na zlepšení onemocnění, ale negativní na sexuální funkce. Dochází ke snížení apetence, poruchám orgasmu. Citlivost na lék je velmi individuální, hledáme takové, které mají nejmenší dopad na sexuální funkce.

Antipsychotika – objevuje se snížená lubrikace u žen a poruchy erekce u mužů. Léky mají celkový dopad na zájem o sex i na odpověď organismu na erotické podněty.

Anxiolytika – tyto léky jsou spíše tlumící, u stavů úzkosti ale napomáhají zlepšit situaci, protože odpadnou zábrany, které jsou způsobené strachem.

Hypnotika – dochází k celkovému útlumu člověka.

Stimulancia – zvyšuje se iniciativa, sexuální touha, aktivita a zrychluje se psychomotorika. Tyto látky nemají vliv na erektilní potenci (Venglářová a kol., online, 2013).

2.4.2 Problémy v sexuálním životě při některých psychiatrických poruchách

1. Psychózy schizofrenního typu

Počátek onemocnění vzniká převážně v době dospívání, změny vztahu k lidem se objevují před začátkem vypuknutí obtíží. Mladí lidé často neprožijí běžný vývoj vztahů. Po vypuknutí psychózy můžeme zaznamenat řadu faktorů, které negativně ovlivňují sexuální vývoj a život v páru.

Samotné symptomy onemocnění tvoří jistou bariéru, při které není možné ani vztah navázat. Po vypuknutí ataky dochází k hospitalizaci a následné farmakoterapii, kdy léky způsobují celkový útlum a sexuální dysfunkce, samotná sexuální reaktivita klesá. V zařízeních nedochází k běžnému sociálnímu kontaktu a často tak dochází k vytváření vztahů mezi pacienty. Dochází k frustraci pacientů z nemožnosti utváření intimních vztahů a z nedostatku důvěrného kontaktu. Během atak se mohou objevovat halucinace i bludy se sexuálním obsahem. Někdy se také objevuje promiskuitní chování, což vytváří špatný pohled na sexualitu nemocných (Venglářová a kol., online, 2013).

2. Deprese

K symptomům deprese se řadí: ztráta zájmu, energie, radosti ze života. Dochází k narušení vztahů a sexuálním poruchám. Mezi nejčastější sexuální problémy depresivních pacientů patří: snížený zájem o sex, snížená schopnost navázat vztahy, snížená frekvence sexuálních styků, erektilní dysfunkce, poruchy orgasmů. Velký vliv na sexuální život mají právě antidepressiva. Vždy záleží na typu léků, dávce, ale i

individuální reakci nemocného. Velmi důležitá je psychologická podpora pacienta i jeho partnera.

Lékař by se měl zajímat o kvalitu sexuálního života od začátku, aby odlišil změny, které jsou způsobené antidepresivy (Venglářová a kol., online, 2013).

3. Manická fáze afektivní poruchy

Bipolární porucha se řadí mezi závažná chronická onemocnění, kdy dochází ke střídání tzv. epizod. V manické fázi můžeme pozorovat jednotlivé příznaky: zvýšená sexuální energie, zájem o sex, zvýšená potřeba kontaktů, familiárnost, rizikové riskantní chování. Samotné chování nemocného má přímý vliv i na jeho okolí. Takové chování může působit nevhodně, nespolečensky. Může také vytvářet dojem promiskuitního neovládajícího se člověka. V první fázi onemocnění je prioritou zklidnění pacienta pomocí farmakologie, mnohdy je nutná hospitalizace. Nezdrcenlivé chování může často negativně působit na partnerský vztah nebo manželství. Proto je nutné mluvit o symptomech onemocnění, nikoli charakteru nemocného (Venglářová a kol., online, 2013).

3 Sexuální asistence

V této kapitole bych ráda vymezila samotný pojem sexuální asistence. Co tento pojem znamená? Co vše do sexuální asistence spadá? Jak se dělí? Jak vypadá v zahraničí, a naopak u nás?

Nesetkáváme se pouze s označením sexuální asistence, dále se používá např. pojem sexuální doprovázení. V zahraničí se vyskytují další označení jako: Körper-Kontakt-Service (servis tělesného kontaktu), alternativní zprostředkovávání partnerů/partnerek, surrogacy terapie (náhradní partnerství) nebo práce jako dotykový pracovník/pracovnice. Některé z nich spadají spíše pod poradenskou činnost. Nejednotnost názvu je způsobena prozatímním neukotvením asistence v praxi v našich podmínkách. Projekt, který vznikl pod záštitou organizace: Rozkoš bez rizika, převzal označení „sexuální asistence“ od zahraničních spolupracovníků. Přesto tento název nevnímá vedení organizace jako šťastnou volbu, kvůli možné představě lidí, že se jedná pouze o erotické služby, což je pouze jedna z mnoha dalších náplní. Služba může být laickou veřejností bez větší odbornosti, stigmatizována jen kvůli svému názvu (Urbančíková, online, 2015).

3.1 Asistence x prostituce

Aby nedocházelo k mylným představám o této službě, je důležité si říci hlavní rozdíly mezi sexuální asistencí a klasickou prostitucí. V České republice není prostituce legalizována, a proto je také opředena spoustou předsudků. Podle Rozkoše bez rizika by měl sexuální asistent přinášet do přímé interakce s klientem větší respekt, pochopení a důvěru. Díky proškolení a výcviku asistenta, by měl být zajištěn pozitivní rozvoj sexuality klienta. Oproti prostituci nemá sexuální asistence striktní finanční charakter.

Při dlouhodobé spolupráci s klientem může dojít pomocí sexuálního uvolnění k ventilaci stresu a zmírnění agrese.

Důkazem, že se sexuální asistence nedá označit jako prostituce, je také její pasivní forma, jakási dopomoc a poradenství k uskutečnění sexuálních potřeb klienta bez přímé interakce. To do konceptu klasické prostituce nezapadá. Pokud ovšem definujeme prostituci jako poskytování sexuálních služeb za úplatu, aktivní provedení, přímou pomoc při pohlavním styku a jiné sexuální praktiky prováděné za peníze, shoduje se

tento popis i s aktivní sexuální asistencí. Někteří vidí rozdíl právě v přítomné úctě a respektu při vykonávání služby, která je také spíše vnímána jako sociální služba (Urbančíková, online, 2015).

Z výpovědí německých sexuálních asistentek můžeme sexuální asistenci vnímat jako něco jiného, než je pravý smysl prostituce. Klienti často primárně nevyžadují pohlavní styk, ale spíše touží po porozumění, dotecích a zažití intimity. Jejich přání je, aby bylo jejich tělo vnímáno jako nahé tělo a ne jako objekt k převlékání nebo mytí (Vidurová, online, 2015).

3.2 Definice a rozdělení sexuální asistence

Nejdříve bych ráda uvedla definici organizace Rozkoš bez rizika, která se sexuální asistencí v ČR zaobírá zatím nejvíce.

„Sexuální asistence je služba, nabízená handicapovaným klientům, kteří nemají možnost naplňovat svou sexualitu a potřebu doteku v běžném partnerském vztahu bez pomoci druhých právě kvůli svému fyzickému, mentálnímu nebo i kombinovanému postižení. Asistenti/ky poskytují podpůrné aktivity různého charakteru a pomáhají prožívat klientům jejich sexuální potřeby jednak pasivním způsobem formou přednášek, obstarávání prostředků (například pornografických děl, erotických pomůcek atd.), nebo zprostředkováním kontaktu na jiné pracovníky/ce, jež onu sexuální asistenci provádějí aktivně“ (Šídová, Poláková a kol., online, 2013).

V Evropě zatím není utvořený jednotný názor na sexuální asistenci a její hranice. Experti z různých zemí zaujímají odlišné pohledy na tuto problematiku, např. podle Waltera nemůže sexuální asistenci vykonávat kdokoliv (Walter, 2004, online). Člověk vykonávající sexuální asistenci, musí získat speciální vzdělání, a to v pečovatelské a pedagogické oblasti. Banash (in Walter, 2004, s. 64) tvrdí, že by *„měli být vzděláni psychologicky, fyziologicky a mít znalosti z ošetrovatelství, aby mohli s handicapovanými zacházet zodpovědně“*. Möslera (in Bannasch, 2002) říká, že by sexuální asistence měla být součástí standardu sexuálně terapeutické péče. Podle Vernaldi (in Walter, 2004) vnímají postižení muži sexuální doprovázení jako náhradu za plnohodnotný partnerský vztah a to i tací, kteří partnerku mají.

Německý aktivista a vozíčkář Matthias Vernaldi, který prosazuje sexuální asistenci, k tomu dodává: *„Sexuální pomoc nemůže být ničím víc než jasnou odpovědí na*

sexuální strádání řady postižených lidí. Hlubší problém touto cestou vyřešit nelze. Je k tomu zapotřebí široký diskurz o atraktivitě, rozkoši a tělesnosti, který se netýká jen postižených lidí, speciálních pedagogů, lékařů a sexuálního doprovodu. Při přemýšlení o sexuální pomoci sexuálním doprovázením by nám mělo být jasné, že se tak před námi otevírá další široké pole zvláštní péče“ (Vernaldi in Walter, 2004, s. 49). Z tohoto textu nám vyplývá, že nelze brát sexuální asistenci jako celkové řešení pro každého.

Jak už bylo řečeno, dělí se sexuální asistence na aktivní/pasivní nebo také jinak řečeno na přímou/nepřímou.

Aktivní sexuální asistence

Do aktivní sexuální asistence spadají: „*všechny formy asistence, při nichž jsou spolupracovníci aktivně vtaženi do sexuální interakce“ (Walter in pro familia, 2005, s. 6). Asistent nebo asistentka při společné schůzce s klientem používá své tělo k uspokojení jeho potřeb. Spadají sem doteky různého typu: erotické masáže, hlazení, ale také orální sex a samotný pohlavní styk a různé sexuální praktiky s ním spojené, na kterých se pracovník s klientem domluvili.*

V pasivní asistenci je přímý fyzický kontakt nežádoucí, nepřípustný. Vyskytuje se mnoha situacích, kdy jsou obě formy asistence kombinovány. Pasivní asistence je využívána k edukaci před touto fyzickou a často zase aktivní asistence je doplňována touto pasivní (Urbančíková, online, 2015).

Pasivní sexuální asistence

„Za formu pasivní sexuální asistence je považováno obstarávání ochranných a podpůrných prostředků (například pornografických děl, erotických pomůcek atd.) pro lidi s handicapem, nebo zprostředkování kontaktu na sexuální asistentku“ (Šídová a kol., online, 2013, s. 127).

Spadají sem také různé služby, které se týkají poradenství. Aktivity, které zahrnuje pasivní asistence:

- zodpovědnost k rodičovství,
- rozpoznání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou,
- schopnost říci ne,
- učení komunikace o pohlavním styku,

- obstarávání sexuálních pomůcek,
- edukace správného využití erotických pomůcek,
- učení vyhledávání pornografie na internetu a vzdělávání muže/ženy v této oblasti,
- pomoc při nastavování hranic vzhledem k sexualitě,
- zabývání se nepřiměřeným sexuálním chováním, důsledky sexuálních aktivit,
- vysvětlení jak správně masturbovat,
- poskytnutí informací o možnostech antikoncepce,
- edukace v oblasti bezpečnějšího sexu,
- edukace v oblasti hygieny,
- edukace v oblasti přitažlivého oblékání,
- edukace v oblasti rozpoznávání fyzických rozdílů mezi mužem a ženou,
- učí jak navazovat partnerské vztahy,
- rozebrání tématu sexuálního násilí (znásilnění, nucení k sexu a sexuálním praktikám, zneužívání),
- pomoc handicapovaným párům se začátkem pohlavního života,
- poskytnutí poradenství příbuzným (např. rodičům, blízkým osobám) ohledně sexuality jejich dětí, blízkých.

Služba pasivní sexuální asistence je shodná s náplní práce **intimního asistenta**. Rozdíl mezi intimní asistencí a pasivní sexuální asistencí je v tom, že intimní asistenci vykonává pracovník pomáhající organizace. V současné době není intimní asistent ukotvený v systému profesí. Službu většinou vykonávají sociální pracovníci zařízení. Velkým rozdílem mezi intimní asistencí a obecně sexuální asistencí je absolutní zákaz dotýkání, co se týče intimní asistence (Rozkoš bez rizika, online).

3.3 Sexuální asistence v zahraničí

S legalizací sexuální asistence, kde je tato služba plně poskytována, se můžeme setkat hned v několika zemích: Švýcarsko, Německo, Dánsko, Nizozemí, Itálie, Anglie, Rakousko. Už v roce 1973 vzniká ve Spojených státech amerických: Mezinárodní asociace profesionálních náhradníků. V roce 2003 byla kompletně zlegalizována terapie náhradním sexuálním partnerem pod supervizí licencovaného terapeuta ve všech

amerických státech. Společně s Nizozemím, spadaly Spojené státy americké mezi první země, kde se už v sedmdesátých a osmdesátých letech vyskytla možnost nalezení sexuální asistence specializované na osoby s nějakým znevýhodněním.

Pro další příklad uvedu Anglii, která už od roku 2000 zajišťuje handicapovaným přes stovku asistentů, asistentek s různou nabídkou erotických praktik. Všechny tyto sexuální služby spadají pod organizaci TLC Trust. Tato organizace se primárně nezaměřuje pouze na tělesně nebo mentálně postižené, ale všeobecně řeší pomoc lidem s poruchami sexuality (Urbančíková, online, 2015).

U všech zemí, kde se sexuální asistence vyskytuje, proběhla legalizace prostituce. Jedná se o jeden z mnoha rozdílů mezi sexuální asistencí u nás a v zahraničí.

3.3.1 Uchopení sexuální asistence v zahraničí

Podmínky pro možnost vykonávání sexuální asistence jsou u každé země jiné. U každé asistence se požaduje určitá klasifikace a vzdělání. V **Německu** je zaveden rekvalifikační kurz, který se skládá z devíti modulů a každý modul obsahuje čtyři hodiny. Tématy kurzu jsou: prevence, hygiena, první pomoc (např. při infarktu), role sexuální asistence, znalost tělesných postižení, sexualita aj. Po jeho absolvování obdrží pracovník certifikát. Kurz je poskytován organizací La Familia.

Ve **Švýcarsku** se můžeme setkat s obsáhlejší formou přípravy. Zájemci o pozici sexuálního asistenta/asistentky musí absolvovat tříleté pomaturitní studium a projít psychoterapií. Své zaměstnání vykonávají jako zaměstnanci konkrétního zařízení nebo za klienty dochází. K této službě jsou ve Švýcarsku nakloněny i pojišťovny, které proplácí 80€.

Ve **Francii** se k tématu vedly různé diskuze. Národní poradní výbor pro etiku (CCNE) upozornil na určitá rizika a celkově k tomuto tématu přistupoval negativně, doporučil však zahájit edukaci osob, které budou o sexualitu handicapovaných pečovat a vzdělávat je.

Oproti tomu v **Dánsku** se sexuální asistenci věnují na státní úrovni a zájem o ni propukl už dávno. Dánské ministerstvo sociálních věcí vydalo příručku, která řeší práva a povinnosti asistentů/asistentek. Právo na užívání sexuality je uzákoněno.

Ceny za sexuální asistenci se liší, ale pohybují se vysoko. Např. v Německu je všeobecně asistentek málo, často musí cestovat několik desítek km po celé zemi a tím se služba velmi prodraží. Cena se tak pohybuje okolo 120 eur na hodinu, ve Finsku dokonce až 340 eur za hodinu. K této ceně se však musí připočítat ještě doprava, ubytování v hotelu apod. (Šídová a kol., online, 2013).

3.3.2 Právní vymezení sexuální asistence v Německu

Jako příklad právního vymezení sexuální asistence uvádím Německo, jelikož je o německé sexuální asistenci nejvíce informací. Organizace pro familia uvádí, že nárok na sexualitu má každý. Sexualita spadá do základních práv osobního rozvoje člověka. Lidé s postižením tak nepotřebují žádné zákonné „povolení“, aby mohli služeb sexuální asistence využívat.

Aktivní sexuální asistence v Německu spadá pod Zákon o prostituci. Zákon nerozlišuje, jestli se jedná o komerční nabídku sexuálních služeb nebo jestli vykonavatelky disponují nějakou klasifikací. Např. na erotické masáže nebo uvolnění rukou je také nahlíženo jako na prostituci.

Často se asistent musí rozhodovat, jestli může sexuální asistenci poskytnout. Sexuální asistenti tak musí znát právní předpisy, které chrání samotného klienta před zneužitím. Zákon definuje, kdy je možné sexuální asistenci poskytnout a kdy ne. O tomto bodu zákona je nutné přemýšlet hlavně u lidí s těžkým postižením, kdy není jasné, zda si službu přejí/nepřejí. Sexuální asistence by se tak měla vykonávat pouze v případě, že klient dokáže dát najevo rozeznatelný souhlas/nesouhlas. Pokud se v rámci komunikace s postiženým pracovníci nepodaří rozpoznat nelibost klienta, vnímá se tento klient jako právně neschopný klást odpor a sexuální asistence nemůže být uskutečněna. *„Osoby neschopné klást odpor nejsou ve stavu, aby byly schopny samy vyjádřit a bránit své hranice, je sexuální kontakt s nimi brán jako zneužití“* (Šídová a kol., online, 2013).

3.4 Sexuální asistence v ČR

První diskuze o možnosti vzniku sexuální asistence v České republice vznikly v roce 2013, kdy na společném projektu začala spolupracovat Rozkoš bez rizika se Švýcarskem. O dva roky později proběhlo vyškolení prvních pěti českých asistentek.

V ČR zatím působili tzv. intimní pracovníci, o kterých jsem se zmiňovala v předešlé kapitole. Vždy se ale jednalo pouze o pasivní službu, která pomáhala klientům s jejich sexualitou formou poradenství, edukačních videí a pomůcek. Ovšem těchto pracovníků také není mnoho.

V České republice vzniká projekt: Právo na sex!, kde dochází ke spolupráci organizace Rozkoš bez rizika se Švýcarskem. V podání žádosti o dotaci na projekt nebyla sexuální asistence přímo zmíněna, požadavkem bylo dostat dotaci na spolupráci se zahraničními odborníky a pořádání seminářů. Projekt byl schválen Ministerstvem vnitra ČR a poskytnuté peníze od Ministerstva financí byly použity na návštěvu v InSeBe a následné pozvání lektorů do ČR (Urbančíková, online, 2015).

Z právního hlediska není prostituce tudíž i sexuální asistence v ČR povolena, ale ani zakázána. O to víc všechny překvapilo, když byl projekt:“ Právo na sex!“ schválen. Ministerstvo vnitra však vydalo posudek, kde uvádí, za jakých podmínek se smí sexuální asistence uskutečnit, aby nešlo o kuplířství (Afí, online, 2015):

- Rozkoš bez rizika nesmí cíleně asistentky vysílat za klienty.
- Může asistentky pouze školit.
- Může na vyžádání předat klientům seznam s kontakty.
- Organizace si nesmí brát za služby sexuální asistence peníze.
- A dále nesmí při školení asistentek navádět k prostituci.

3.4.1 Sexuální asistentky v ČR

„Sexuální asistentka či asistent je žena nebo muž, kteří nabízejí podpůrné aktivity osobám s hendikepem. Pomáhají jim prožívat jejich sexuální potřeby“ (Šídová a kol. 2013, s. 127). Oficiálně je v České republice vyškoleny pět sexuálních asistentek, které vystupují pod svým jménem a organizace Rozkoš bez rizika negarantuje jejich služby. Do kurzu se přihlásilo několik uchazeček, ale byly vybrány pouze ženy, které dlouhodobě spolupracují s organizací Rozkoš bez rizika a které byly uznány jako vhodné kandidátky pro tuto profesi. Jelikož nebyl dopředu znám výsledek školení, vybrala organizace pouze takové uchazeče, které osobně znala a mohla tak zajistit budoucí kvalitu služby. Proto mezi vybranými nebyl ani jeden muž. Pokud má o tuto pozici zájem muž, doporučuje se spíše na intimní asistenci (Urbančíková, online, 2015).

Všechny asistentky jsou ženy okolo středního věku, které se pohybují v erotických službách přibližně 10 let. Většinou tyto ženy přicházejí z oblasti prostituce. Aby mohly vykonávat službu sexuální asistence, prošly asistentky sedmidenním školením a zároveň několika vzdělávacími kurzy, jejichž náplní bylo např. jak přistupovat k člověku s postižením, možnosti alternativní komunikace, druhy postižení apod. Po absolvování těchto kurzů a školení, podepsaly asistentky etický kodex a následně obdržely certifikát (Šídová, online, 2015).

Každá sexuální asistentka by měla navštěvovat supervize a docházet na doplňující školení, která jí poskytnou další potřebné informace.

Etický kodex sexuálních asistentek

Na webových stránkách sexuálniasistence.org je napsán sexuální kodex, který je pouze doporučený k dodržování, aby nebyla během poskytování služby ohrožena ani jedna strana. Etický kodex se opírá o základní zásady, mezi které patří vzájemná úcta obou stran, uvědomění si role třetí strany, osobní a absolutní respektování intimního charakteru momentu poskytované služby.

„Profesionální sexuální asistence jako pravidelná, příležitostná či přechodná služba, která podléhá svobodnému souhlasu, dodržování platných zákonů a zásadě ochrany zdraví všech protagonistů a protagonistek. Dobrovolný závazek SEXUÁLNÍCH ASISTENTEK a ASISTENTŮ, že budou pracovat v souladu s tímto kodexem pro SEXUÁLNÍ ASISTENTKY a ASISTENTY, je zárukou kvality“ (Rozkoš bez rizika, online).

Všem dospělým jakéhokoliv věku s jakýmkoliv hendikepem se sexuální asistence nabízí s cílem rozvinout jejich prožívání a sexualitu v širším slova smyslu. Sexuální asistent je zavázán poskytovat tyto služby s hlubokým respektem, tak aby podpořil klientovo sebeurčení a zajistil mu co možná nejvyšší úroveň bezpečnosti a spokojenosti.

Témata řešena v etickém kodexu: hodnoty, nabídka a poskytování služby, klienti/klientky, komunikace a mlčenlivost, atmosféra a praktické záležitosti, hygiena, schůzky, odměna

Dá se říci, že sexuální asistence je u nás hodně v začátcích a je potřeba doladit veškeré detaily. Až čas ukáže, jestli je tato služba prospěšná nebo ne.

4 Praktická část

4.1 Cíle a úkoly výzkumného šetření

Hlavním cílem této bakalářské práce je za použití metody rozhovoru získat, porovnat a zpřístupnit informace a názory, týkající se sexuality osob se specifickými potřebami a sexuální asistence v ČR od lidí o ně pečujících. Cílem je získat informace, týkající se projevů sexuality osob se specifickými potřebami, určitých problémových situací a jejich následné řešení a také seskupit jednotlivé názory na sexuální asistenci. Všechny získané informace budou porovnány a bude tak rozšířen pohled na sexualitu samotnou, ale zároveň budou zjištěny samotné pohledy na sexuální asistenci od rodičů a pracovníků, kteří denně přicházejí do kontaktu s osobami, kterých se sexuální asistence týká.

Empirická část je tedy rozdělena na dvě části. První část je zaměřena na zkušenosti a názory pracovníků a druhá část je zaměřena na názory a zkušenosti samotných rodičů.

Výzkumné otázky

Jak vnímají projevy sexuality osob se specifickými potřebami a řeší problémové situace, které se jí týkají, lidé o ně pečující?

Jaký názor zaujímají na sexuální asistenci v ČR?

Cíle zvolené v rámci rozhovoru s pracovníky

Cíl č. 1

Zjistit s jakými projevy sexuality se u svých klientů pracovníci setkávají.

Cíl č. 2

Zjistit jestli se nějakým způsobem v daném zařízení se sexualitou pracuje a jaké nástroje jsou proto používány.

Cíl č. 3

Zjistit, jestli se pracovník někdy osobně setkal s problematickou situací, která by se sexuality týkala a jak ji řešil.

Cíl č. 4

Zjistit, jestli má pracovník povědomí o službě sexuální asistence a jaký názor na ni má.

Cíle zvolené v rámci rozhovoru s rodiči

Cíl č. 1

Zjistit s jakými projevy sexuality se rodiče setkávají u svého dítěte a kdy začaly.

Cíl č. 2

Zjistit jestli rodič řeší nějaké problematické situace týkající se sexuality jeho dítěte.

Cíl č. 3

Zjistit jestli rodiče někdy vyhledali odborníka, který se věnuje sexualitě osob s postižením.

Cíl č. 4

Zjistit, jestli rodiče mají povědomí o sexuální asistenci a co si o ní myslí.

4.2 Metodika

K výzkumnému šetření byla zvolena metoda hloubkového rozhovoru, který se lišil podle toho, jestli se jednalo o pracovníka nebo rodiče.

Hloubkový rozhovor

Patří mezi nejužívanější metodu kvalitativního výzkumu. Švaříček (2007, s. 159) jej definuje jako: „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek*“. Rozdělujeme dva typy hloubkového rozhovoru a to polostrukturovaný a nestrukturovaný. Pro mé účely práce jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených témat a otázek. Charakteristickým znakem rozhovoru je nezávaznost k pevné struktuře. Výzkumník si určuje pořadí otázek a může jej měnit podle situace a průběhu rozhovoru. K vytvořeným otázkám může přidat další a zároveň může volit i nová témata. Polostukturovaný rozhovor má své nevýhody jako je např. obtížnější analýza dat (Miovský, 2006).

Ke zpracování dat byla využita metoda otevřeného kódování. Jedná se o proces, kdy jsou získané údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny zpět dohromady novým způsobem. Text je rozbit na jednotky, které dostanou svá jména, a s těmito novými fragmenty výzkumník dále pracuje. Jednotkou může být slovo, sekvence slov nebo odstavec (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Vzniklé jednotky z rozhovoru s pracovníky:

Sexuální projevy jako přirozená součást člověka

- Fyzické sexuální projevy
- Nekontaktní sexuální projevy
- Odlišnost

Nástroje pro práci se sexualitou klientů

- Oficiální dokumentace s pravidly
- Přímá práce s klienty

Problémové situace a možnosti jejich řešení

- Problémy s autoerotikou
- Nevhodné chování vůči druhé osobě
- Slovní domluva
- Pracovní pomůcka

Sexuální asistence jako nová služba

- Zájem
- Nejistota
- Uvítání služby za vyřešení nejasností

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku 1

První výzkumný vzorek tvořilo pět pracovníků, čtyři ženy a jeden muž. Všechny ženy pracují v Hradci Králové, muž v Liberci. Pracovnice č. 1 a pracovnice č. 3 pracují pod jednou organizací na odlišném chráněném bydlení s osobami s mentálním postižením. Pracovnice č. 2 dlouhodobě pracuje ve speciální škole v Hradci Králové. Pracovník č. 5 pracuje v týdenním stacionáři s osobami s kombinovaným postižením.

K rozhovorům jsem měla připravenou osnovu otázek, ale nechala jsem mluvit převážně respondenty a kladla pouze doplňující otázky, pokud nebylo něco jasné. Tři rozhovory byly vytvořeny osobně. S dotazovaným respondentem jsem byla vždy sama a rozhovor nahrávala na diktafon a následně převedla do písemné podoby. Další dva rozhovory byly uskutečněny přes emailovou komunikaci z důvodu časové vytíženosti pracovníků a citlivosti tématu. Vzhledem k citlivosti zkoumaného tématu nebudu uvádět konkrétní jména institucí.

Tabulka 1 - Výzkumný vzorek č. 1

Respondenti	Počet let působení v sociálních službách
Pracovník č. 1 – žena	Oficiálně necelý rok, tři roky praxe
Pracovník č. 2 – žena	Přes dvacet let
Pracovník č. 3 – žena	Patnáct let
Pracovník č. 4 – žena	Osm let
Pracovník č. 5 – muž	Jedenáct let

4.4 Výsledky výzkumného šetření 1

V této kapitole představím první část výsledků mé bakalářské práce, díky kterým došlo k naplnění zvolených cílů.

Zjistit s jakými projevy sexuality se u svých klientů pracovníci setkávají.

Všichni pracovníci sdělili, že se dnes a denně setkávají se sexuálními projevy svých klientů. **Pracovník č. 5** uvedl: „*Již samotná existence dvou pohlaví přináší sexuální projevy. Moc nezáleží na věku, handicapu.*“ Dále byla zmíněna odlišnost a různorodost projevů, kdy **pracovník č. 1** uvedl: „*Projevy jsou u každého jiné. Liší se i ohledně pohlaví uživatele.*“ Konkrétní projevy sexuality se poté různě lišily dle typu zařízení a práce samotného pracovníka. **Pracovník č. 4**, který pracuje v chráněném bydlení, uvedl: „*U nás se setkávám s projevy sexuality velmi často, hlavně např. s masturbací klientů a navozováním partnerských vztahů.*“ **Pracovník č. 2**, který je speciálním pedagogem, se setkává s odlišnými situacemi: „*Na této škole dělám kromě zdravotníka, metodika prevence a výchovného poradce i takovou trošku vrbu, takže veškeré tyto problémy směřují na mě. Takže co řešíme teď aktuálně u našich nejstarších dětí, tak je problém intimity, doteků, osahávání, protože v té skupině jsou žáci*

nakombinovaný od šesté do deváté třídy.“ Další rozdílnost mezi dotazovanými byla typová odlišnost projevů, kdy se často objevovaly i nekontaktní projevy, které jsou typické pro sexualitu člověka. Tyto projevy vznikají hlavně v různorodém kolektivu, kdy jsou přítomna obě pohlaví: *„Nejčastěji se jedná o situace, kdy do zařízení přijde slečna /dáma, která má hodně vyzývavé oblečení, tak samozřejmě to klienty svým způsobem rozruší.“* Toto uvedl **pracovník č. 3**, dalším příspěvkem je zkušenost **pracovnice č. 1**: *„Muži, kterých je na našem bydlení většina, mají projevy velmi konkrétní, zaměřené na masturbaci, sex a narážky na opačné pohlaví. Ženy tyto projevy mají také, ale neventilují je mezi ostatními uživateli a nechávají si je ve svém soukromí. Mají ale jiné projevy, které na veřejnosti ventilují a to je péče o jejich vzhled, jejich vystupování a koketní chování vůči druhému pohlaví. Řeší hodně hygienu, vzhled apod.“* Z odpovědí je jasné, co člověk to individualita.

Zjistit jestli se nějakým způsobem v daném zařízení se sexualitou pracuje a jaké nástroje jsou proto použity.

Kromě jednoho pracovníka všichni uvedli, že nějakým způsobem se sexualitou klientů pracují. Např. **pracovnice č. 3** uvedla: *„Pracuje, probíhají zde kurzy, dále sem dojíždí terapeutka, která s klienty pracuje. Dováží nejrůznější pomůcky a nástroje, které klientům dokáže předvést, ukázat. Ve většině případů se klienti ptají hlavně nás, pracovníků.“* Z příkladu je jasné, že do zařízení dojíždí intimní asistentka, která vede s klienty určitou intervenci. Další možnost uvedl **pracovník č. 5**: *„Se sexualitou pracujeme, máme vytvořený standard kvality, podle kterého se řídíme.“* Podobnou odpověď podala **pracovnice č. 2**: *„ Máme zpracovaný protokol, stále se doplňuje, pracuje se na něm, noví pracovníci jsou s tím seznamováni. Řešíme se tam různé oblasti od hygieny až po partnerské vztahy. Je to takový tvůrčí materiál, který se neustále upravuje.“* Zároveň popsala konkrétní práci se svými klienty: *„Ano tu dělám já, přímo ji vedu. Máme to nastavený, že jednou za 14* docházím do třídy, děláme komunikační kruh, povídáme si, otázky směřují na mě. Pokud je jim to nepříjemný je tu možné i písemné sdělení. Dělán s nimi i různé projekty: co se mi líbí/ nelíbí, koho mám rád? A letos to dělám i s mladšíma: čtvrtá, pátá třída.“* Další odpovědi, které jsou zajímavé pro srovnání, byly získány od **pracovníků č. 1 a č. 4**, obě pracovnice uvedly, že pracují v chráněném bydlení, zde můžeme vidět rozdílnost názorů. **Pracovnice č. 1** na tuto otázku odpověděla: *„V našem zařízení jsme se ze začátku, co jsem přišla, snažili toto*

téma s pracovníky a uživatelem řešit. Poté jsme ale usoudili, že pokud pracujeme na chráněném bydlení a děláme s nimi veškeré denní úkony od vaření přes hygienu až po volnočasové aktivity, jsme běžně v denním kontaktu, nebylo by dobré, abychom řešili i toto téma. Nemohu jako pracovník s někým trávit celé dny, občas mu nahrazovat i roli matky a pak s ním řešit jeho sexualitu. Přišlo nám to divné, abychom si udrželi i nějakou hranici mezi uživatelem a pracovníkem, rozhodli jsme se to vyřešit jinak. Druhým důvodem, proč bychom tyto služby dělat nemohli je i ten fakt, že ani jeden z nás nemáme pro tyto účely vzdělání. Každý jsme podstoupili kurz sexuality, který vedl Petr Eisner, který byl velmi přínosný, ale neopravňuje nás k tomu, abychom mohli poskytovat byť jen poradenství v oblasti sexuality natož pak provádět nějakou intervenci.“ Je zde vidět značný zájem o sexualitu klientů, ale také uvědomění si hranic pracovníka této služby, oproti tomu **pracovnice č. 4** odpověděla: „V naší organizaci se snažíme se sexualitou pracovat – pracovníci jsou proškoleni kurzy Sexualita lidí s MP 1., 2., kde jsme získali materiály, se kterými pracujeme, máme i ušité panenky kluka a holku, kde se dá názorně ukázat. Sexualita pro nás není tabu a snažíme se aktuální situace řešit,“ Jako je velmi důležité sexualitu klientů a problémy s ní spojené řešit, tak stejně důležité je nastavit určité hranice ve své práci.

Zjistit, jestli se pracovník někdy osobně setkal s problematickou situací, která by se sexuality týkala a jak ji řešil.

Cílem bylo zjistit a přiblížit možnosti řešení konkrétních problémových situací, kdy jsem získala odpovědi celkem od čtyř pracovníků, jeden **pracovník č. 5** pouze uvedl: „Nevím, jestli problematickou situaci, ale situaci z této oblasti, která vedla k pracovní činnosti, zcela jistě. Každá situace je jiná, každé řešení jiné. Záleží na druhu a stupni postižení uživatele. Vždy jsem jednal s rozmyslem, znalostí uživatele, přihlížel k jeho potřebám a možnostem zařízení (personální, prostorové, atp.).“ Konkrétněji popsanou situaci jsem dostala od **pracovnice č. 4**, která uvedla: „Ano, masturbace v obýváku mezi ostatními uživateli – vzhledem ke střednímu MP a obtížnější komunikaci jsme situaci řešili s matkou, aby nám pomohla mu situaci vysvětlit – že to může dělat u sebe v pokoji, kde je sám.“ Podobnou situaci trochu z jiné strany popsala **pracovnice č. 1**: „Jednou jsem klepala na pokoj jednoho z uživatelů. Měl zamčeno a nechtěl otevřít. Vzhledem k tomu, že je to uživatel s epilepsií a nereagoval na pokyny ani slovně, byla jsem donucena dveře otevřít násilím. Poté co jsem vtrhla do pokoje, jsem zjistila, že jen potřeboval chvíli

pro sebe a masturboval u erotického videa. Následovala dlouhá vypjatá hádka, ve které jsem věděla, že jsem ta špatná já. Poté, jsme si sedli ke kafi a domluvili se na jednoduchém řešení. Spolu jsme vyrobili cedulku, na které bylo napsáno nerušit. Tato cedulka bude viset na dveřích pouze tehdy, kdy bude mít ten dotyčný „svou chvíli“ a nikdy jindy. Klíče od pokoje sám odevzdal a všichni jsme byli spokojeni.“ Zde je hezký příklad řešení, kdy nedošlo k poškození ani jedné strany a vše bylo objasněno. Další situace byla popsána **pracovnicí č. 2**, která má zkušenost z pobytu v přírodě: *„Na prázdninovém soustředění, kde jsem se setkala s problémem sebepoškozování spojeného s onanováním. Při masturbaci se ten člověk ještě páčil. Používal svíčky, zapalovač.“* Zeptala jsem se jí, jak takovou situaci řešila a co bylo důvodem toho, že se u masturbace páčil: *„Tím, že to není žák školy a já se ocitla v nepravý čas na pravém místě. Takže jsem to s mladíkem velmi potom rozebírala, v podstatě on připustil, že má takový chutě, ale má svoji hranici. Používá svíčky na pálení dlaně, ale ví, kdy je to přes čáru“.* **Pracovnice č. 3** popsala situaci, kdy klient sexuálně útočil na ostatní: *„Ano zažila, rozhodně nebudu zabíhat do detailů a řešilo se to úplně jednoduše. A to, zamezit neadekvátnímu sexuálnímu chování a agresorovi vysvětlit, že takhle to nejde. Vymezit určité meze, že samozřejmě, i když on má svoje potřeby, tak všechny potřeby se dají zabezpečit jiným způsobem, než nepříjemným pro druhou osobu.“*

Ze všech odpovědí je patrné, že vždy bylo nejvyšším zájmem danou situaci klientovi vysvětlit, objasnit a působit tak, aby se už nemusela opakovat. Můžeme zde spatřit hezký posun, kdy klient není za své projevy trestán, ale naopak se pracuje na tom, aby pochopil sám sebe a dokázal určité věci dělat v soukromí.

Zjistit, jestli má pracovník povědomí o službě sexuální asistence a její názor na ni.

Služba sexuální asistence je u nás celkem čerstvou novinkou. Jak na ni reagují pracovníci? Vnímají i přes všechny ohlasy nějaká negativa?

Všichni pracovníci zodpověděli, že o sexuální asistenci určité povědomí mají, co se týče jejich pohledu na ni, názory byly různé. **Pracovník č. 5** vnímá asistenci jako velmi nedořešenou: *„Odpovědné orgány nemají zájem řešit. Řešit tak, aby se nejednalo o názorovou oblast, ale oblast, která je zakotvena v zákonné normě. Výklad ministerstev, případně jiných orgánů a organizací ještě není zákon. Nemůže dopřát jednoznačného klidu lidem, kteří si přejí problematiku řešit a vyřešit.“* Podobně odpověděla **pracovnice**

č. 2: „Je naprosto luxusní, že se to tady řeší, ale naprosto nedostačující množstvím, zaškolením, vzděláním, je to prostě celé nedotažené.“ I **pracovnice č. 1** vnímá službu jako velmi nedotaženou a proto se určitých rizik obává: „Přišlo mi to jako skvělý nápad, ale poté, co jsem se o to začala zajímat a dozvídala se různé informace, upřímně, mě to dost zklamalo, jak moc to není promyšlené. Je to velká škoda a doufám, že se to někdy posune k lepšímu a reálnějšímu konceptu.“ Dalším negativem je podle **Pracovnice č. 3**, finanční nedostupnost této služby: „Špatné na tom je, že ten, kdo by to potřeboval, tak na to finančně nedosáhne. Samozřejmě tahle služba nikdy nebude financována a tedy ten, kdo by sexuální asistenci potřeboval a využil, na to nikdy nedosáhne, protože má tak nízké finanční možnosti, že to nezvládne. I kdyby klientovi chtěli finančně pomoci rodiče, tak rozhodně bohužel, pokud by se dozvěděli, jakou službu chceme klientovi zaplatit, tak pomoc odmítnou. Dokázala bych vyjmenovat konkrétní klienty, pro které by to bylo přínosem, ale také vím, že ti klienti mají tak nízký důchod a výdělek, že si sotva vydělají na ochranné pomůcky. Takže tohle já vnímám, jako negativum služby sexuální asistence.“

Z všech odpovědí je jasné, že každý z pracovníků vnímá v této službě určitá negativa v podobě nedotaženosti této služby, nedomyšlenému fungování atp.

4.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření 1

Tabulka 2 - Sexuální projevy jako přirozená součást života

	Fyzické projevy	Nekontaktní projevy	Odlišnost projevů
Pracovník č. 1	Ano	Ano	Ano
Pracovník č. 2	Ano	Ano	/
Pracovník č. 3	Ano	Ano	/
Pracovník č. 4	Ano	Ano	/
Pracovník č. 5	Ano	Ano	Ano

Tabulka 3 Nástroje pro práci se sexualitou klientů

	Oficiální dokumentace	Přímá práce s klienty
Pracovník č. 1	Ne	Ne
Pracovník č. 2	Protokol sexuality	Ano
Pracovník č. 3	Ne	Ano
Pracovník č. 4	Ne	Ano
Pracovník č. 5	Standard kvality	Ne

Tabulka 4 Problémové situace a možnosti jejich řešení

	Problémové situace		Možnosti řešení	
	Problémy s autoerotikou	Nevhodné chování vůči druhým	Slovní domluva	Pracovní pomůcka
Pracovník č. 1	ano	Ne	Ano	Ano
Pracovník č. 2	ano	Ne	Ano	Ne
Pracovník č. 3	ne	Ano	Ano	Ne
Pracovník č. 4	ano	Ano	Ano	Ne
Pracovník č. 5	/	/	/	/

Tabulka 5 Sexuální asistence jako nová služba

	Zájem	Nejistota	Uvítání služby za vyřešení nejasností
Pracovník č. 1	Ano	Ano	Ano
Pracovník č. 2	Ano	Ano	Ano
Pracovník č. 3	Ano	Ano	Ano
Pracovník č. 4	Ano	Ano	Ano
Pracovník č. 5	Ano	Ano	Ano

Shrnutí

Pro lepší přehlednost jsem zvolila zápis do tabulek a následně vše slovně shrnula. Z výsledků vyplývá, že se všichni pracovníci setkávají s projevy sexuality u svých klientů a to jak s fyzickými projevy, tak nekontaktními. Pracovník č. 1 a pracovník č. 5 zároveň ve své odpovědi upozornili na odlišné projevy, které souvisí s věkem, pohlavím atp. Kromě jednoho respondenta všichni uvedli, že se sexualitou klientů cíleně pracují. Pracovník č. 5 a č. 2 také uvedl, že v jejich zařízení je sestaven oficiální dokument s pravidly pro práci se sexualitou. Další pracovníci, kteří odpověděli kladně, využívají přímé práce s klienty v podobě diskusních kruhů, cílené osvěty, práce s pomůckami atp. Pracovník č. 1 uvedl, že náplní jeho práce je několik rolí a role pracovníka, který by ještě s klienty řešil jejich sexualitu, sexuální problémy mu přijde za hranici jeho možností. Pokud ale dojde k problému, vždy se volí určité řešení. Podle zjištěných informací všichni pracovníci uvedli, že se setkávají s problémovými situacemi, které jsou spojené se sexualitou jejich klientů. Nejčastěji se jednalo o problémy spojené s autoerotikou klientů, pracovník č. 3 řešil problém spojený se sexualitou a agresivním a nevhodným chováním vůči druhým. Všechny vzniklé situace byly řešeny domluvou, vysvětlením tak, aby byli pro klienty pochopitelné.

Další část byla věnována sexuální asistenci v ČR. Všichni respondenti uvedli, že se o vznik této služby aktivně zajímali a přečetli si o ní různé informace, také že byli touto novinkou nadšení, dokud se o ní nedozvěděli více a dokud nezjistili, že je to jako celek nedotažené. Možnost využití této služby by všichni uvítali, za předpokladu, že by se všechny nejasnosti vyřešily a služba byla zákonně ukotvena. V celkovém náhledu na tuto službu se tak shodlo všech pět pracovníků.

4.6 Charakteristika výzkumného vzorku 2

Druhou cílovou skupinu tvořili rodiče dětí s různým postižením. K rozhovorům jsem měla připravenou osnovu otázek, ale nechala jsem mluvit převážně je a kladla pouze doplňující otázky, pokud nebylo něco jasné. Rozhovor mi poskytly čtyři matky, které byly o tomto tématu ochotné mluvit. Jeden rozhovor proběhl osobně, kdy jsem pro záznam použila diktafon a následný přepis celého rozhovoru. Další tři mi byly poskytnuty emailovou komunikací, kvůli citlivosti tématu.

Tabulka 6 - Výzkumný vzorek č. 2

Respondenti	Věk a pohlaví dítěte	Typ postižení dítěte
Respondent č. 1 - žena	19 let, muž	Autismus
Respondent č. 2 - žena	44 let, muž	Downův syndrom
Respondent č. 3 - žena	28 let, muž	středně těžká mentální retardace, autismus
Respondent č. 4 - žena	30 let, muž	DMO, zbytky zraku, těžká hemiparéza – spastická forma, lehká mentální retardace

Vzniklé jednotky z rozhovoru s rodiči

Sexuální projevy jako přirozená součást člověka

- Fyzické sexuální projevy
- Poluce

Problémové situace a možnosti jejich řešení

- Problémy s autoerotikou
- Žádná problémová situace
- Slovní domluva
- Dohled

Vyhledání odborné pomoci v oblasti sexuality

- Emailový dotaz

Sexuální asistence jako nová služba

- Informovanost o službě
- Nejistota
- Odmítnutí

4.7 Výsledky výzkumného šetření 2

V této kapitole představím druhou část výsledků, díky kterým došlo k naplnění zvolených úkolů.

Zjistit s jakými projevy sexuality se rodiče setkávají u svého dítěte a kdy začaly?

Všechny maminky uvedly, že se s určitými projevy sexuality svého syna setkaly. Tyto projevy se různě lišily. **Maminka č. 2** například uvedla, že se dříve moc s projevy sexuality svého syna neseťkává, kvůli tomu, že pobýval v ústavní péči: „*Ne a ani jsme to neřešili, protože za totalitu jim něco dávali v ústavu. Nějaký léky na utlumení sexuality, takže to bylo v klidu. My jsme to ani nevěděli, akorát se pak podřekla jedna sestra, že jim dávají nějaké prášky, nevím jak, jestli do pití, nevím.*“ Během rozhovoru ale poté uvedla: „*Občas když koukal na nějaké filmy, tak pak ráno měl trenýrky špinavý, protože mu to vyteklo, to bylo dost často hlavně v 18-25 roků. Každý den měl jiné pyžamo. Ale nikdy se mi nevzrušil při koupání. Většinou se to dělo v noci, vždycky přijde a ukáže, že má špinavý trenky, stává se mu to i dnes. Ale nevím, jak je to v ústavu, protože se mi nikdy nesevěřil a ani pracovníci nic neříkali*“ V tomto případě se nám potvrzuje, jakým způsobem byla sexualita řešena v ústavní péči před rokem 1989 (viz. Kapitola 1.2). **Maminka č. 1** vypověděla: „*Myslím si, že ty projevy nebyly jiné od zdravých dětí. Takže mokrá pyžama atp. Ale narovinu jsme si řekli, že jestli má svoje potřeby, není problém. Provedli jsme nácvik masturbace, takže od tření došlo k masturbaci rukou, kdy jsme si vysvětlili soukromí a hygienu.*“ Od začátku projevů docházelo k diskuzi a nácviku masturbace a k vysvětlení důležitých věcí ohledně autoerotiky, jako je hygiena, důležitost soukromí apod. **Maminka č. 3** jako mezi projevy sexuality svého syna nejistě uvedla: „*Nepamatuji si, kdy začaly, a nevím, zda ony příhody mohu nazvat "projevem sexuality", ale občas jsem pozorovala, že se syn dotýká svého přirození, ale masturbací bych to nenazvala. Při záchvatu dochází většinou k poluci, takže se domnívám, že se tím uvolňuje případné sexuální napětí.*“ I to jsou samozřejmě projevy sexuality, které jsou typické už od dětského věku. Další projevy sexuality uvedla **maminka č. 4**: „*Setkala asi okolo 12 roku, (ranní poluce, později onanie diskrétní v posteli. Pokud zůstal někde sám a nudil se tak také.*“

Zjistit jestli rodič řeší nějaké problematické situace týkající se sexuality jeho dítěte?

Náplní tohoto cíle bylo zjistit, jestli se rodič vůbec někdy setkal s problematickou situací, která by se týkala sexuality jeho dítěte. Odpovědi jsou různorodé. **Maminka č. 3** uvedla situaci, kdy došlo k drobnému zranění: „*Jednou se při osahávání přirození lehce poranil a krvácel, ale je to dáno tím, že má změněný práh citlivosti na bolest, kterou tolik*

necítí. Řeším to dohledem nad ním.“ **Maminka č. 1** popsala situaci: *„Jednu dobu, začal syn být verbálně agresivní. Ta agresivita sejevila v první fázi té masturbace, takže tam jsem mu řešila domluvou, aby si to šeptal, říkal si to pro sebe.“* **Maminka č. 2** nikdy neřešila problematickou situaci z důvodu farmakologického tlumení svého syna v ústavní péči: *„Ne, vůbec ne byl v klidu. Až pak skončila totalita, tak mu to přestali dávat, protože to bylo zakázaný.“* Maminka č. 4 také, nikdy nemusela řešit žádnou problematickou situaci: *„Nesetkala, on se spíš styděl, když jsem ho viděla.“*

Zjistit jestli rodiče někdy vyhledali odborníka, který se věnuje sexualitě osob s postižením?

Pouze **maminka č. 1** uvedla, že vyhledala odbornou pomoc, aby si byla jistá, že situaci řeší správně: *„Kontaktovala jsem pana Jůna, protože mladší syn má problémové chování. Jednu dobu, začal syn být verbálně agresivní, postup jsem věděla, ale potřebovala jsem to zkonzultovat s panem doktorem, jestli jako matka postupuju správně.“* Konzultace se týkala problémové situace, která byla v minulém výsledku úkolu popsána. **Maminka č. 2** např. uvedla: *„Ne, všechno řešili v ústavu.“* Zbylé dvě matky také uvedly, že nikdy nemuseli vyhledat odbornou pomoc.

Zjistit, jestli rodiče mají povědomí o sexuální asistenci a co si o ní myslí?

Výsledky tohoto úkolu jsou také celkem různorodé. Tři maminky uvedly, že ví o sexuální asistenci a byly o ní informovány. Pouze **mamince č. 2** jsem během rozhovoru musela službu objasnit, načež poté uvedla: *„Nic o tom nevím, službu si myslím by ani nevyužil, protože mu je 44. Nevím, jak bych se rozhodla, ale spíše bych byla proti tomu, aby si asistentku objednal, přijde mi to divný.“* Podobný názor uvedla i **maminka č. 3**: *„Přijde mi to dost pochybné až neetické. Sexualita člověka je to pro mě nepřijatelná bez citových projevů láskyplné náklonnosti. A pak jsem byla léčitелеm varována před probuzením sexuální síly u syna, neboť by mohlo dojít až k násilnému vyžadování uspokojit ji, což považuji za reálné. Syn je statný a má velkou fyzickou sílu.“* Na otázku, zda by ji vadilo, kdyby syn projevil zájem o tuto službu, uvedla: *„Pokud je člověk s postižením svéprávný, má právo si o tom rozhodnout sám, ale rozmlouvala bych mu takové rozhodnutí, jak jsem uvedla výše, sexualita je pro mě nepřijatelná bez citových projevů láskyplné náklonnosti.“* Jiný názor na to má **maminka č. 1**, které se službou souhlasí, ale v aktuální podobě na ni působí dost nejistě: *„Je naprosto luxusní, že se to*

tady řeší, ale naprosto nedostačující množstvím, zaškolením, vzděláním, je to prostě celé nedotažené.“ **Maminka č. 4** se službou souhlasí, ale cítí trochu nejistotu v tom, pro koho je přesně služba určena: „Myslím si, že je to dobrá služba, zejména pro osoby po úrazech, které nemají jinou možnost, nebo omezenou možnost nalézt partnera. U paraplegiků atd. U osob s mentálním postižením si nejsem úplně jistá, zda tuto službu vůbec nabízet. (Mám obavy, že si člověk s mentálním postižením dostatečně neuvědomí intimitu a tuto službu bude požadovat standardně kdekoliv a kdykoliv. U agresivnějších jedinců asi není dobré tuto aktivitu vůbec vzbuzovat. Bude velmi záležet na individuálním posouzení každého jedince. Též si myslím, že je to skutečně záležitost opravdové potřeby a ne experimentů (módní záležitosti).

4.8 Shrnutí výsledků výzkumného šetření 2

Tabulka 7 Sexuální projevy jako přirozená součást člověka

	Fyzické projevy	Ponuce
Maminka č. 1	Ano	Ano
Maminka č. 2	Ne	Ano
Maminka č. 3	Ano	Ano
Maminka č. 4	Ano	Ano

Tabulka 8 Problémové situace a možnosti jejich řešení

	Problémové situace		Možnosti řešení	
	Autoerotika	Žádné	Dohled	Slovní domluva
Maminka č. 1	Ano	/	Ne	Ano
Maminka č. 2	/	Ano	/	/
Maminka č. 3	Ano	/	Ano	Ne
Maminka č. 4	/	Ano	/	/

Tabulka 9 Vyhledání odborné pomoci v oblasti sexuality

Maminka č. 1	Ano
Maminka č. 2	Ne
Maminka č. 3	Ne
Maminka č. 4	Ne

Tabulka 10 Sexuální asistence jako nová služba

	Informovanost	Nejistota	Odmítnutí
Maminka č. 1	Ano	Ano	Ne
Maminka č. 2	Ne	Ano	Ano
Maminka č. 3	Ano	Ano	Ano
Maminka č. 4	Ano	Ano	Ne

Shrnutí

Pro lepší přehlednost jsem opět zvolila nejdříve zapsání výsledků do tabulek a následné slovní shrnutí. Z výsledků vyšlo, že všechny matky se setkávají nebo setkávaly s projevy sexuality u svého dítěte, ať už v jakékoliv podobě. Pouze maminka č. 2 uvedla, že se kvůli ústavní péči s tolika projevy svého syna moc nesetkávala. V rozhovoru uvedla, že její syn byl během péče před rokem 1989 silně tlumen léky, sama matka neměla o medikaci žádný přehled a vše bylo v rukách ústavu (viz. Kapitola 1.2). Po revoluci popsala určité změny: informovanost o lécích, povolení pro častější návštěvy apod. Celý duch tohoto rozhovoru se nese v určité nedostupnosti a nechuti o tomto tématu mluvit, což je samozřejmě pochopitelné, jelikož v době minulé toto téma bylo velmi tabuizováno a neřešeno a to se odvíjí i na přístupu samotné maminky k sexualitě svého syna.

Další otázka se zabývala konkrétními problémovými situacemi, které matky v rámci sexuality musely řešit. Pouze maminka č. 1 a maminka č. 3 uvedly, že se nějaká taková situace naskytla. Jednalo se o problémy spojené s autoerotikou. U prvního případu se jednalo o vulgární a agresivní slovní projevy během masturbace, kdy situace byla řešena domluvou. U druhého případu se jednalo o drobné poranění, které vzniklo při osahávání si přirození. Maminka zvolila opatření dohledem, aby ke zranění už nedocházelo. Na tuto otázku jsem plynule navázala dotazem, jestli někdy rodiče museli vyhledat odbornou pomoc, která by se sexualitou zabývala. Pouze maminka č. 1 uvedla, že přes emailovou komunikaci vznesla dotaz k panu Jůnovi, jestli si ve svém řešení problému se synem počíná správně. Týkalo se to již zmíněných agresivních slovních projevů. Ostatní matky, žádnou pomoc nepotřebovaly, buď nedošlo k problému, nebo si problém vyřešily samy.

Poslední otázka se týkala sexuální asistence v ČR, kdy jsem od rodičů zjišťovala, jestli jsou nějakým způsobem informováni o této službě, co si o ní myslí a jaké z toho mají pocity. Zde se nám odpovědi rozdělily napůl. Co se týče informovanosti, pouze maminka č. 2 uvedla, že o této službě nikdy neslyšela. Během rozhovoru jsem jí službu popsala a objasnila její náplň. Všechny získané odpovědi jsou naplněny velkou nejistotou. Pouze maminka č. 1 a maminka č. 4 uvedly, že se službou souhlasí, je to dobrá služba, ale není dotažená a v této podobě tudíž nemůže fungovat, tak aby nevznikla žádná rizika. Maminka č. 2 po vysvětlení tuto službu zavrhlá, přijde jí to divné a nesouhlasí s ní. Lze opět poukázat na dobu, ve které své dítě vychovávala, kdy se sexualita lidí se specifickými potřebami vůbec neřešila, tudíž jí tato služba přijde podle jejích slov jako divná. Maminka č. 3 odpověděla dost podobně. Je pro ni nepřirozené, aby veškeré fyzické projevy byly sdíleny s osobou, ke které nic necítím. Sexualita je pro ni něco, co musí být spojeno s láskou a proto se službou nesouhlasí.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo kvalitativním výzkumem zjistit zkušenosti, týkající se projevů sexuality osob se specifickými potřebami, řešení problémových situací od lidí, kteří o tyto osoby pečují, tj. rodiče a pracovníci. Dále nasbírat názory o sexuální asistenci v ČR.

Výzkumná data byla získána od pěti pracovníků různého typu zařízení a čtyř rodičů formou polostrukturovaného rozhovoru. Vzhledem k citlivosti tématu si myslím, že byla tato forma zvolena správně. Měla jsem možnost reagovat na odpovědi, vycítit, když tázanému nebylo něco příjemné a změnit pořadí nebo formu otázky. Při rozhovorech jsem se držela své osnovy a určila si jednotlivé body, které jsem brala za důležité, aby se zmínily. Osnova otázek byla podobná jak pro pracovníky tak rodiče.

Každý člověk je individualita, proto i projevy sexuality a různé problematické situace byly jiné. Všichni ale vypověděli, že se pravidelně setkávají s projevy sexuality, ať už se to týká klientů nebo potomků. Rozhovory s pracovníky byly otevřenější, širšího záběru. U rodičů bylo cítit, že je to pro ně citlivé téma. Pokud to vezmu z pohledu pracovníků, doba se oproti minulosti změnila. Sexualita je v zařízeních řešena, není přehlížena a snaží se být jako téma před klienty otvírána. U rodičů to často může být jinak, někteří sexualitu svého dítěte přehlížejí nebo si myslí, že neexistuje. V rozhovorech toto zjištěno nebylo. Všichni čtyři rodiče vnímají sexualitu svého dítěte jako přirozenost a případně řeší její projevy a problémy s nimi spojené. Bylo zajímavé vnímat, jak se lišil přístup matky, která má svého syna v ústavní péči. Během rozhovoru byly potvrzeny informace z teoretické části o přístupu k sexualitě osob se specifickými potřebami v ústavní péči před rokem 1989, kdy docházelo k separaci pohlaví a tlumení sexuality pomocí medikace. Jako pozitivum vnímám fakt, že se od této doby mnohé změnilo, což vyznívá i z rozhovorů se samotnými pracovníky.

Sexuální asistence, pojem, který je v jiných zemích známý, je u nás vnímán stále jako novinka. Vznikají různé články, rozhovory, diskuze na toto pro některé kontroverzní téma. Dalším cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký názor na sexuální asistenci v aktuální podobě mají pracovníci a rodiče lidí, kteří spadají pod cílovou skupinu této služby. Zajímavým výsledkem bylo, že všichni pracovníci službu jako takovou vítají, ale s aktuální verzí nejsou spokojeni. Vnímají velké nedostatky, nejasnosti, které jsou touto

službou opředeny. Z výsledků také vyšlo, že dokud služba nebude řádně ukotvena v zákoně, jedná se pouze o věc, která může být velmi lehce zneužitelná a může způsobit místo užitku značné škody. Pracovníci mají jasnější přehled o této službě. Rodiče sice také, ale chybí jim jasné vysvětlení náplně sexuální asistence. Také přistupují k sexuální asistenci s velkou nejistotou a mnohdy i nedůvěrou. Ve výzkumném šetření s rodiči jsem se setkala s dvěma přímými odmítnutími této služby. Pokud obě výzkumná šetření vezmu jako celek, tak se všichni respondenti shodli, že v aktuální podobě je sexuální asistence velmi nedostačující a měla by se nadále řešit.

Pro úzký vzorek respondentů nelze tyto výsledky zobecňovat na většinu. Myslím si, že by bylo velmi přínosné, kdyby se do budoucna vytvořil širší výzkum, který by zároveň mohl fungovat jako forma osvěty a který by mapoval aktuální změny ohledně této služby, ale zároveň se věnoval i sexualitě samotné. Téma sexuality osob se specifickými potřebami by se mělo dostat i mezi laickou veřejnost, aby se tak snížila míra stigmatizace, která bohužel ve společnosti stále trvá. Sexualita je součástí každého z nás a měla by být tak vnímána a akceptována u každého člověka.

Zdroje

Seznam použité literatury

BANNASCH, M. (Hrsg.). *Behinderte Sexualität – Verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung*. Neu-Ulm, Ag SPAK-Bücher, 2002. ISBN 9783930830206.

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4.

JANIŠ, K.; MARKOVÁ, D. *Příspěvek k základům sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-621-1.

KEMPTON, W. *Socialization And Sexuality: A Comprehensive Training Guide For Professionals Helping People With Disabilities That Hinder Learning*. Syracuse, NY, Program Development Association 1998.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Sexualita osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3680-7.

KRACÍK, Jiří. *Kapitoly ze somatopedie: výchova k manželství a rodičovství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.

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

MELLAN, Jiří. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob. Somatopsychické základy sexuality. Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha, Centrum denních služeb o. s. ORFEUS, 2004. ISBN 80-903519-0-5

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché(Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

- PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava. *O sexuální výchově bez rozpaků*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1976. Rodinný kruh.
- SVATOŠ, J. *Sexuální výchova mentálně postižených dětí a dospívajících*. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.
- ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K.. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TÄUBNER, Vladimír. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. 2. vyd., ve Fortuně I. Praha: Fortuna, 1997. ISBN 80-7168-403-1.
- THOROVÁ, K.; JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.
- UZEL, R.; MITLÖHNER, M. *Vybrané otázky lidské sexuality: texty k sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-609-9.
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. *PSYCHOPEDIE: Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M.; EISNER, P. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.
- VRUBLOVÁ, Yveta. *Sexualita: přirozená potřeba: malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2005. ISBN 80-7204-406-0.
- Walter, J. (Hrsg.). *Sexualbegleitung und Sexualassistentz bei Menschen mit Behinderungen*. Heidelberg, Universitätsverlag Winter, 2004. ISBN: 978-3-8253-8314-5.
- WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Seznam elektronických zdrojů

AFI. *Handicapovaní a sex: Společenské tabu drolí nová služba*. [online]. 2015, [cit. 2017-01-19]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1513692-handicapovani-a-sex-spolecenske-tabu-droli-nova-sluzba>

Deklarace sexuálních práv. *is.muni.cz* [online]. 2004, [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/SPP713/um/10t_Svetova_deklarace_sexualnich_prav.p

Etika práce sexuálních asistentek a asistentů – seznam doporučení. *Sexuální asistence*. [online]. [cit. 2017-01-19]. Dostupné z: <http://sexualniasistence.org/eticky-kodex>

Rozkoš bez rizika. *Sexuální asistence*. [online]. [cit. 2017-01-19]. Dostupné z: <http://sexualniasistence.org/sex-asistence#sexasistence>

ŠÍDOVÁ, Lucie. Interview. In: *DVTV* [online]. 2015, [cit. 2017-01-19]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/sidova-sexualni-asistentky-uci-zazit-intimitu-nekteri-postiz/r~f2f5c68484a611e58c710025900fea04/?redirected=1489672500>

ŠÍDOVÁ, L.; POLÁKOVÁ, P.; MALINOVÁ, H. a kol. 2013. *Ze sexbyznysu na trh práce?* [online] [2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.rozkosbezrizika.cz/kestazeni/soubory/publikace-r-r-ze-sexbyznysu-na-trh-prace/detail>.

URBANČÍKOVÁ, Barbora. *Sexuální asistence u handicapovaných* [online]. 2015, [2017-01-18]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/386008/fss_m/DP_Urbancikova_2015.pdf

VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G.; PETR, T. *Sexualita lidí s duševním onemocněním* [online]. 2013, [2017-01-15]. Dostupné z: <http://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=503>

VIDUROVÁ, Aneta. *Sexuální asistence – tady a teď?* [online]. 2014, [2017-01-18]. Dostupné z: <http://vozickar.com/sexualni-asistence-tady-a-ted/>

Seznam obrázků, grafů a tabulek

TABULKA 1 - VÝZKUMNÝ VZOREK Č. 1.....	46
TABULKA 2 - SEXUÁLNÍ PROJEVY JAKO PŘIROZENÁ SOUČÁST ŽIVOTA.....	50
TABULKA 3 NÁSTROJE PRO PRÁCI SE SEXUALITOU KLIENTŮ.....	51
TABULKA 4 PROBLÉMOVÉ SITUACE A MOŽNOSTI JEJICH ŘEŠENÍ.....	51
TABULKA 5 SEXUÁLNÍ ASISTENCE JAKO NOVÁ SLUŽBA.....	51
TABULKA 6 - VÝZKUMNÝ VZOREK Č. 2.....	53
TABULKA 7 SEXUÁLNÍ PROJEVY JAKO PŘIROZENÁ SOUČÁST ČLOVĚKA.....	56
TABULKA 8 PROBLÉMOVÉ SITUACE A MOŽNOSTI JEJICH ŘEŠENÍ.....	56
TABULKA 9 VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ POMOCI V OBLASTI SEXUALITY.....	56
TABULKA 10 SEXUÁLNÍ ASISTENCE JAKO NOVÁ SLUŽBA.....	57

Přílohy

Příloha A: Vzor otázek k rozhovoru s pracovníky

1. Jak dlouho pracujete v sociálních službách? S jakou cílovou skupinou pracujete nyní?
2. Setkáváte se s projevy sexuality? Můžete uvést příklad?
3. Pracujete ve Vašem zařízení se sexualitou klientů? Jaké nástroje pro práci se sexualitou používáte?
4. Zažil/a jste někdy v praxi problematickou situaci týkající sexuálních projevů klienta? Jak jste ji řešil/a?
5. Slyšel/a jste o sexuální asistenci?
6. Co si o tom myslíte? Jaká vnímáte pozitiva/negativa sexuální asistence?
7. Uvítal/a byste možnost využití sexuální asistence ve Vašem zařízení? Proč ano? Proč ne?

Příloha B: Vzor otázek k rozhovoru s rodiči

1. Můžete prosím uvést věk svého dítěte a typ postižení?
2. Setkal/a jste se někdy s projevy sexuality u svého dítěte? Pokud ano, můžete uvést příklad prosím? Kdy tyto projevy začaly?
3. Řešil/a jste někdy nějakou problematickou situaci, která by se týkala sexuality Vašeho dítěte? Jak jste jí případně řešila?
4. Vyhledal/a jste někdy odborníka, který by se zabýval sexualitou lidí s postižením?
5. Slyšel/a jste o sexuální asistenci v ČR?
6. Co si o tom myslíte? Vnímáte nějaká pozitiva/negativa?
7. Co byste řekla na to, kdyby se Vaše dítě rozhodlo sexuální asistenci využít?

Vzhledem k citlivosti tématu, nebudou přepisy rozhovorů součástí příloh.